



Y HỌC

VIỆT NAM

Năm thứ sáu mươi tư

VIETNAM MEDICAL JOURNAL



THÁNG 4 - SỐ 1
2018

TẬP 465

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

TẠP CHÍ
Y HỌC VIỆT NAM
VIETNAM MEDICAL JOURNAL

TỔNG BIÊN TẬP

Nguyễn Thị Xuyên

PHÓ TỔNG BIÊN TẬP

Nguyễn Thị Ngọc Dung

Đinh Ngọc Sỹ

Lê Gia Vinh

HỘI ĐỒNG CỐ VẤN

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

ỦY VIÊN BAN BIÊN TẬP

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

BAN THƯ KÝ

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

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

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

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

NGHIÊN CỨU TRỊ SỐ SUV MAX CỦA HẠCH DI CĂN TỪ UNG THƯ PHỔI BIỂU MÔ TUYẾN TRÊN PET/CT

Huỳnh Quang Huy*

TÓM TẮT

Ung thư phổi là bệnh lý ác tính khá phổ biến của hệ hô hấp. Ung thư phổi nếu phát hiện muộn, tiên lượng rất xấu, tỉ lệ tử vong rất cao và tử vong trong một thời gian ngắn kể từ khi phát hiện được bệnh. PET/CT trong chẩn đoán và đánh giá giai đoạn của ung thư phổi không tế bào nhỏ, đặc biệt là ung thư phổi biểu mô tuyến ngày càng được khẳng định. **Mục tiêu:** Khảo sát trị số SUV max hạch di căn của ung thư phổi biểu mô tuyến trên PET/CT. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi biểu mô tuyến xác định bằng kết quả giải phẫu bệnh (sinh thiết, phẫu thuật). Thiết kế nghiên cứu hồi cứu: phân tích trị số SUV max của PET/CT được chụp trước đó trong quá trình chẩn đoán bệnh. Phương tiện, kỹ thuật: máy PET/CT Biograph True Point - Siemens - Đức. Thực hiện chụp CT với các thông số 80mA, 140KV, tốc độ vòng quay là 0,5s/tube, độ dày lát cắt 4,25mm, chiều dài chụp quét là 867mm và thời gian đạt được dữ liệu là 22,5s. Thuốc phóng xạ F-18 FDG (2-fluoro-2-deoxy-D-glucose). Liều dùng 0,15-0,20 mCi/Kg cân nặng (7-12mCi), tiêm tĩnh mạch. Chụp hình PET/CT: tiến hành sau tiêm F-18 FDG 45-60 phút. **Kết quả:** 24 bệnh nhân ung thư phổi biểu mô tuyến (16 nam, 8 nữ), tuổi thấp nhất 34, tuổi cao nhất 74, trung bình $58,1 \pm 8,1$ tuổi. Di căn hạch dưới carina chiếm tỉ lệ cao nhất (14,3%), tiếp đến hạch cạnh ĐMC, hạch rốn phổi (T), hạch TT trên (11,9% cho mỗi nhóm). Đường kính hạch trung thất trung bình $2,1 \pm 1,1$ cm. Trị số SUV max nhỏ nhất 3 (cm); lớn nhất 14,6 (cm); trung bình $6,5 \pm 3,3$ (cm). Trị số SUV max hạch trung thất có tương quan thuận chặt chẽ với đường kính hạch trung thất ($r = 0,651$; $p < 0,01$). **Kết luận:** Xác định trị số SUV max hạch di căn trung thất rất có giá trị trong chẩn đoán giai đoạn ung thư phổi biểu mô tuyến, góp phần định hướng điều trị và theo dõi sau điều trị.

Từ khóa: Ung thư phổi biểu mô tuyến, di căn hạch trung thất, SUV max

SUMMARY

STUDY THE SUV MAX OF PET/CT OF MEDIAL LYMPHO NODE IN EPITHELIAL LUNG CARCINOMA

Background: Lung cancer is a fairly common malignant disease of the respiratory system. Lung cancer if detected late, very poor prognosis, very high mortality and death in a short time since the detection of the disease. PET/CT in the diagnosis and assessment

of non-small cell lung cancer stage, especially lung carcinoma, is increasingly confirmed. **Objective:** To investigate the SUV max of medial node in epithelial lung carcinoma on PET/CT. **Patients and Methods:** Patients diagnosed with epithelial lung carcinoma were identified by histopathology (biopsy, surgery). Research design: Retrospective study. Materials: PET/CT Biograph True Point - Siemens - Germany. CT scan with parameters of 80mA, 140KV, rotation speed of 0.5s/tube, thickness of 4.25mm, scan length of 867mm and time of data acquisition is 22.5s. Radioactive was F-18 FDG (2-fluoro-2-deoxy-D-glucose) at dosage 0.15-0.20mCi/kg body weight (7-12mCi) intravenously. PET/CT was performed after injection of F-18 FDG 45-60 minutes. **Results:** 24 patients with epithelial lung carcinoma (16 males and 8 females), the lowest age was 34, the highest age was 74, the average was 58.1 ± 8.1 years. The high percentage of the lower lymph nodes (14.3%), the adjacent lymph node, left lung umbilical cord, upper lymph node (11.9% for each group). The median lymph node diameter is 2.1 ± 1.1 cm. The lowest SUV max is 3 (cm); largest 14.6 (cm); average 6.5 ± 3.3 (cm). The SUV max were positively correlated with medial lobe diameter ($r = 0.651$; $p < 0.01$). **Conclusion:** The determination of SUV max of mediastinal lympho node is very valuable in the diagnosis of epithelial lung carcinoma, which contributes to treatment orientation and postmortem follow-up.

Key words: Epithelial lung carcinoma, medial nodal metastasis, SUV max

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là bệnh lý ác tính khá phổ biến của hệ hô hấp, là nguyên nhân phổ biến nhất gây tử vong của bệnh ung thư ở châu Âu năm 2006 (khoảng 334.800 trường hợp tử vong), sau ung thư tuyến tiền liệt và là loại thường gặp nhất của bệnh ung thư ở nam giới. Tỷ lệ mắc và tử vong năm 2006 là 75,3 và 64,8/100.000 dân/năm[1]. Theo thống kê của hiệp hội ung thư Hoa Kỳ năm 2006, ung thư phổi là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong các bệnh ung thư (khoảng 162.460 vào năm 2006), chiếm khoảng 13% các loại ung thư và chiếm 28% các ca tử vong ung thư[2].

Ở Việt Nam, theo ghi nhận dịch tễ học ung thư trong năm 2004, ung thư phổi là loại ung thư phổ biến trên cả nước, đứng hàng đầu ở nam giới với tỷ lệ mới mắc ở Hà Nội là 39,8/100.000 [3]. Ung thư phổi nếu phát hiện muộn, tiên lượng rất xấu, tỉ lệ tử vong rất cao và tử vong trong một thời gian ngắn kể từ khi phát hiện được bệnh. Việc chẩn đoán sớm và đánh

*Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Quang Huy

Email: drhuycdhabachmai@gmail.com

Ngày nhận bài: 3/3/2018

Ngày phản biện khoa học: 25/3/2018

Ngày duyệt bài: 5/4/2018

giá giai đoạn ung thư phổi là nhu cầu cần thiết và cấp bách. Trong đó có sự trợ giúp quan trọng của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Chụp XQ qui ước và cắt lớp vi tính là hai kỹ thuật khảo sát thương qui. Tuy nhiên, đánh giá giai đoạn khối u còn nhiều hạn chế.

Trong những năm gần đây, vai trò của PET/CT trong chẩn đoán và đánh giá giai đoạn của ung thư phổi không tế bào nhỏ, đặc biệt là ung thư phổi biểu mô tuyến ngày càng được khẳng định. Tuy nhiên ở nước ta chưa có nghiên cứu nào đề cập đến vấn đề này. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: *Khảo sát trị số SUV max hạch di căn của ung thư phổi biểu mô tuyến trên PET/CT.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Tiêu chuẩn chọn: Đối tượng chọn là những bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi biểu mô tuyến xác định bằng kết quả giải phẫu bệnh (sinh thiết, phẫu thuật). Có chụp PET/CT theo đúng phương pháp đã lựa chọn trong nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các thông tin trên PET/CT không đầy đủ cho nghiên cứu này.

Địa điểm, thời gian nghiên cứu: thực hiện tại khoa Ung bướu và Y học hạt nhân - Bệnh viện Bạch Mai, từ tháng 11/2016 đến 10/2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu hồi cứu: bắt đầu nghiên cứu với những bệnh nhân đã được xác định ung thư phổi biểu mô tuyến bằng kết quả giải phẫu bệnh (sinh thiết hoặc phẫu thuật). Đọc lại kết quả PET/CT đã được chụp trong quá trình chẩn đoán bệnh. Phân tích giá trị SVU max của hạch di căn.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi đã chọn được 24 bệnh nhân ung thư phổi biểu mô tuyến đáp ứng tiêu chuẩn của nghiên cứu.

Phương tiện, kỹ thuật nghiên cứu: Bệnh nhân được chụp bằng máy PET/CT Biograph True Point - Siemens - Đức.

Qui trình chụp: Thực hiện chụp CT với các thông số 80mA, 140KV, tốc độ vòng quay là 0,5s/tube, độ dày lát cắt 4,25mm, chiều dài chụp quét là 867mm và thời gian đạt được dữ liệu là 22,5s.

Để giảm liều chiếu phóng xạ cần cho bệnh nhân chụp CT với cường độ dòng điện 40mA (liều chiếu do CT là 2-3mSv) và liều chiếu của PET khoảng 8-9mSv. Như vậy, PET/CT có liều chiếu xạ thấp hơn so với CT tiêu chuẩn.

Thuốc phóng xạ: F-18 FDG(2-fluoro-2-deoxy-D-glucose). Liều dùng 0,15-0,20 mCi/Kg cân nặng

(7-12mCi), tiêm tĩnh mạch. Chụp hình PET/CT: tiến hành sau tiêm F-18 FDG 45-60 phút.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

24 bệnh nhân ung thư phổi biểu mô tuyến, trong đó 16 nam (chiếm 66,7%), 8 nữ (chiếm 33,3%), 87,5% trường hợp >50 tuổi; tuổi thấp nhất 34, tuổi cao nhất 74, trung bình $58,1 \pm 8,1$ tuổi.

Bảng 3.1. Phân bố vị trí di căn hạch

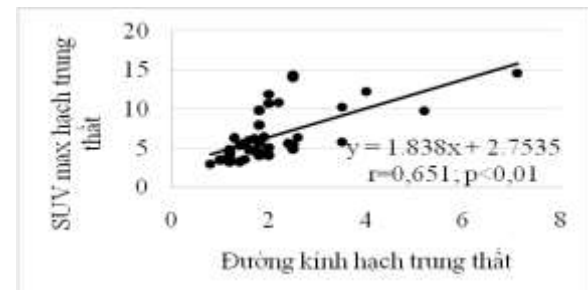
Vị trí hạch di căn	Số hạch	Tỉ lệ %
Dưới carina	6	14,3
Dưới cung ĐMC	1	2,4
Hạch cạnh (P) KQ	4	9,5
Hạch cạnh ĐMC	5	11,9
Hạch cạnh PQ gốc (T)	1	2,4
Hạch cạnh PQ gốc (P)	1	2,4
Hạch rốn phổi (T)	5	11,9
Hạch rốn phổi (P)	5	11,9
Hạch trước carina	4	9,5
Hạch trước KQ	2	4,8
Hạch TT cạnh carina	2	4,8
Hạch TT sau KQ	1	2,4
Hạch TT trên	5	11,9

Nhận xét: Di căn hạch dưới carina chiếm tỉ lệ cao nhất (14,3%), tiếp đến hạch cạnh ĐMC, hạch rốn phổi (T), hạch TT trên (11,9% cho mỗi nhóm), hạch trước carina và hạch (P) KQ lần lượt chiếm 9,5%. Các vị trí còn lại chiếm tỉ lệ thấp như hạch TT cạnh carina, hạch trước khí quản (tương ứng 4,8%); hạch dưới cung ĐMC, hạch cạnh phế quản gốc (T), hạch cạnh PQ gốc (P), hạch TT sau KQ (2,4% cho mỗi nhóm).

Bảng 3.2. Đường kính hạch trung thất

Đường kính hạch trung thất (cm)	Số hạch	Tỉ lệ %
0 – 2	31	72,1
> 2 – 4	10	23,3
> 4 – 6	1	2,3
> 6	1	2,3
Tổng	43	100

Nhận xét: Phần lớn hạch trung thất có đường kính ≤ 2 cm; hạch nhỏ nhất 0,8cm; lớn nhất 7,1 cm; trung bình $2,1 \pm 1,1$ cm.



Biểu đồ 3.1. Tương quan giữa đường kính hạch trung thất với SUV max hạch trung thất

Nhận xét: Trị số SUV max hạch trung thất có tương quan thuận chặt chẽ với đường kính hạch trung thất ($r = 0,651$; $p < 0,01$).

Bảng 3.3. Trị số SUV max hạch trung thất

Trị số SUV max hạch trung thất (cm)	Số hạch	Tỉ lệ %
3 – 6	28	65,1
> 6 – 9	5	11,6
> 9 – 12	6	14,0
> 12	4	9,3
Tổng	43	100

Nhận xét: Phần lớn hạch trung thất có trị số SUV max 3 – 6 (cm); trị số nhỏ nhất 3 (cm); lớn nhất 14,6 (cm); trung bình $6,5 \pm 3,3$ (cm).

IV. BÀN LUẬN

Ung thư phổi là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong vì ung thư ở Hoa Kỳ và trên toàn thế giới [4]. Ở Việt Nam, theo thống kê giai đoạn 2006-2007 tại Hà Nội, ung thư phổi đứng hàng đầu ở nam giới, khoảng 21,4% trong tổng số các loại ung thư, tỷ lệ mắc là 39,9/100.000 dân, vị trí thứ 4 ở nữ giới chiếm 8,1%, tỷ lệ mắc là 13,2/100.000 dân [5].

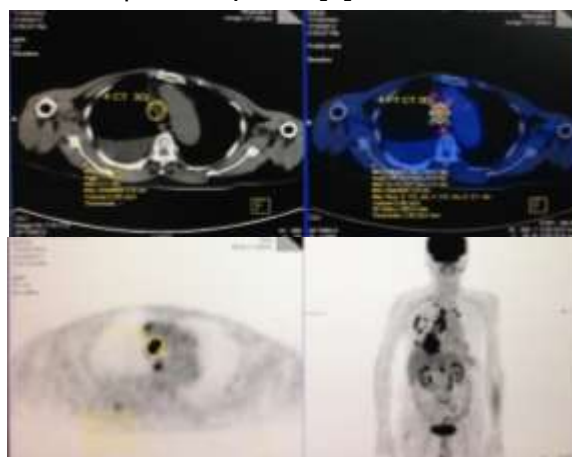
Ung thư phổi biểu mô tuyến là loại thường gặp trong ung thư phổi không tế bào nhỏ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Các bệnh nhân ung thư phổi biểu mô tuyến chủ yếu là nam giới chiếm tỉ lệ 66,7%. Phần lớn trường hợp bệnh nhân lớn hơn 50 tuổi (chiếm tỉ lệ 87,5%). Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu tác giả Mai Trọng Khoa [5] và Dela Cruz [4].

Ung thư phổi không tế bào nhỏ nói chung và ung thư phổi biểu mô tuyến nói riêng thường di căn hạch trung thất. Đánh giá di căn hạch trung thất có vai trò quan trọng trong việc định hướng điều trị và tiên lượng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, di căn hạch dưới carina chiếm tỉ lệ cao nhất (14,3%), tiếp đến hạch cạnh ĐMC, hạch rốn phổi (T), hạch TT trên (11,9% cho mỗi nhóm), hạch trước carina và hạch (P) KQ lần lượt chiếm 9,5%. Các vị trí còn lại chiếm tỉ lệ thấp như hạch TT cạnh carina, hạch trước khí quản (tương ứng 4,8%); hạch dưới cung ĐMC, hạch cạnh phế quản gốc (T), hạch cạnh PQ gốc (P), hạch TT sau KQ (2,4% cho mỗi nhóm). Phần lớn hạch trung thất có đường kính ≤ 2 cm; hạch nhỏ nhất 0,8cm; lớn nhất 7,1 cm; trung bình $2,1 \pm 1,1$ cm. Phần lớn hạch trung thất có trị số SUV max 3 – 6 (cm); trị số nhỏ nhất 3 (cm); lớn nhất 14,6 (cm); trung bình $6,5 \pm 3,3$ (cm). Tương quan giữa đường kính hạch trung thất với SUV max hạch trung thất cho thấy

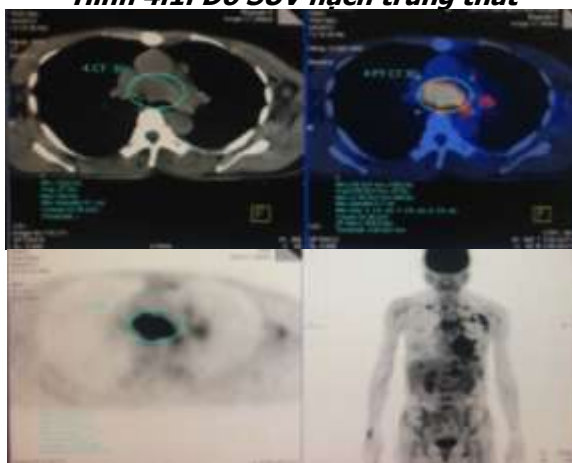
rằng: trị số SUV max hạch trung thất có tương quan thuận chặt chẽ với đường kính hạch trung thất ($r = 0,651$; $p < 0,01$).

Chao F và cộng sự đã báo cáo giá trị PET/CT trong đánh giá giai đoạn ung thư phổi không tế bào nhỏ. Báo cáo cho thấy rằng, PET/CT đánh giá rất tốt giai đoạn N cũng như giai đoạn M và có giá trị cao trong tiên lượng ung thư phổi không tế bào nhỏ [6].

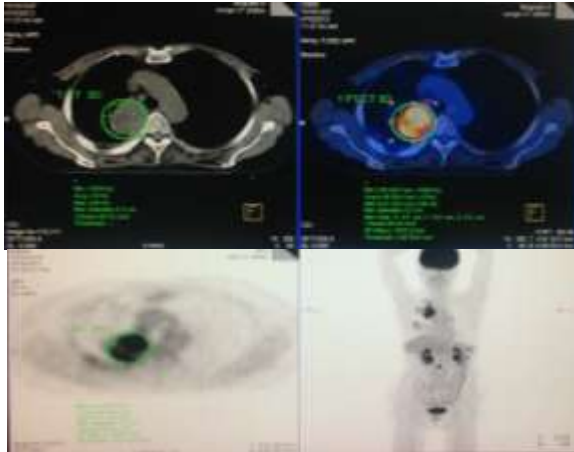
Wainer Z và cộng sự đã nghiên cứu tương quan giữa SUV max và giới tính trong tiên lượng ung thư phổi không tế bào nhỏ. Nghiên cứu được thực hiện trên 189 bệnh nhân (gồm 127 nam và 62 nữ), đánh giá thời gian sống sót sau 5 năm. Kết quả cho thấy SUV max có giá trị tiên lượng thời gian sống sót ở nam giới với UTPKTBN phẫu thuật sớm [7].



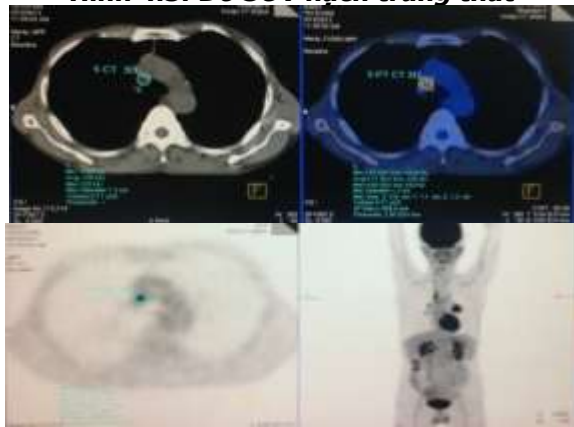
Hình 4.1. Đo SUV hạch trung thất



Hình 4.2. Đo SUV hạch trung thất



Hình 4.3. Đo SUV hạch trung thất



Hình 4.4. Đo SUV hạch trung thất

V. KẾT LUẬN

Hạch di căn trung thất kích thước nhỏ nhất 0,8cm; lớn nhất 7,1 cm; trung bình $2,1 \pm 1,1$ cm.

Trị số SUV max di căn hạch trung thất nhỏ nhất 3cm; lớn nhất 14,6cm; trung bình $6,5 \pm 3,3$ cm.

Trị số SUV max hạch trung thất có tương quan thuận chặt chẽ với đường kính hạch trung thất ($r = 0,651$; $p < 0,01$).

Xác định trị số SUV max hạch di căn trung thất rất có giá trị trong chẩn đoán giai đoạn ung thư phổi biểu mô tuyến, góp phần định hướng điều trị và theo dõi sau điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sorensen M., M. Pijls-Johannesma, E. Felip, et al. (2010), Small-cell lung cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*, 21 Suppl 5, pp. v120-5.
2. Society A.C. (2006), Cancer Facts and Figures. www.cancer.org.
3. Đức N.B. (2006), Tình hình ung thư ở Việt Nam giai đoạn 2001-2004. *Tạp chí Y học thực hành*, pp. 9-19.
4. Dela Cruz C.S., L.T. Tanoue, and R.A. Matthay (2011), Lung cancer: epidemiology, etiology, and prevention. *Clin Chest Med*, 32(4), pp. 605-44.
5. Mai Trọng Khoa (2013), Ứng dụng kỹ thuật PET/CT trong ung thư, pp. 245-270.
6. Chao F. and H. Zhang (2012), PET/CT in the staging of the non-small-cell lung cancer. *J Biomed Biotechnol*, 2012, pp. 783739.
7. Wainer Z., M.G. Daniels, J. Callahan, et al. (2012), Sex and SUVmax: sex-dependent prognostication in early non-small cell lung cancer. *J Nucl Med*, 53(11), pp. 1676-85.

SO SÁNH HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU SAU PHẪU THUẬT BỤNG CỦA TRUYỀN LIÊN TỤC THUỐC TÊ VÀO VẾT MỔ VỚI DÙNG MORPHIN TÍNH MẠCH DO BỆNH NHÂN TỰ ĐIỀU KHIỂN

Lê Sáu Nguyên*, Nguyễn Quốc Kính**, Ngô Mạnh Dinh**, Nguyễn Thu Ngân**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng giảm đau sau phẫu thuật ổ bụng của phương pháp truyền liên tục vào vết mổ levobupivacain và các tác dụng không mong muốn của phương pháp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu, 80 bệnh nhân có ASA 1-4, tuổi trên 18, được phẫu thuật ổ bụng theo trường

trình. Bệnh nhân được chia làm 2 nhóm, một nhóm được giảm đau bằng truyền liên tục vào vết mổ levobupivacain 0,2% từ 3-6ml/giờ và PCA morphin (nhóm CWI), một nhóm được giảm đau chỉ bằng PCA morphine (nhóm PCA). Cả hai nhóm được đánh giá hiệu quả giảm đau bằng thang điểm VAS lúc nghỉ ngơi và vận động, lượng morphin tiêu thụ trong 72 giờ, các tác dụng không mong muốn. **Kết quả:** Hiệu quả giảm đau là tốt ở cả hai nhóm. Điểm VAS khi nghỉ ngơi ở cả hai nhóm đều thấp, điểm VAS khi vận động từ ngày thứ hai cũng thấp dưới 4 điểm. Lượng thuốc tê ở nhóm 1 trong 72 giờ là 701.45 ± 67.5 mg. Lượng morphin tiêu thụ ở nhóm 1 là 47.0 ± 10.9 mg, nhóm 2 là 93.6 ± 16.6 mg. Ở nhóm 1 có 4 bệnh nhân buồn nôn và 5 bệnh nhân bị ngứa, nhóm 2 có 06 bệnh nhân buồn nôn và 06 bệnh nhân bị ngứa, 2 bệnh nhân bị bí

*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

**Bệnh viện Việt Đức-Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Sáu Nguyên

Email: lesaunguyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/2/2018

Ngày phản biện khoa học: 23/3/2018

Ngày duyệt bài: 2/4/2018

tiểu. **Kết luận:** Truyền liên tục levobupivacain tại vết mổ để giảm đau mang lại kết quả tốt, giảm đáng kể lượng morphin tiêu thụ trong thời gian nghiên cứu.

Từ khóa: Truyền liên tục vào vết mổ, levobupivacain, PCA morphine

SUMMARY

POSTOPERATIVE PAIN CONTROL USING CONTINUOUS WOUND INFUSION WITH PATIENTS CONTROLLED ANALGESIA MORPHINE INTRAVENOUS AFTER MAJOR ABDOMINAL

Objective: Effectiveness of continuous wound infiltration with levobupivacaine after abdominal surgery for pain and its side-effects. **Subjects and Methods:** Descriptive studies, 18 patients (ASA I-IV), aged over 18, scheduled for abdominal surgery, were divided in two equal groups. Group 1 was applied continuous infusion into the wound levobupivacain 0.2% of 3-6 ml/h and PCA morphine; Group 2 with PCA morphine analgesia only. Outcomes measured over 72 h after operation were visual analogue scale (VAS) and incident (i) VAS pain scores, morphine consumption, and side-effects. **Results:** Analgesic efficacy was good for both groups. VAS score at rest in both groups were lower. In group 1, total dosage of levobupivacaine in 72 hours was 701.45 ± 67.5 mg. The total morphine consumption in 72h postoperative was significantly less in group 1 (47.0 ± 10.9 mg) in comparison to group 2 (93.6 ± 16.6 mg). Side effects in group 1: 4 patients had nausea and 5 had itch while group 2: 04 patients have nausea and 07 patients suffering from urinary retention. **Conclusions:** continuous infusion levobupivacaine to reduce pain after abdominal surgery has effective, significantly reduce morphine consumption level in research.

Keywords: Continuous wound infusion, levobupivacain, PCA morphine

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, phẫu thuật để điều trị đang ngày càng phát triển. Một trong những lo lắng hàng đầu của người bệnh là đau trong quá trình phẫu thuật và sau khi phẫu thuật. Đau cấp tính sau mổ nếu không được kiểm soát tốt có nguy cơ chuyển thành đau mạn tính. Phẫu thuật ổ bụng thường là phẫu thuật lớn với đường mổ ổ bụng kéo dài, phẫu tích nhiều. Đau sau mổ ổ bụng ảnh hưởng lên các cơ quan như hô hấp, tuần hoàn, tiêu hóa, thay đổi nội tiết của cơ thể...

Truyền liên tục thuốc tê để giảm đau sau mổ (continuous wound infusion: CWI) đã được nghiên cứu và ứng dụng từ lâu. Đây là phương pháp giảm đau ngay tại vị trí gây ra kích thích đau, việc sử dụng các catheter đa ống thông kích thước nhỏ (Multilumen catheter) giúp phân phối đều thuốc tê trong vết mổ đã giúp nâng cao hiệu quả của phương pháp giảm đau trực tiếp tại vết mổ. Tại Việt Nam, lần đầu tiên chúng tôi áp

dụng phương pháp này và tiến hành nghiên cứu với hai mục tiêu:

1. So sánh tác dụng giảm đau sau phẫu thuật bụng của truyền liên tục thuốc tê levobupivacain 0,2% vào vết mổ qua catheter chuyên dụng nhiều lỗ InfiltraLong với dùng morphin tĩnh mạch do bệnh nhân tự điều khiển.

2. Nhận xét một số tác dụng không mong muốn của hai phương pháp giảm đau trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật ổ bụng. Tuổi ≥ 18 , ASA 1-4. Tình nguyện tham gia vào nghiên cứu.

Không chọn vào nghiên cứu: bệnh nhân có tiền sử dùng thuốc gây nghiện, thuốc giảm đau kéo dài, có vết mổ dưới 10cm. Các trường hợp có tai biến, biến chứng trong quá trình gây mê và phẫu thuật. Các phẫu thuật kéo dài trên 6 giờ.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng ngẫu nhiên có so sánh.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Gây mê hồi sức - Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.

Thời gian tiến hành: Từ tháng 10/2015 tới 02/2018.

Cỡ mẫu nghiên cứu: $N_1 = N_2 = 40$

2.3 Tiến hành nghiên cứu: Tổng số 80 bệnh nhân được chia đều ngẫu nhiên thành 2 nhóm. Gây mê nội khí quản theo thường qui với khởi mê bằng fentanyl 1 - 2mcg/kg, propofol 1,5 - 2mg/kg và rocuronium 0,6mg/kg, sau đó duy trì mê bằng sevofluran MAC 1-1,5 và nhắc lại fentanyl và rocuronium khi cần.

Cuối cuộc mổ, cả hai nhóm được đặt sẵn PCA morphin tĩnh mạch với liều bolus 1 mg, thời gian trễ 10 phút và giới hạn liều 20 mg/4giờ và sau khi tỉnh, bệnh nhân tự bấm nút tiêm thuốc nếu có nhu cầu giảm đau. Riêng ở nhóm CWI: sau khi đóng phúc mạc, phẫu thuật viên đặt catheter InfiltraLong trước phúc mạc rồi đóng tiếp lớp cân cơ và da, khi bệnh nhân đã thoát mê thì levobupivacain 0,2% được bolus 5ml, sau đấy truyền liên tục 3 - 6ml/giờ qua catheter đặt vết mổ nhằm đạt VAS < 4. Ngừng giảm đau PCA và rút catheter vết mổ sau 72 giờ.

2.4 Tiêu chí đánh giá

***Tiêu chí đánh giá hiệu quả giảm đau:** Điểm VAS (lúc nghỉ ngơi và khi gắng sức). Tiêu thụ morphin tĩnh mạch (mg) (PCA) hàng ngày và trong 72 giờ ở cả hai nhóm. Lượng thuốc tê hàng ngày (mg) và tổng lượng thuốc tê trong 72 giờ ở nhóm nghiên cứu.

***Tác dụng không mong muốn:** Buồn nôn, nôn, ngứa, tụt huyết áp, bí tiểu...

***Tiêu chí đánh giá khác:** Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu. Đặc điểm gây mê và phẫu thuật

2.5 Thời điểm nghiên cứu:

H0: bắt đầu làm giảm đau, H1 sau 1 giờ, H6 sau 6 giờ, H12 sau 12 giờ, H18 sau 18 giờ, H24

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Phân bố về đặc điểm bệnh nhân và gây mê, phẫu thuật

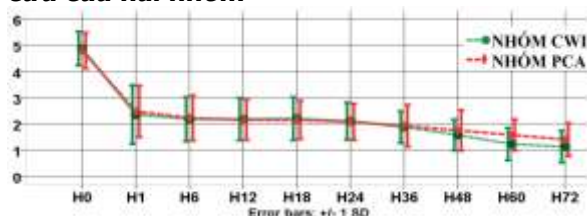
Bảng 3.1: Phân bố về đặc điểm bệnh nhân và gây mê, phẫu thuật

Đặc điểm	Nhóm	Nhóm CWI (n=40)	Nhóm PCA (n=40)	Tổng (N=80)	p
Tuổi (năm)		53.25 ± 15.35	57.30 ± 11.92	55.27 ± 13.81	>0.05
Chiều cao (cm)		161.58 ± 7.75	159.93 ± 6.13	160.75 ± 6.99	>0.05
Cân nặng (kg)		55.70 ± 8.96	54.30 ± 7.31	55.00 ± 8.16	>0.05
Giới (nam/nữ)		21/19	26/14	47/33	>0.05
ASA (I/II/III)		5/22/11	3/23/13	8/45/24	>0.05
Thời gian gây mê (phút)		209.75 ± 56.7	223.2 ± 52.84	216.39 ± 54.94	>0.05
Thời gian phẫu thuật (phút)		190.64 ± 57.1	200.0 ± 50.66	195.32 ± 53.86	>0.05
Propofol (mg)		111.03 ± 26.8	113.3 ± 24.95	112.13 ± 25.80	>0.05
Sevofluran (ml)		52.49 ± 11.68	53.34 ± 13.00	52.52 ± 12.44	>0.05
Rocuronium (mg)		62.63 ± 13.39	70.79 ± 18.94	66.20 ± 17.00	>0.05
Fentanyl (mg)		237.5 ± 97.38	295.5 ± 118.8	262.9 ± 112.19	>0.05

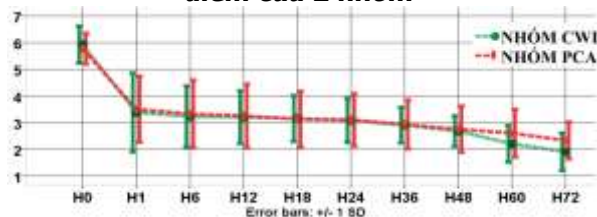
Nhận xét: Các đặc điểm của bệnh nhân như tuổi, giới, chiều cao, cân nặng, tỷ lệ ASA của hai nhóm tương đương nhau. Các đặc điểm về gây mê, phẫu thuật và lượng thuốc gây mê, giảm đau, giãn cơ của hai nhóm có sự khác biệt, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

3.2 Hiệu quả giảm đau sau mổ

3.2.1 Điểm VAS ở các thời điểm nghiên cứu của hai nhóm



Biểu đồ 1: Điểm VAS lúc nghỉ ở các thời điểm của 2 nhóm



Biểu đồ 2: Điểm VAS lúc vận động ở các thời điểm của 3 nhóm

Nhận xét: Sau thời gian bắt đầu làm giảm đau, điểm VAS trung bình lúc nghỉ và vận động của cả hai nhóm đều <4 điểm. Như vậy, so với nhóm PCA điểm VAS của nhóm CWI tương đương trong 24 giờ đầu, từ thời điểm giờ 36 điểm VAS của nhóm CWI thấp hơn có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Từ biểu đồ 2 chúng tôi thấy, điểm VAS khi vận động của hai nhóm tại thời điểm bắt đầu làm giảm đau tương đương với 6 điểm. Sau khi tiến hành giảm đau giảm xuống mức dưới 4 điểm. Từ thời điểm 48 giờ cho đến 72 giờ mức điểm VAS của nhóm CWI thấp hơn so với nhóm PCA ở mức có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$).

3.2.3 Lượng thuốc giảm đau tiêu thụ ở nhóm CWI và nhóm PCA

3.2.3.1 Lượng morphin của hai nhóm

Bảng 2: Liều morphin sử dụng ở nhóm CWI và nhóm PCA

Đặc điểm	Nhóm	Nhóm CWI (n=40)	Nhóm PCA (n=40)	p
Chuẩn độ	$\bar{X} \pm SD$		7.35 ± 2.09	
	Min - Max		4 - 12	
Từ 0 - 24h	$\bar{X} \pm SD$	25.02 ± 7.52	41.47 ± 8.55	<0.05
	Min - Max	8 - 38	25 - 72	
Từ 24 - 48h	$\bar{X} \pm SD$	14.47 ± 4.83	31.65 ± 7.04	<0.05

	Min - Max	3 - 24	17 - 47	
Từ 48 – 72h	$\bar{X} \pm SD$	7.52 $\pm$ 5.02	20.32 $\pm$ 6.09	<0.05
	Min - Max	0 - 19	10 - 33	
Tổng	$\bar{X} \pm SD$	47.00 $\pm$ 10.95	93.65 $\pm$ 16.60	<0.05
	Min - Max	15 - 74	67 - 138	

Nhận xét: Lượng morphin của nhóm CWI thấp hơn so với nhóm PCA ở mọi thời điểm nghiên cứu. Tổng lượng morphin của nhóm CWI là 47.00 $\pm$ 10.95mg.

3.2.3.2 Lượng thuốc tê sử dụng ở nhóm CWI

Thuốc tê (mg)	Ngày 1	Ngày 2	Ngày 3	Tổng liều
Levobupivacain	230.4 $\pm$ 22.27	230.4 $\pm$ 22.27	230.4 $\pm$ 22.27	701.45 $\pm$ 67.5

Nhận xét: Lượng thuốc tê trung bình sử dụng hàng ngày là 230.40mg và trong ba ngày là 701.45mg.

3.3 Các đặc điểm khác và tác dụng không mong muốn

Bảng 3: Tác dụng không mong muốn của 2 nhóm

Đặc điểm	Nhóm CWI (n=40)		Nhóm PCA(n=40)		Tổng(n=80)		P
	n	%	n	%	n	%	
Buồn nôn	4	10	4	10	8	10	> 0.05
Nôn	1	2.5	1	2.5	2	2.5	
Tụt huyết áp	0	0	2	5	2	2.5	
Ngứa	5	12.5	6	15	11	14.2	
Bí tiểu	0	0	2	5	2	2.5	

Nhận xét: Tác dụng không mong muốn gặp nhiều nhất ở cả hai nhóm là buồn nôn, ngứa. Nhóm PCA còn có hai trường hợp bí tiểu.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Về đặc điểm chung: Tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi là 55.27 $\pm$ 13.81, tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với của tác giả Trần Đức Thọ 56,47 $\pm$ 11,05 [1], Nguyễn Toàn Thắng 52,6 $\pm$ 10,5 [2], Marc Beaussier 58 $\pm$ 10 [3]. Tỷ lệ giới tính trong nghiên cứu của chúng tôi là 47/33, tỷ lệ giới tính trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với tác giả Antonia Dalmau (39/14) [4], tác giả Trần Đức Thọ là 103/47 [1], tác giả Nguyễn Toàn Thắng là 90/60 [2]. Chiều cao trong nghiên cứu của chúng tôi là 160.75 $\pm$ 6.99 cm, tương đương với chiều cao trong nghiên cứu của tác giả Trần Đức Thọ (161.08 $\pm$ 6.23) [1], tác giả Yu Xin (160 $\pm$ 9.4) [5]. Cân nặng trong nghiên cứu của chúng tôi là 55.00 $\pm$ 8.16kg, cân nặng trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với của tác giả Nguyễn Toàn Thắng 52.9 $\pm$ 7.6kg [2], tác giả Trần Đức Thọ là 52.81 $\pm$ 7.05 kg [1], cân nặng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với tác giả tác giả Yu Xin có cân nặng là 65 $\pm$ 7.5kg [5]. Phân bố ASA1/2/3 trong nghiên cứu của chúng tôi lần của hai nhóm CWI và PCA lần lượt là 5/22/11 và 3/23/13. Tỷ lệ ASA trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với của tác giả P.Tilleul (10/25/8) [6] và tác giả Antonia Dalmau là (1/28/17) [4].

Thời gian gây mê vào phẫu thuật của chúng tôi lần lượt là 216.39 $\pm$ 54.94 phút và 195.32 $\pm$ 53.86 phút. Thời gian gây mê và phẫu thuật của chúng tôi tương đương với của tác giả Marc

Beaussier 189 $\pm$ 42 [3], nghiên cứu của tác giả P. Tilleul 253 (104) [6]. Thời gian gây mê và phẫu thuật của chúng tôi dài hơn so với của tác giả Nguyễn Toàn Thắng là 109,1 $\pm$ 26,2 phút [2].

Lượng thuốc gây mê sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là propofol 112.13 $\pm$ 25.80mg, sevofluran 52.52 $\pm$ 12.44, rocuronium 66.20 $\pm$ 17.00, fentanyl 262.9 $\pm$ 112.19mcg. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Toàn Thắng lượng fentanyl cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi là 347,5 $\pm$ 59,2mcg [2].

4.2 Về hiệu quả giảm đau sau mổ: Từ bảng 1 chúng tôi thấy điểm VAS lúc nghỉ của bệnh nhân lúc bắt đầu tiến hành giảm đau tương đương với mức 5 điểm. Sau khi tiến hành giảm đau 1 giờ thì điểm VAS trung bình giảm xuống mức 3 điểm. Điểm VAS của cả hai nhóm tương đương với nhau trong 24 giờ đầu. Từ giờ thứ 36, điểm VAS của nhóm CWI thấp hơn so với nhóm PCA.

Điểm VAS lúc nghỉ trong lúc nghiên cứu của chúng tôi tương đương với tác giả Nguyễn Toàn Thắng, thời điểm bắt đầu làm giảm đau mức điểm VAS là 5.27 $\pm$ 1.02, thời điểm 1 giờ sau nghiên cứu điểm VAS trung bình trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Toàn Thắng là 2,50 $\pm$ 0,93 [2].

Lượng morphin sử dụng hàng ngày của nhóm CWI luôn thấp hơn so với PCA, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Lượng morphin của nhóm CWI của chúng tôi là 47.00 $\pm$ 19.95 mg, tương đương với của tác giả Marc Beaussier là (48 $\pm$ 23) [3], tác giả Yu Zin nghiên cứu so sánh giữa nhóm truyền liên tục ropivacain với PCA sufentanin thấy

lượng sufentanin của nhóm CWI là $41.50 \pm 21.80\mu\text{g}$ so với nhóm PCA là $89.70 \pm 35.22\mu\text{g}$ [5]. Lượng thuốc levobupivacain của nhóm CWI là 230mg/ngày tương đương với liều 10mg/h. Trong đó lượng levobupivacain được khuyến cáo sử dụng là dưới 400mg/ngày hay từ 12-18.5mg/giờ.

4.3 Về các tác dụng không mong muốn:

Các tác dụng không mong muốn của hai nhóm thường gặp là buồn nôn nhóm CWI 10%, ngửa 12.5%, nhóm PCA buồn nôn chiếm 15%, nôn 5%, bí tiểu 5%. Đây cũng là các tác dụng không mong muốn khi sử dụng các thuốc giảm đau họ morphin và thuốc tê.

Các tác dụng không mong muốn của chúng tôi cũng tương đương với của các tác giả Nguyễn Toàn Thắng [2] buồn nôn ở nhóm Morphin 34%, ngửa là 24%, bí đại 24%, Trần Đức Thọ [1] có tác dụng phụ là buồn nôn nhóm levobupivacain với fentanyl là 12%, ngửa là 10%.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp truyền liên tục thuốc tê vào vết mổ có hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật ổ bụng. Lượng morphin sử dụng ở mỗi thời điểm trong nghiên cứu của nhóm CWI đều thấp hơn so với nhóm PCA, trong đó tổng lượng morphin trong cả 72 giờ của nhóm CWI là và nhóm PCA là (sự khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$).

Mức điểm VAS lúc nghỉ của hai nhóm tương đương từ thời điểm bắt đầu làm giảm đau cho tới thời điểm 36 giờ. Sau thời điểm 36 giờ, điểm VAS của nhóm CWI thấp hơn so với nhóm PCA ở mức có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$).

Mức điểm VAS khi vận động của nhóm CWI thấp hơn so với nhóm PCA từ thời điểm H48 tới H72, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

Lượng thuốc tê trung bình hàng ngày là 230.4mg và trong 72 giờ là 701.45mg.

Các tác dụng không mong muốn thường gặp trong nghiên cứu là ngửa, buồn nôn ngoài ra nhóm PCA còn có 2 bệnh nhân bị bí tiểu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Đức Thọ (2017)**, *Luận án Tiến sĩ Y học "Nghiên cứu tác dụng giảm đau sau mổ bụng trên của levobupivacain phối hợp với sufentanil hoặc fentanyl hoặc clonidin qua catheter ngoài màng cứng do bệnh nhân tự điều khiển"*. Bộ môn Gây mê hồi sức, Viện Nghiên Cứu Khoa Học Y Dược Lâm Sàng 108.
2. **Nguyễn Toàn Thắng (2016)**, *Luận án Tiến sĩ Y học "Đánh giá hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật bụng và tác dụng không mong muốn của fentanyl, morphin, morphin - ketamin tĩnh mạch theo phương pháp bệnh nhân tự kiểm soát"*, Đại học Y HN.
3. **Marc Beaussier, Eduardo Schiffer et al (2007)**, *Continuous Preperitoneal Infusion of Ropivacaine Provides Effective Analgesia and Accelerates Recovery after Colorectal Surgery*, *Anesthesiology - Pain and regional anesthesia*, Vol. 107, Pag. 461-468.
4. **A. Dalmau et al (2018)**, *Analgesia with continuous wound infusion of local anesthetic versus saline: Double-blind randomized, controlled trial in hepatectomy*, *The American Journal of Surgery*, Vol. 215, Pag. 138-143.
5. **Yu Xin et al (2014)**, *Efficacy of Postoperative Continuous Wound Infiltration With Local Anesthesia After Open Hepatectomy*, *The Clinical Journal of Pain*, Vol. 30(7), Pag. 571-576.
6. **P. Tilleul, F. Bocquet, N. Thiriat, O. le Grelle, M. J. Burke, J. Hutton and M. Beaussier (2012)**, *Cost-effectiveness analysis comparing epidural, patient-controlled intravenous morphine, and continuous wound infiltration for postoperative pain management after open abdominal surgery*, *British Journal of Anaesthesia*, Vol. 108(6), Pag. 998-1005.
7. **Pellerano g Ball I, cossi I, giudici n, Pellegrino a, cannata D, et al (2016)**, *continuous epidural versus wound infusion plus single morphine bolus as postoperative analgesia in open abdominal aortic aneurysm repair: a randomized non-inferiority trial*, *Minerva anestesiologica*, Vol. 82(12), Pag. 1296-1305.

KẾT QUẢ LÂU DÀI ĐIỀU TRỊ HEP KHÚC NỐI BỂ THẬN – NIỆU QUẢN QUA NỘI SOI SAU PHÚC MẠC

Nguyễn Đức Minh*, Vũ Nguyễn Khải Ca*, Hoàng Long*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu của chúng tôi nhằm mục tiêu đánh giá kết quả theo dõi xa phẫu thuật này tại khoa Tiết niệu bệnh viện hữu nghị Việt Đức. **Đối**

tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả tiến cứu trên 60 bệnh nhân (BN) được mổ nội NSSPM điều trị hẹp khúc nối BT-NQ. **Kết quả:** Nghiên cứu có 37/60 BN nam chiếm tỷ lệ 61.9% và nữ chiếm 38.1%. Độ tuổi trung bình là 33.2 ± 15.7 tuổi (16 - 57 tuổi). Can thiệp bên phải: 28 BN và bên trái là: 32 BN. Thời gian mổ trung bình: 125.42 ± 23.47 phút (35-250). Lượng máu mất trong mổ trung bình: 33.15ml (10-90). Thời gian nằm viện trung bình: 5.2 ± 2.3 ngày (3-12). Kết quả thành công đạt 93.33%. Có 15 trường hợp phát hiện nguyên nhân hẹp khúc nối do dải xơ hoặc mạch máu bất thường chèn ép. Theo dõi sau mổ

*Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Minh

Email: dr.duongj9@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/2/2018

Ngày phản biện khoa học: 20/3/2018

Ngày duyệt bài: 5/4/2018

có 1 BN rò nước tiểu sau mổ phải nội soi ngược dòng đặt lại sonde JJ. Tất cả BN khám lại sau 1 tháng, 60 BN khám lại sau 3 tháng (chụp cắt lớp vi tính kiểm tra 52 BN), các BN đều được siêu âm kiểm tra sau 12 tháng với tỉ lệ đạt kết quả tốt là 93.33%. **Kết luận:** Phẫu thuật NSSPM điều trị hẹp khúc nối BT-NQ cho kết quả tương đương với mổ mở, nhưng rút ngắn được thời gian nằm viện và mang tính thẩm mỹ cao hơn.

Từ khóa: Hẹp khúc nối bể thận-niệu quản, nội soi sau phúc mạc.

SUMMARY

COMPARISON LEVEL URINARY RETENTION OF TREATMENT URETEROPELVIC JUNCTION OBSTRUCTION BY RETROPERITONEAL LAPAROSCOPIC

Introduction: Our study aims to evaluate long-term results of this surgery in urology department of Vietnam-Germany Hospital. **Material and Methods:** Prospective descriptive study 60 patients are operated to treat UPJO by retroperitoneal laparoscopic.

Results: The study have 37/60 male patients accounted for 61.9% and women accounted for 38.1%. The average age was 33.2 ± 15.7 years (16-57 years). The right has 28 patients and 32 in the left. Average operation time: 125.42 ± 21.67 minutes (35-250). The amount of blood lost during surgery average: 33.15ml (10-90). Average hospital stay: 5.2 ± 2.3 days (3-12). Results achieved 93.33% success. There are 15 cases which their ureteropelvic junction segment has been compressed by fibrous tapes or abnormal blood vessel. There is 1 patient after surgery urine fistula to reset JJ catheter by retrograde ureteroscopic. All patients have been examined after 1month, 60 patients after 3 months (CT scan test 52 patients), the ultrasound patients were checked after 12 months with good results rate is 93.33%.

Conclusions: Retroperitoneal laparoscopic to treat UPJO achieves results similar to open surgery, but shorten the length of hospital stay and higher aesthetic.

Key words: Ureteropelvic junction obstruction (UPJO), retroperitoneal laparoscopic.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp khúc nối bể thận- niệu quản là dị tật bẩm sinh mà nguyên nhân do giải phẫu hoặc chức năng gây chít hẹp khúc nối làm cản trở lưu thông nước tiểu từ bể thận xuống niệu quản gây nên hiện tượng ứ nước thận.

Mổ mở để tạo hình khúc nối bể thận niệu quản theo nguyên tắc của phương pháp Anderson – hynes vẫn được coi là tiêu chuẩn vàng để điều trị hẹp khúc nối bể thận niệu quản với tỷ lệ thành công về lâu dài đạt trên 90% [1,2]. Trong thời đại hiện nay cùng với sự phát triển của phẫu thuật nội soi hầu như tất cả các phẫu thuật cơ bản mổ mở đều được áp dụng. Phẫu thuật nội soi điều trị hẹp khúc nối bể thận niệu quản cũng không ngoại lệ với kết quả tương đương với mổ mở đã được báo cáo [3,4]. Phẫu

thuật nội soi khắc phục được nhược điểm của mổ mở với vết mổ nhỏ, thẩm mỹ; tránh được các sang chấn lớn về tâm lý sau phẫu thuật và rút ngắn thời gian nằm viện. Đã có rất nhiều nhưng báo cáo về nội soi qua phúc mạc điều trị hẹp khúc nối bể thận niệu quản nhưng có chưa nhiều các báo cáo về tạo hình bể thận niệu quản bằng nội soi sau phúc mạc [5,6]. Nguyên nhân có thể do phẫu trường nội soi sau phúc mạc tương đối chật hẹp gây khó khăn cho thao tác kỹ thuật. Tuy nhiên với nhiều tác giả đặc biệt là các nhà niệu khoa thì nội soi sau phúc mạc có nhiều ưu điểm như vào trực tiếp được vùng bệnh lý cần can thiệp, tránh được các tai biến làm tổn thương các tạng trong bụng, đặc biệt là giảm tác hại của biến chứng rò nước tiểu... Sau đây chúng tôi báo cáo những kết quả dài hạn của nội soi sau phúc mạc tạo hình khúc nối bể thận niệu quản và sử dụng kết quả này để bàn luận một số vấn đề kỹ thuật.

Từ tháng 1 năm 2012 đến tháng 8 năm 2016 với 60 bệnh nhân được điều trị hẹp khúc nối bể thận niệu quản qua nội soi sau phúc mạc tại Bệnh viện Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Phương pháp nghiên cứu: mô tả tiến cứu. Thời gian nghiên cứu từ 1/2012 đến tháng 5/2016. Địa điểm: Bệnh viện hữu nghị Việt Đức.

2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- BN trên 16 tuổi được chẩn đoán hẹp khúc nối BT-NQ với đầy đủ các dữ liệu về lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh.

- Được đánh giá mức độ tổn thương bệnh lý bằng chụp CT Scanner 64 dãy hệ tiết niệu có dựng hình.

- Điều trị bằng kỹ thuật mổ *nội soi sau phúc mạc*.

3. Các chỉ tiêu nghiên cứu :

- Tuổi, giới, bên khúc nối bị hẹp, sỏi kết hợp.
- Trong mổ ghi nhận: thời gian mổ, mạch máu bất thường, phương pháp mổ áp dụng, lượng máu mất, biến chứng trong mổ.

- Sau mổ: thời gian nằm viện, thời gian đặt dẫn lưu ổ mổ, biến chứng sau mổ, thời gian rút ống thông JJ.

- Kết quả theo dõi sau 1 tháng: Đánh giá triệu chứng lâm sàng và kết quả hình thái, chức năng thận qua siêu âm, rút ống thông JJ.

- Kết quả theo dõi sau 3 tháng: Đánh giá triệu chứng lâm sàng và kết quả hình thái, chức năng thận qua chụp CT scanner 64 dãy

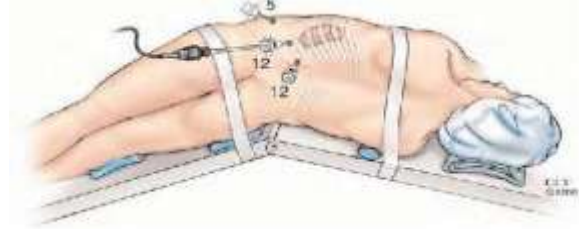
4. Quy trình mổ:

- Gây mê nội khí quản

- BN nằm nghiêng 90 độ về phía đối diện, độn gối dưới hố thắt lưng. Phẫu thuật viên và người phụ đứng sau lưng BN.

- Sử dụng 3 trocars: trocar thứ nhất 10mm trên đường nách giữa, cách mỏm chậu 1cm. Tạo khoang sau PM bằng ngón tay gắng bơm 500 – 800ml. Bơm hơi áp lực 12mmHg, đặt ống kính nội soi để quan sát. Sau đó đặt tiếp trocar 2 và 3. Vị trí trocar 2 (5mm) trên đường nách trước ở giữa khoảng cách mỏm chậu và bờ sườn. Trocar 3 (10mm) ở bờ dưới xương sườn 12 (hình 1.1). Trong trường hợp cần thiết có thể đặt trocar 4 ở góc xương sườn 12. Bộc lộ NQ ở bờ ngoài cơ thắt lưng chậu, bóc tách NQ đến BT. Tùy theo nguyên nhân gây hẹp mà lựa chọn phương pháp mổ.

- Sau mổ BN được sử dụng kháng sinh, rút thông tiểu và ra viện sau 3-5 ngày. Hẹn khám lại kiểm tra lần đầu 1 tháng sau mổ. BN được siêu âm hệ tiết niệu kiểm tra và rút ống thông JJ.



Hình 1.1: Vị trí các trocar trong phẫu thuật nội soi sau phúc mạc.

(Nguồn: Eichel L: Campbell-Walsh Urology. Saunders Elsevier 2012, pp. 218.) [7].

Đánh giá kết quả: Phẫu thuật đạt kết quả tốt khi hết triệu chứng lâm sàng, siêu âm kiểm tra giảm độ giãn đài bể thận, thuốc cản quang xuống niệu quản trên UIV hoặc cải thiện hình thể chức năng thận trên chụp CLVT đa dãy.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tất cả bệnh nhân trong báo cáo đều là hẹp khúc nối bể thận nguyên phát, bảng 1 tổng kết các bệnh nhân và kết quả mổ.

- Có 20 trường hợp nguyên nhân gây hẹp BT - NQ do dài xơ hoặc mạch máu bất thường chèn ép. Chúng tôi chỉ gỡ dính giải phóng BT - NQ, cắt dài xơ và động mạch chèn ép nếu không phải động mạch cực dưới thận, trường hợp có động mạch bất thường lớn phải tạo hình cắt rời và chuyển vị khúc nối BT - NQ ra trước động mạch. Còn 40 trường hợp hẹp do nguyên nhân nội tại có chỉ định rõ được tạo hình kiểu cắt rời.

- Thời gian phẫu thuật trung bình là 125.42 ± 23.67 phút (từ 45-270 phút).

- Lượng máu mất trong mổ trung bình là 33.15 ± 19.72 ml (từ 10 đến 70ml). Không có trường hợp nào chảy máu trong mổ và sau mổ.

- Thời gian rút dẫn lưu hố thận trung bình là 3.5 ngày (từ 2 đến 10 ngày).

- Thời gian nằm viện trung bình 5.3 ngày (từ 3 – 11 ngày).

Bảng 1. Đặc điểm và kết quả phẫu thuật của 60 bệnh nhân

Biến số	Giá trị
Tuổi trung bình (năm)	33,2 (16 - 57)
Nam/Nữ	37/23
Bên mổ (R/L)	28/32
Sỏi thận kèm theo n (%)	2 (3,3)
Mạch bất thường n (%)	16 (26,7)
Dài xơ chèn ép n (%)	4 (6,6)
Thời gian mổ trung bình (phút)	$125,42 \pm 23,67$
Lượng máu mất trong mổ (ml)	$33,15 \pm 18,72$ (10 - 90)
Thời gian rút dẫn lưu trung bình (ngày)	3,5 (2 - 10)
Thời gian nằm viện (ngày)	5,3 (3 - 12)

Bảng 2. Biến chứng hậu phẫu

Biến chứng	Số trường hợp	Tỉ lệ (%)
Rò nước tiểu	4	6,7
Nhiễm khuẩn niệu	7	11,7
Nhiễm khuẩn vết mổ	2	3,3
TK dưới da	5	8,3

- 4 BN rò nước tiểu sau mổ trong đó 3 BN hết sau 7 ngày, 1 BN còn lại do đặt sonde JJ chưa xuống tới bàng quang. Trường hợp này chúng tôi phải nội soi ngược dòng rút sonde JJ xuống, sau đó BN ổn định ra viện.

- 7 BN sốt sau mổ do nhiễm khuẩn tiết niệu điều trị nội khoa hết.

- 2 BN nhiễm trùng lỗ trocar được thay băng vết mổ, điều trị nội khoa ổn định.

- Có 5 BN tràn khí dưới da mức độ nhẹ không phải điều trị.

Bảng 3. Kết quả lâm sàng, sau mổ 1 tháng

Triệu chứng lâm sàng	Số trường hợp	Tỉ lệ (%)
Có cải thiện	50	83,33
Không cải thiện	4	6,67
Không đánh giá	6	10
Cộng	60	100

Đánh giá kết quả sau 1 tháng chủ yếu dựa vào lâm sàng, siêu âm chỉ để kiểm tra có tụ dịch quanh thận và độ giãn của đài bể thận sau mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào siêu âm có tụ dịch quanh thận, 7 bệnh nhân siêu âm thận giãn độ 3 chúng tôi lưu sonde JJ thêm 1 tháng.

Có 4/60 trường hợp sau mổ ít cải thiện. 6 bệnh nhân không đánh giá được là những trường hợp trước mổ không biểu hiện lâm sàng, phát hiện bệnh qua siêu âm.

Bảng 4. Kết quả chụp CT scanner 64 dãy sau 3 tháng

		Trước mổ		Sau mổ	
		n	Tỉ lệ (%)	n	Tỉ lệ (%)
Không ứ nước		0	0	7	13.46
Mức độ ứ nước thận	Độ I	5	8.33	17	32.69
	Độ II	19	31.67	19	36.54
	Độ III	32	53.33	9	17.31
	Độ IV	4	6.67	0	0
Tổng số		60	100	52	100

Sự khác biệt về phân độ thận nước trên CT scan trước mổ-sau mổ là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 5. So sánh kết quả ứ nước trước và sau mổ 12 tháng qua siêu âm

		Trước mổ		Sau mổ	
		n	Tỉ lệ (%)	n	Tỉ lệ (%)
Không ứ nước		0	0	20	33,33
Mức độ ứ nước thận	Độ I	17	23.33	24	40
	Độ II	21	35	10	16.67
	Độ III	18	30	4	8.33
	Độ IV	4	6.67	0	0
Tổng số		60	100	60	100

Sự khác biệt về phân độ thận nước trên siêu âm trước mổ - sau mổ sau 12 tháng có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 6. Kết quả lâm sàng, sau mổ 12 tháng

Triệu chứng lâm sàng	Số trường hợp	Tỉ lệ (%)
Không có TC	56	93,33
Có TC	4	6.67
Tổng	60	100

Kết quả khám lại sau 3 tháng chúng tôi chỉ thực hiện được chụp cắt lớp 64 dãy cho 52/60 trường hợp, 9 BN còn giãn thận độ 3.

Sau 12 tháng vẫn còn 5/60 trường hợp giãn độ 3 theo siêu âm.

IV. BÀN LUẬN

Mổ mở để điều trị hẹp khúc nối BT-NQ vẫn được xem là tiêu chuẩn vàng và vẫn được áp dụng khá rộng rãi hiện nay với tỉ lệ thành công cao khoảng 95%. Tuy nhiên, BN sẽ phải chịu vết mổ lớn gây ảnh hưởng về thẩm mỹ, những sang chấn lớn về tâm lý do phẫu thuật và thời gian hậu phẫu kéo dài.

Phẫu thuật nội soi niệu quản xẻ rộng khúc nối hẹp được áp dụng theo một số tác giả có ưu điểm là thời gian phẫu thuật và thời gian nằm viện ngắn. Tuy nhiên, tỉ lệ thành công của phương pháp này thấp hơn mổ mở 10-20%. Ngoài ra biến chứng chảy máu sau mổ có thể gặp trong trường hợp có mạch máu bất thường (chống chỉ định của phương pháp này). Tỉ lệ tái phát cao khi theo dõi xa càng làm giảm tỉ lệ thành công. Vì thế chỉ định của phương pháp này theo chúng tôi cũng như 1 số tác giả khác nên áp dụng trong các trường hợp bệnh nhân già yếu, có chống chỉ định với mổ nội soi và đặc biệt chỉ định cho những trường hợp hẹp khúc nối

BT-NQ tái phát. Phương pháp mổ nội soi ổ bụng để điều trị hẹp khúc nối BT-NQ ra đời và phát triển nhằm khắc phục nhược điểm của các phương pháp trên. Phẫu thuật nội soi qua phúc mạc hoặc sau phúc mạc có đầy đủ các ưu điểm của phẫu thuật ít xâm lấn như đau ít sau mổ, thời gian nằm viện ngắn, khắc phục được vấn đề về thẩm mỹ nhưng cho tỉ lệ thành công theo 1 số báo cáo tương tự phẫu thuật mở [5]. Tỉ lệ thành công của phẫu thuật có thể lên tới 95% nếu có sự giúp đỡ của robot. Ngoài ra theo dõi sau thời gian khá dài thì tỉ lệ thành công vẫn được duy trì.

Phẫu thuật nội soi điều trị hẹp khúc nối BT-NQ bắt đầu được áp dụng từ 1993 và ngày càng được sử dụng rộng rãi. Đa số các báo cáo thời kỳ đầu đều đề cập đến nội soi qua phúc mạc do khoang thao tác rộng, góc nhìn mở rộng. Tuy nhiên thao tác trong phúc mạc có nguy cơ gây tổn thương các tạng trong ổ bụng đặc biệt ruột, khó khăn hơn khi bộc lộ bể thận do đi vào phía trước có động - tĩnh mạch thận. Ngoài ra khi xảy ra biến chứng rò nước tiểu sau mổ thì hậu quả và cách xử trí sẽ khó khăn hơn nhiều. NSSPM được áp dụng sau đó. Mặc dù khoang làm việc sau phúc mạc hạn chế gây khó khăn cho thao tác đặc biệt khâu nối nhưng cho phép tiếp cận trực tiếp với BT-NQ do đó rút ngắn thời gian phẫu thuật. Báo cáo này của chúng tôi có thời gian phẫu thuật trung bình là 125 phút cũng tương tự như 1 số tác giả khác [5] và ngắn hơn so với thời gian mổ của phẫu thuật nội soi trong phúc mạc.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy có 20 trường hợp nguyên nhân hẹp khúc nối do dài xơ hoặc có động mạch bất thường bắt chéo ngang khúc nối. Chúng tôi tiến hành gỡ dính, cắt dài xơ và thắt động mạch bất thường cho 6/20 BN (sau khi sử dụng test lasix). 12/20 trường hợp động mạch cực dưới kích thước lớn chúng tôi phải tiến hành cắt rời chuyển vị khúc nối, NQ ra trước. 2/20 BN mạch bất thường không phải ĐM cực dưới thận nhưng sau khi sử dụng test lasix chúng tôi vẫn quyết định tạo hình kiểu cắt rời. Kiểm tra lại đạt kết quả tốt trên tất cả bệnh nhân.

Chúng tôi đánh giá khúc nối hẹp *không phải tạo hình* chủ yếu dựa vào giải phẫu *niệu quản không xuất phát cao*, góc NQ-BT là *góc tù*, có *nguyên nhân chèn ép bên ngoài* rõ, sau khi giải phóng khúc nối thấy BT không giãn, nhu động tốt. Ngoài ra chúng tôi còn sử dụng thêm test lasix (sử dụng Lasix 20mg tiêm tĩnh mạch cho những trường hợp này kết hợp với truyền nhanh natriclorit 0,9%, chờ đợi trung bình 15phút), bước đầu cho kết quả khả quan. Tuy nhiên do số lượng BN còn ít cần nghiên cứu thêm.

Chúng tôi không gặp biến chứng chảy máu lớn trong và sau phẫu thuật, lượng máu mất trong mổ đều dưới 90ml. Biến chứng nhiễm khuẩn tiết niệu sau mổ gặp 11,7% nhưng chỉ cần điều trị nội khoa. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 trường hợp rò nước tiểu sau mổ. Trong đó 3/4 trường hợp chỉ điều trị hết rò sau 7 ngày, 1 trường hợp rò nước tiểu nhiều sau mổ qua dẫn lưu hố thận 800ml/24h, siêu âm và chụp kiểm tra thấy sonde JJ chưa xuống đến bàng quang, chúng tôi phải nội soi ngược dòng rút sonde xuống bàng quang, sau đó bệnh nhân ổn định. Trong và sau phẫu thuật điều trị hẹp khúc nối qua nội soi ít khi xảy ra biến chứng nặng, thường là rò nước tiểu kéo dài theo một số tác giả là từ 12-20%.

Kết quả của phẫu thuật được đánh giá là thành công khi BN hết triệu chứng lâm sàng, siêu âm giảm độ giãn đài bể thận, cải thiện hình thể chức năng trên MSCT.

Chúng tôi khám lại sau 1 tháng cho tất cả bệnh nhân rút ống thông JJ, 57/60 khám lại sau 3 tháng kết quả thành công ở 56/60 BN khám lại (93.3%) theo các tiêu chí trên tương đương kết quả của một số tác giả khác, 3 trường hợp còn

lại có cải thiện về triệu chứng lâm sàng nhưng siêu âm và CLVT kết quả chưa tốt nên chúng tôi tiếp tục điều trị bảo tồn và theo dõi thêm.

Kết quả chụp cắt lớp cho 52/60 trường hợp khám lại vẫn còn 9 BN (15%) có kết quả giãn thận độ 3 tuy nhiên lâm sàng chỉ có 4 trường hợp có triệu chứng. Điều này có thể lý giải sau tạo hình thận co hồi chậm hoặc khả năng nữa lưu thông qua miệng nối một số BN chưa thực sự tốt mặc dù đã cải thiện sau tạo hình.

Kết quả khám lại sau 12 tháng rất tiếc chúng tôi không đánh giá lại được bằng chụp CLVT 64 dãy tuy nhiên có 4/60 BN có triệu chứng lâm sàng, siêu âm bể thận còn giãn. Tuy nhiên 2 BN triệu chứng không rõ ràng chúng tôi để theo dõi thêm, 2 BN phải mổ mở lại tạo hình khúc nối BT NQ.

V. KẾT LUẬN

Sau 12 tháng tỉ lệ thành công đạt 93.33% nội soi điều trị hẹp khúc nối BT-NQ với các ưu điểm có thể thay thế mổ mở.

Lựa chọn nội soi sau phúc là phương pháp có nhiều ưu thế hơn và hoàn toàn có thể áp dụng rộng rãi trong điều kiện hiện nay ở Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brooks JD., Kavoussi LR., Preminger GM., Shuessler WW., et al (1985), "Comparison of open and endourologic approaches to the obstructed ureteropelvic junction". *Urology*, 46(6): 791-95.
2. O'Reilly PH., Brooman PJ., Mak S., Jones M., Pickup C., Atkinson C, Pollard AJ (2001), "The long-term results of Anderson-Hynes pyeloplasty". *BJU Int.*, 87 (4), pp. 287-9.
3. Bachmann A., Ruzsat R., Forster T, et al (2006), "Retroperitoneoscopic pyeloplasty for ureteropelvic junction obstruction (UPJO): solving the technical difficulties", *Eur Urol.*, 49 (2), pp. 264-72.
4. Soulieu M., Salomon L., Patard JJ., et al (2001), "Extraperitoneal laparoscopic pyeloplasty: a multicenter study of 55 procedures", *J Urol.*, 166 (1), pp. 48-50.
5. Zhang X., Li HZ., Wang SG., et al (2005), Retroperitoneal laparoscopic dismembered pyeloplasty: experience with 50 cases. *Urology*, 66: 514-7.
6. Ngô Đại Hải (2004), "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi sau phúc mạc tạo hình khúc nối niệu quản bể thận kiểu cắt rời", Luận văn tiến sĩ, Trường đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.
7. Eichel L., Clayman RV (2012), "Fundamentals of Laparoscopic and Robotic Urologic Surgery", *Campbell – Walsh Urology*, 10th Ed., Saunders Elsevier, Vol. 1, pp. 204-53.

THỰC TRẠNG KHUYẾT TẬT Ở TRẺ 0 - 6 TUỔI TẠI HUYỆN QUỲNH PHỤ TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2016

Phạm Thị Tĩnh¹, Phạm Thị Dung¹, Phạm Bích Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu thực trạng và mô hình khuyết tật ở trẻ 0 - 6 tuổi tại 36 xã và 2 thị trấn của huyện Quỳnh Phụ, tỉnh Thái Bình, từ đó xây dựng kế hoạch can thiệp sớm cho trẻ khuyết tật. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 15.685 trẻ 0 - 6 tuổi trong toàn huyện. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ khuyết tật ở trẻ 0 - 6 tuổi là 1,12%. Về mô hình khuyết tật thì nhóm khuyết tật vận động chiếm 31,3%; Nhóm khuyết tật nghe - nói chiếm 28,5%; Nhóm khuyết tật về nhìn là 17,5%; Các dạng khuyết tật thường gặp là Bại não, chậm phát triển vận động, chậm phát triển ngôn ngữ, giảm thị lực.

Từ khóa: Trẻ khuyết tật (KT), phục hồi chức năng, phát hiện sớm - can thiệp sớm.

SUMMARY

CURRENT SITUATION OF DISABILITIES IN CHILDREN AGED 0-6 YEARS IN QUYNH PHU DISTRICT, THAIBINH PROVINCE IN 2016

Objectives: To study the current situation and model of disability in children aged 0-6 years in 36 communes and 2 towns in Quynh Phu district, Thai Binh province, and then develop an intervention plan for children with disabilities. **Methods:** We carried out a descriptive study of 15,685 children aged 0-6 years in the district. **Study results:** The prevalence of disability among children aged 0-6 years was 1.12%. Regarding the disability model, mobility group was 31.3%; Hearing impairment group accounted for 28.5%; Visual impairment group was 17.5%; The common types of disability include cerebral palsy, motor impairment, language impairment and impaired vision.

Keywords: Children with disabilities, rehabilitation, early detection - early intervention.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khuyết tật (KT) là tình trạng một người do khiếm khuyết hoặc do các điều kiện sức khỏe mà bị giảm chức năng dẫn tới hạn chế sự tham gia trong các lĩnh vực sinh hoạt, lao động, học tập và đời sống xã hội. Theo ước tính của UNICEF, khoảng 10% trẻ em và thanh niên trên thế giới có những khiếm khuyết về sức khỏe tinh thần, trí tuệ hoặc giác quan, trong đó, 80% sống ở các nước đang phát triển. Theo báo cáo của Quỹ dân số Liên Hợp Quốc về người khuyết tật ở Việt Nam (2011) tổng hợp các số liệu từ Tổng điều tra Dân số và Nhà ở năm 2009 cho thấy cả nước có 6,1 triệu người (chiếm 7,8%) từ 5 tuổi trở lên bị khuyết tật. Trong số đó, có 3,6% là trẻ em trong độ tuổi từ 5 đến dưới 16 tuổi và 4,7% là trẻ em và vị thành niên trong độ tuổi từ 5 đến

dưới 18 tuổi. Loại khuyết tật phổ biến nhất ở trẻ em trong điều tra tại cộng đồng là khuyết tật về vận động chiếm 22,4% và khuyết tật về nghe nói chiếm 21,4%. Những năm gần đây, nhờ sự phát triển của Y học, tỷ lệ các dạng khuyết tật do bại liệt, bệnh lý rối loạn chuyển hóa... ngày càng giảm nhờ các chương trình sàng lọc trước sinh và sàng lọc sơ sinh. Tuy nhiên, khuyết tật do ảnh hưởng các nhóm nguyên nhân từ môi trường tự nhiên cũng như xã hội (tự kỷ, các tật về mắt...) lại có xu hướng gia tăng.

Từ những lý do trên chúng tôi chọn đề tài với mục tiêu: *Mô tả thực trạng khuyết tật ở trẻ 0 - 6 tuổi huyện Quỳnh Phụ - Thái Bình năm 2016.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu: Đối tượng NC là 15.685 trẻ từ 0 - 6 tuổi (Sinh từ ngày 01/11/2010 đến ngày 30/ 11/ 2016) tại 36 xã, thị trấn thuộc huyện Quỳnh Phụ, tỉnh Thái Bình. Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 10/2016 đến tháng 3/2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Áp dụng phương pháp nghiên cứu dịch tễ học mô tả qua điều tra cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu. Cỡ mẫu được tính theo công thức:

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

Thay các giá trị vào công thức, tính được cỡ mẫu là 15.335 trẻ. Thực tế số trẻ trong NC của chúng tôi là 15.685 trẻ.

2.3. Nội dung và các biến số sử dụng trong nghiên cứu. Thông tin chung về trẻ khuyết tật: Họ tên, tuổi, giới...

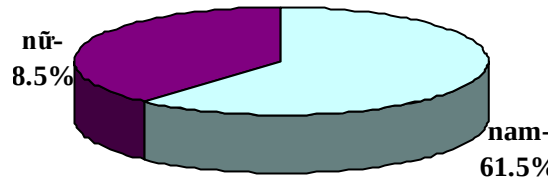
- Thông tin về khuyết tật bao gồm:
 - + Dạng khuyết tật: Được chia làm 7 nhóm:
 - Nhóm khuyết tật về vận động (bại não, bàn chân khoèo...).
 - Nhóm khuyết tật về nghe - nói (câm điếc bẩm sinh, sút môi/hở hàm ếch...).
 - Nhóm khuyết tật về nhìn (Đục thủy tinh thể bẩm sinh, lác...).
 - Nhóm khuyết tật về nhận thức (hội chứng Down, chậm phát triển trí tuệ...).
 - Nhóm khuyết tật về hành vi (Tự kỷ, tăng động giảm chú ý...).
 - Các khuyết tật khác (tim bẩm sinh, u máu...).

2.4. Công cụ thu thập số liệu: Bộ câu hỏi sàng lọc khuyết tật cho trẻ 0 - 6 tuổi của Bộ Y tế năm 2008. Phiếu khám trẻ khuyết tật

2.5. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu xử lý bằng chương trình SPSS tại Phòng Quản lý khoa học, trường Đại học Y Dược Thái Bình.

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Tĩnh
Email: phamtinh_ytb@yahoo.com
Ngày nhận bài: 16.01.2018
Ngày phản biện khoa học: 28.2.2018
Ngày duyệt bài: 12.3.2018

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 1: Tỷ lệ khuyết tật theo giới

Trong số 182 trẻ KT có 112 trẻ trai chiếm 61,5%, 70 trẻ gái chiếm 38,5%.

Bảng 1: Tỷ lệ trẻ từ 0- 6 tuổi được khám sàng lọc

Nội dung	Số trẻ	Tỷ lệ %
Số trẻ được sàng lọc	15.685	96,6
Số trẻ không được sàng lọc	553	3,4
Tổng số trẻ 0 - 6 tuổi trong huyện	16.238	100

Bảng 1 cho thấy: Tỷ lệ trẻ được sàng lọc rất cao, chiếm 98,4%.

Bảng 2: Phân loại khuyết tật theo nhóm

Các nhóm khuyết tật	Số lượng (n= 182)	Tỷ lệ %
Khó khăn về vận động	57	31,3
Khó khăn về học/nhận thức	23	12,6
Khó khăn về nhìn	32	17,5
Khó khăn về nghe - nói	52	28,5
Hành vi xa lạ	6	3,3
Khác (u máu, dị tật sinh dục...)	17	9,3

Nhóm KT vận động chiếm tỷ lệ cao nhất 31,3%. Nhóm KT nghe nói chiếm 28,5%; Nhóm KT về nhìn chiếm 16,5%. Thấp nhất là nhóm KT hành vi chiếm 3,3%.

Bảng 3: Tỷ lệ các dạng khuyết tật về vận động

Các dạng khuyết tật	Số lượng (n=182)	Tỷ lệ %
Chậm phát triển vận động	12	6,0
Bàn chân khoèo bẩm sinh	5	2,2
Thừa, thiếu ngón tay, chân	16	7,7
Cong, vẹo cột sống	10	5,5
Bại não	13	6,6
Tổng	57	31,3

Trong nhóm KT vận động, dạng thừa - thiếu ngón tay, chân chiếm tỷ lệ cao nhất 7,7%, tiếp đó là bại não 6,6%

Bảng 4: Tỷ lệ các dạng khuyết tật về nghe - nói

Các dạng khuyết tật	Số lượng (n=182)	Tỷ lệ %
Sút môi+/Hở hàm ếch	10	5,5
Dị dạng vành, ống tai	2	1,1
Chậm phát triển ngôn ngữ	17	9,3
Nói ngọng, nói khó, nói lắp	12	6,6
Câm điếc bẩm sinh	11	6,1
Tổng	52	28,5

Trong nhóm KT về nghe, nói, chiếm tỷ lệ cao nhất là chậm phát triển ngôn ngữ: 9,3%; Nói ngọng, nói khó chiếm 6,6%; Câm điếc bẩm sinh chiếm 6,1%.

Bảng 5: Tỷ lệ các dạng khuyết tật về nhìn

Các dạng khuyết tật	Số lượng (n=182)	Tỷ lệ %
Đục TTT	7	3,8
Lác	8	4,3
Sụp mí	4	2,2
Giảm thị lực	12	6,6
Mù	1	0,5
Tổng	32	17,6

Trong nhóm KT về nhìn, giảm thị lực chiếm tỷ lệ cao nhất 6,6%.

Bảng 6: Tỷ lệ các dạng khuyết tật về nhận thức

Các dạng khuyết tật	Số lượng (n=182)	Tỷ lệ %
Hội chứng Down	4	2,2
Chậm phát triển trí tuệ (không phải Down)	19	10,4
Tổng	23	12,6

Trong nhóm KT về nhận thức, chậm phát triển trí tuệ chiếm tỷ lệ cao nhất 10,4%

Bảng 7: Tỷ lệ các dạng khuyết tật về hành vi

Các dạng khuyết tật	Số lượng (n=182)	Tỷ lệ %
Tự kỉ	1	0,6
Tăng động/giảm chú ý	1	0,6
Rối loạn tâm thần	4	2,1
Tổng	6	3,3

Trong nhóm KT về hành vi, rối loạn tâm thần chiếm tỷ lệ cao nhất 2,1%

IV. BÀN LUẬN

Thời thơ ấu là giai đoạn quan trọng trong quá trình tăng trưởng và phát triển của trẻ em. Đối với trẻ KT thì việc phát hiện và can thiệp sớm trong thời kỳ này rất quan trọng vì nó giúp cho trẻ phát huy tối đa khả năng của mình, tạo điều kiện cho trẻ hội nhập xã hội.

Nghiên cứu được tiến hành tại 36 xã và 2 thị trấn thuộc huyện Quỳnh Phụ, tỉnh Thái Bình. Tổng số trẻ từ 0-6 tuổi của huyện từ 01/11/2016 đến 15/03/2017 là 16.238 trẻ. Số trẻ tham gia chương trình sàng lọc của chúng tôi là 15.685 chiếm 96,6% (bảng 1).

Theo chương trình sàng lọc giảm thính lực sơ sinh của Mỹ quy định: Tỷ lệ trẻ sơ sinh tham gia sàng lọc ít nhất phải đạt 95% mới được coi là một chương trình sàng lọc có hiệu quả [5]. Như vậy tỷ lệ trẻ tham gia trong NC của chúng tôi đảm bảo tiêu chuẩn của một chương trình sàng lọc.

Tỷ lệ khuyết tật ở trẻ từ 0 - 6 tuổi

Trong tổng số 16.012 trẻ, chúng tôi phát hiện được 182 trẻ khuyết tật cho tỷ lệ là 1,12%. Tỷ lệ này trong NC của Lê Đình Lan tại Quốc Oai - Hà Nội là 1,25%[7]. Theo Báo cáo phân tích tình hình trẻ em KT do Bộ LĐ-TBXH và UNICEF thực hiện năm 2004, tỷ lệ KT ở trẻ em ở vùng đô thị là 1,4%[2].

Có sự khác nhau này là do mỗi quốc gia áp dụng phương pháp và công cụ thu thập số liệu khác nhau. Tại các nước nghèo và chậm phát triển, thông tin về trẻ KT thường không đầy đủ do ngân sách dành cho nhóm trẻ này ít hơn nhiều lần so với các nước phát triển. Bên cạnh đó, việc phát hiện trẻ KT ở những quốc gia này còn nhiều thách thức do sự hạn chế kiến thức về khuyết tật. Cha mẹ trẻ khuyết tật có xu hướng giấu diếm khuyết tật của trẻ. Kết quả là rất nhiều trẻ em chậm phát triển và khuyết tật ở những nước có thu nhập thấp và trung bình không được phát hiện những vấn đề về sức khỏe cũng như không được nhận những dịch vụ cần thiết.

Tỷ lệ khuyết tật theo giới. Kết quả NC của biểu đồ 1 cho thấy: Tỷ lệ trẻ trai khuyết tật cao hơn trẻ gái. Tỷ lệ giới Nam/Nữ = 1,6/1. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nhiều tác giả khác. Một số quan điểm đã được đưa ra để giải thích cho sự khác nhau về tỷ lệ mắc KT giữa hai giới nam và nữ. Có quan điểm cho rằng trẻ trai hay bị các biến chứng trong thời kì thai nghén dẫn đến tình trạng hạn chế phát triển thai trong tử cung (một trong những nguyên nhân gây KT ở trẻ em. Tuy nhiên, tỷ lệ giới cũng phụ thuộc vào từng loại khuyết tật. Một số KT thường gặp nhiều ở trẻ nam như: Chậm phát triển trí tuệ (3/1), sút môi, hở hàm ếch (1,5/1). Ngược lại các KT như trật khớp háng bẩm sinh, thoát vị não tủy, HC Edwards... lại gặp tần số cao hơn ở trẻ nữ.

Mô hình khuyết tật: Theo kết quả NC của bảng 2 cho thấy: Trẻ khuyết tật trong nhóm vận động chiếm tỷ lệ cao nhất: 31,3%. Theo Ban điều phối các hoạt động hỗ trợ người khuyết tật Việt nam năm 2014 thì khuyết tật vận động chiếm tỷ lệ cao nhất (29,0%). Tiếp theo là rối loạn tâm thần/hành vi (17,0%) và thấp nhất là khuyết tật trí tuệ (7,0%). Riêng trong nhóm trẻ 0 - 5 tuổi, khuyết tật vận động chiếm 30,0% tổng số trẻ khuyết tật cùng độ tuổi [1].

Nhóm khuyết tật về vận động: Trong nhóm KT về vận động (bảng 4), chúng tôi phát hiện được 13 trẻ bại não - một loại KT chiếm vị trí quan trọng hàng đầu trong mô hình khuyết tật ở trẻ em. Trẻ bại não, nếu được phát hiện và can thiệp sớm sẽ giúp trẻ có nhiều cơ hội để

phát triển và hòa nhập xã hội. Ngoài ra, chúng tôi đã phối hợp khám lâm sàng và sử dụng bộ câu hỏi ASQ phát hiện ra 12 trẻ chậm phát triển vận động chiếm 6%. Trong đó, hoàn toàn là các trẻ chậm phát triển vận động đơn thuần (bao gồm cả vận động thô và vận động tinh).

Nhóm khuyết tật về nghe- nói: Cũng giống như nhóm trẻ chậm phát triển vận động, trong NC này bằng việc sử dụng bộ câu hỏi ASQ chúng tôi đã phát hiện được 17 trẻ chậm phát triển ngôn ngữ (bảng 4). Chậm phát triển ngôn ngữ ở trẻ em có thể là bình thường nếu đến một thời điểm nào đó các tiêu chí về phát triển ngôn ngữ của trẻ lại được đảm bảo. Tuy nhiên, cần phải hiểu rằng đối với một số trẻ thì chậm phát triển ngôn ngữ lại là một trong những dấu hiệu bệnh lý khác như rối loạn phát triển hoặc tự kỷ.

Nhóm khuyết tật về nhìn: trong NC của chúng tôi, nhóm khuyết tật về nhìn chiếm 17,6%, trong đó gồm 12 trẻ giảm thị lực, 7 trẻ đục thủy tinh thể bẩm sinh (bảng 5)

Khuyết tật về nhìn là một trong những dạng khuyết tật gây hậu quả nặng nề với con người. Chúng ta đều biết rằng không chỉ có ý nghĩa trong việc định hướng, giao tiếp mà 70% thông tin mà con người tiếp nhận từ thế giới bên ngoài đều thông qua hệ thống thị giác. Chính vì vậy, sự thiếu hụt hoặc mất đi khả năng thị giác trong quá trình nhận thức là một thiệt thòi gây rất nhiều khó khăn cho trẻ khiếm thị. Vì vậy, phát hiện sớm các trường hợp khuyết tật về nhìn, đánh giá chính xác khả năng thị giác của trẻ và xây dựng chương trình can thiệp sớm là một việc làm có ý nghĩa sâu sắc để giúp trẻ có cuộc sống bình thường, được học tập và hòa nhập xã hội.

Nhóm khuyết tật về nhận thức: Trong nhóm khuyết tật về nhận thức có 4 trẻ mắc hội chứng Down và 19 trẻ CPTTT không phải Down. Hầu hết những trẻ CPTTT đều có biểu hiện ở mức độ nhẹ (bảng 6)

Trừ một số trường hợp do các loại bệnh gây ra có thể điều trị tốt nếu phát hiện sớm, còn lại đa số các trẻ CPTTT khó chữa khỏi. Tuy nhiên phát hiện sớm - can thiệp sớm bằng cách tích cực giúp đỡ trẻ học tập, rèn luyện, sử dụng những khả năng tiềm ẩn bù trừ sẽ giúp trẻ phát huy tối đa khả năng sẵn có, thích nghi với cuộc sống hiện tại và sau này [3].

Nhóm khuyết tật về hành vi: Đây là nhóm có tỷ lệ thấp nhất (3,3%) trong mô hình khuyết tật (bảng 7). Các rối loạn hành vi ở trẻ em, đặc biệt trẻ nhỏ thường khó phát hiện sớm vì triệu chứng lâm sàng chưa biểu hiện rõ ràng hoặc có

thể bị nhầm lẫn với các rối loạn phát triển khác nên dễ bị bỏ sót trong các điều tra cắt ngang. Theo chúng tôi, đây cũng là một trong những hạn chế của nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Việc phát hiện sớm khuyết tật cho trẻ từ 0 - 6 tuổi có ý nghĩa quan trọng trong quá trình chăm sóc và nuôi dạy trẻ. Kết quả của nghiên cứu giúp đánh giá mức độ khuyết tật cũng như ảnh hưởng của nó, từ đó có kế hoạch can thiệp sớm, tạo điều kiện giúp trẻ phát triển tối đa khả năng của mình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ban điều phối các hoạt động hỗ trợ người khuyết tật Việt Nam (2014), *Báo cáo năm 2013 về hoạt động trợ giúp người khuyết tật Việt Nam*, Bộ LĐ-TB&XH, Hà Nội

2. Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội (2004), *Phân tích tình hình trẻ em khuyết tật ở Việt Nam*.
3. Bộ Y tế (2011), *Hướng dẫn Phát hiện sớm - Can thiệp sớm trẻ em khuyết tật*, Nhà xuất bản Y học.
4. Trần Thị Thụy Hà (2001), *Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ lâm sàng và nhu cầu phục hồi chức năng ở trẻ bại não*, Luận án Tiến Sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Trần Thị Thu Hà, Trần Trọng Hải (2009), *Sàng lọc trẻ sơ sinh, phát hiện sớm giảm thính lực, đề xuất biện pháp phục hồi chức năng sớm cho trẻ dị tật bàn chân*, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp bộ, Bộ Y tế.
6. Đặng Thị Kim Hương (2001), "Đánh giá kết quả phục hồi chức năng sớm cho trẻ dị tật bàn chân khoèo bẩm sinh bằng kéo giãn, bó bột và nẹp chỉnh hình", Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. Lê Đình Lan (2011), "Điều tra phát hiện sớm khuyết tật ở trẻ em tại huyện Quốc Oai - Hà Nội năm 2011", Luận văn Cử nhân, Đại học Thăng Long.

NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN GIỮA TỔN THƯƠNG THẬN VỚI MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 120, QUÂN KHU 9

Đoàn Văn Tiếp*, Nguyễn Trung Kiên**, Lê Việt Thắng**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối liên quan giữa tổn thương thận với một số đặc điểm bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ) typ 2 được điều trị tại BV 120, Quân khu 9. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang trên 140 bệnh nhân Đái tháo đường typ 2 được chẩn đoán và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện quân y 120 (Quân khu 9) từ tháng 3/2017 đến tháng 5/2017. **Kết quả:** Tỷ lệ BN có tổn thương thận ở nhóm tuổi ≥ 60 cao hơn so với nhóm tuổi < 60 (77,6% so với 62,2%), ở nữ cao hơn ở nam (72,5% so với 64,4%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tỷ lệ BN có tổn thương thận ở nhóm thời gian phát hiện bệnh ≥ 5 năm là 78,4%, cao hơn ở nhóm thời gian phát hiện bệnh < 5 năm, tỷ lệ này là 57,6%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,01$, OR = 2,671. Ở nhóm BN kiểm soát glucose máu kém, tỷ lệ BN có tổn thương thận chiếm tỷ lệ 75,3%, cao hơn tỷ lệ 58,2% ở nhóm BN kiểm soát glucose máu mức tốt và chấp nhận được, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, OR = 0,457. **Kết luận:** Thời gian phát hiện bệnh ĐTĐ ≥ 5 năm và mức độ kiểm soát glucose máu kém làm tăng nguy cơ mắc tổn thương thận ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2.

Từ khóa: đái tháo đường typ 2, tổn thương thận, thời gian phát hiện ĐTĐ

SUMMARY

STUDY ON THE RELATION BETWEEN RENAL IMPAIRMENT AND SOME CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AT MILITARY HOSPITAL 120, MILITARY ZONE 9

Objective: To assess relation between renal impairment and some characteristics in patients with type 2 diabetes at Military Hospital 120, Military Zone 9. **Subjects and methods:** A prospective, cross-sectional study of 140 type 2 diabetes patients who was diagnosed and treated as an outpatient at Military Hospital 120 (Military Zone 9) from March 2017 to May 2017. **Results:** The prevalence of renal impairment in the age group ≥ 60 was higher than in the age group < 60 (77.6% compared with 62.2%), and the prevalence of renal impairment in women was higher than that in men (72.5% compared with 64.4%), however these differences were not statistically significant with $p > 0.05$. The rate of patients with renal impairment was 78.4% for ≥ 5 -year diabetes detection time group, which was higher than that in < 5 -year diabetes detection time group (57.6%). The difference was statistically significant with $p < 0.01$ and OR = 2.671. In the group of patients with poor glycemic control, the rate of patients with kidney impairment was 75.3% which was higher than in patients with good or acceptable glycemic control (58.2%), the difference was statistically significant with $p < 0.05$ and OR = 0.457. **Conclusion:** Time to detect diabetes ≥ 5 years and poor glycemic control

*Bệnh viện Quân y 120, Quân khu 9

**Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Kiên

Email: bs.ntkien@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 26.2.2018

Ngày duyệt bài: 8.3.2018

cause increasing the risk of renal impairment in patients with type 2 diabetes.

Keywords: type 2 diabetes, renal lesion, duration of type 2 diabetic mellitus

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) cùng với ung thư và tim mạch là ba bệnh lý có tốc độ phát triển nhanh nhất hiện nay. Theo ước tính của Viện nghiên cứu ĐTĐ quốc tế, vào năm 2000 có khoảng 157,3 triệu người, năm 2010 có 215,6 triệu người, năm 2030 dự đoán khoảng 551,8 triệu người bị bệnh ĐTĐ. Ở Việt Nam, theo kết quả điều tra STEPwise về các yếu tố nguy cơ của bệnh không lây nhiễm do Bộ Y tế thực hiện năm 2015, ở nhóm tuổi từ 18-69, cho thấy tỷ lệ ĐTĐ toàn quốc là 4,1%, tiền ĐTĐ là 3,6%.

Ngày nay bệnh thận mạn (BTM) do đái tháo đường nói chung và suy thận mạn tính nói riêng đang trở thành một trong những vấn đề được quan tâm hàng đầu do tần suất gặp và mức độ nguy hiểm của biến chứng. Ở Hoa Kỳ, số lượng bệnh nhân ghép thận do suy thận giai đoạn cuối chiếm 50% là do bệnh đái tháo đường. Sự xuất hiện, tiến triển biến chứng thận do đái tháo đường týp 2 liên quan đến thời gian phát hiện bệnh, số lượng các yếu tố nguy cơ, mức độ kháng insulin và hiệu quả kiểm soát các chỉ số. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá mối liên quan giữa tổn thương thận với một số đặc điểm bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ) týp 2 được điều trị tại BV 120, Quận khu 9.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 140 bệnh nhân đái tháo đường týp 2 được chẩn đoán và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện quân y 120 (Quận khu 9) từ tháng 3/2017 đến tháng 5/2017

***Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu**

- Bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ týp 2.
- Chẩn đoán lần đầu hoặc đang được điều trị bằng các biện pháp.
- Bao gồm cả nam, nữ.
- Được điều trị ngoại trú ở thời điểm nghiên cứu.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Bảng 1: Liên quan tổn thương thận với tuổi

	Tuổi ≥ 60 (n = 58)		Tuổi < 60 (n = 82)		p, OR
	Số BN	Tỉ lệ %	Số BN	Tỉ lệ %	
Tổn thương thận	45	77,6	51	62,2	p = 0,053 OR = 2,104
Không tổn thương thận	13	22,4	31	37,8	
Tổng	58	100,0	82	100,0	

Tỉ lệ BN có tổn thương thận ở nhóm tuổi ≥ 60 cao hơn so với nhóm tuổi < 60, 77,6% so với 62,2%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$, OR = 2,104.

Bảng 2: Liên quan tổn thương thận với giới

	Nam (n = 71)	Nữ (n = 69)	p, OR
--	--------------	-------------	-------

*Tiêu chuẩn loại trừ

- Đái tháo đường týp 1, đái tháo đường thai kỳ và có nguyên nhân.
- Đang có những biến chứng nặng như nhiễm khuẩn, hôn mê do ĐTĐ, nhồi máu cơ tim cấp, đột quỵ não cấp...
- Bệnh nhân đái tháo đường có hội chứng thận hư.
- Bệnh nhân STMT giai đoạn cuối đang lọc máu chu kỳ.
- Bệnh nhân không hợp tác.

2. Phương pháp nghiên cứu

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

***Các tiêu chuẩn dùng trong nghiên cứu**

- Tiêu chuẩn chẩn đoán MAU (+); MAC (+): dựa vào nồng độ protein trong mẫu nước tiểu sáng sớm.

+ Microalbumin niệu: MAU (+): Lượng protein niệu 20 – 199mg/L

+Macroalbumin niệu: MAC (+): Lượng protein niệu ≥ 200 mg/L

- Mức lọc cầu thận ước đoán tính theo công thức MDRD:

DTL creatinin ước đoán = $186 \times (\text{cre}/\text{ht})^{-1,154} \times (\text{tuổi})^{-0,203}$. Nếu là nữ thì nhân với 0,742.

Áp dụng tính toán tại trang web www.mdrd.com.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán suy thận mạn tính: Khi mức lọc cầu thận (MLCT) < 60 ml/phút theo phân loại của NKF 2007.

- Chẩn đoán giai đoạn bệnh thận mạn tính theo KDOQI 2007

- Đánh giá kiểm soát glucose máu theo Hội đái tháo đường Việt nam

Xử lý số liệu: bằng phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 140 bệnh nhân nghiên cứu, đặc điểm tổn thương thận là: Tỉ lệ bệnh nhân có tổn thương thận là 68,6%, trong đó, số bệnh thận mạn tính giai đoạn 2 chiếm tỉ lệ 55,2%, giai đoạn 3 chiếm 43,8%, 1% ở giai đoạn 1 Phân bố theo thể lâm sàng, bệnh nhân có MAU(+) chiếm tỉ lệ 40,6%, MAC(+) tỉ lệ 15,6%, suy thận mạn tính chiếm tỉ lệ cao nhất với 43,8%.

	Số BN	Tỉ lệ %	Số BN	Tỉ lệ %	
Tổn thương thận	46	64,8	50	72,5	p = 0,328 OR = 1,430
Không tổn thương thận	25	35,2	19	27,5	
Tổng	71	100,0	69	100,0	

Tỉ lệ BN tổn thương thận ở nhóm BN nam và nhóm BN nữ là 64,4% và 72,5%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$, OR = 1,430.

Bảng 3: Liên quan tổn thương thận với thời gian phát hiện ĐTD

	Thời gian ≥ 5 năm (n = 74)		Thời gian < 5 năm (n = 66)		p, OR
	Số BN	Tỉ lệ %	Số BN	Tỉ lệ %	
Tổn thương thận	58	78,4	38	57,6	p = 0,008 OR = 2,671
Không tổn thương thận	16	21,6	28	42,4	
Tổng	74	100,0	66	100,0	

Tỉ lệ BN có tổn thương thận ở nhóm thời gian phát hiện bệnh ≥ 5 năm là 78,4%, cao hơn ở nhóm thời gian phát hiện bệnh < 5 năm, tỉ lệ này là 57,6%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,01$, OR = 2,671.

Bảng 4: Liên quan tổn thương thận với mức độ kiểm soát glucose máu

	Kiểm soát kém (n = 85)		Kiểm soát chấp nhận được và tốt (n = 55)		p, OR
	Số BN	Tỉ lệ %	Số BN	Tỉ lệ %	
Tổn thương thận	64	75,3	32	58,2	p = 0,033 OR = 0,457
Không tổn thương thận	21	24,7	23	41,8	
Tổng	85	100,0	55	100,0	

Ở nhóm BN kiểm soát glucose máu kém, tỉ lệ BN có tổn thương thận chiếm tỉ lệ 75,3%, cao hơn tỉ lệ 58,2% ở nhóm BN kiểm soát glucose máu mức tốt và chấp nhận được, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, OR = 0,457.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi cao là một trong những yếu tố nguy cơ không thay đổi được của bệnh ĐTD type 2. Sự gia tăng của tuổi gây ra những biến đổi về sinh lý, sinh hóa của cơ thể và là yếu tố ảnh hưởng đối với tiến triển và biến chứng của bệnh. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ BN có tổn thương thận ở nhóm tuổi ≥ 60 (77,6%) cao hơn so với nhóm tuổi < 60 (62,2%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đức Phát (2012) cho thấy tuổi ≥ 60 là một trong những yếu tố làm gia tăng biến chứng thận có ý nghĩa, tỉ lệ BN tổn thương thận ở nhóm ≥ 60 tuổi là 67,7% trong khi tỉ lệ này ở nhóm BN < 60 tuổi là 41,7%. Tác giả Mei Guo và cs (2017) nghiên cứu trên 21723 BN ĐTD type 2 ≥ 60 tuổi nhận thấy tỉ lệ albumin niệu (ACR ≥ 30 mg/g) gia tăng dần theo các nhóm tuổi 60-69, 70-79 và ≥ 80 tuổi lần lượt là 31,6%, 39,0% và 40,6%, $p < 0,001$.

Như vậy nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận có sự gia tăng tỉ lệ biến chứng thận ở nhóm tuổi ≥ 60 , tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa, $p > 0,05$, có thể do cỡ mẫu nghiên cứu chưa đủ lớn. Tỉ lệ nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi là 71/69 $\sim 1/1$, tỉ lệ BN tổn thương thận ở nhóm BN nam là 64,4% và nhóm BN nữ 72,5%, sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê (bảng 4). Theo kết quả nghiên

cứu Trần Đình Sỹ (2016), tỉ lệ ACR ngẫu nhiên (+) ở BN nữ là 30,6%, ở BN nam là 30,0%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, không có mối liên quan giữa ACR ngẫu nhiên với giới tính. Theo Xiao J và cs (2014) khi nghiên cứu dịch tễ cắt ngang 46239 bệnh nhân đái tháo đường type 2 ở 14 tỉnh thành của Trung Quốc kết quả cho thấy tỷ lệ có microalbumin niệu ở 2 nhóm BN nam và BN nữ là tương đương nhau. Như vậy có thể nói tổn thương thận ở BN ĐTD type 2 không có mối liên quan với giới tính.

Thời gian phát hiện bệnh ĐTD type 2 có liên quan nhiều đến tiến triển và biến chứng của bệnh. Do bệnh ĐTD type 2 thường được chẩn đoán, phát hiện muộn hơn sơ với thực tế nên ngay tại thời điểm chẩn đoán bệnh đã có thể xuất hiện một số biến chứng cấp và mạn tính. Thời gian phát hiện bệnh liên quan đến các biến chứng cơ quan đích. Thời gian phát hiện bệnh càng lâu sẽ gia tăng tỷ lệ biến chứng trong đó có biến chứng thận, MAU(+) thường xuất hiện sớm, rồi đến MAC (+) và muộn hơn là suy thận mạn các giai đoạn. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian mắc bệnh ≥ 5 năm có tỉ lệ biến chứng thận cao hơn có ý nghĩa. Cụ thể tỉ lệ BN có tổn thương thận ở nhóm thời gian phát hiện bệnh ≥ 5 năm là 78,4%, cao hơn ở nhóm thời gian phát hiện bệnh < 5 năm, tỉ lệ này là 57,6%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,01$, OR = 2,671. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn

Đức Phát (2012) với tỉ lệ BN tổn thương thận ở nhóm thời gian phát hiện bệnh ≥ 5 năm là 63,6%, nhóm < 5 năm là 24,7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Lê Đình Tuấn (2017) cũng cho thấy thời gian phát hiện bệnh càng lâu thì tỉ lệ biến chứng thận càng cao, nếu ở nhóm thời gian phát hiện bệnh < 5 năm tỉ lệ tổn thương thận là 15,1% thì ở nhóm 5 - 10 năm và nhóm > 10 năm, tỉ lệ tổn thương thận lần lượt là 35,5% và 49,4%, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,001$.

Phân bố BN theo mức độ kiểm soát glucose, phần lớn BN trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi đều ở mức kiểm soát glucose máu kém, chiếm tỉ lệ 60,7%, chỉ có 17,9% số BN kiểm soát glucose máu tốt và 21,4% kiểm soát glucose máu ở mức chấp nhận được. Nghiên cứu UKPDS chỉ ra rằng việc kiểm soát đường huyết chặt chẽ làm giảm nguy cơ biến chứng mạch máu nhỏ ở BN ĐTĐ typ 2, cũng như kiểm soát mức HbA1c $< 7\%$ trong vòng năm đầu ngay sau khi chẩn đoán giúp làm giảm nguy cơ mạch máu lớn có ý nghĩa thống kê. Theo Nguyễn Đức Phát (2012), mức kiểm soát HbA1c $> 7\%$ làm gia tăng biến chứng thận ở BN ĐTĐ type 2 có ý nghĩa thống kê. Lê Đình Tuấn (2017) đưa ra nhận xét có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ kiểm soát HbA1c, glucose máu và biến chứng thận, số BN kiểm soát glucose máu kém chiếm tỉ lệ 59,6% trên tổng số BN có biến chứng thận. Trong nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm BN kiểm soát glucose máu kém tỉ lệ BN có tổn thương thận đến 75,3%, cao hơn so với nhóm BN kiểm soát glucose máu mức tốt và chấp nhận được (58,2%) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Điều này cho thấy mối liên quan giữa kiểm soát glucose máu và tỉ lệ tổn thương thận, kiểm soát glucose máu kém làm gia tăng tỉ lệ tổn thương thận ở BN ĐTĐ type 2. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các kết quả của các tác giả khác. Hơn nữa, có thể giải thích tỉ lệ tổn

thương thận trong nhóm BN nghiên cứu của chúng tôi khá cao một phần do số BN kiểm soát glucose máu kém chiếm tỉ lệ cao.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ BN có tổn thương thận ở nhóm tuổi ≥ 60 cao hơn so với nhóm tuổi < 60 (77,6% so với 62,2%), ở nữ cao hơn ở nam (72,5% so với 64,4%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tỉ lệ BN có tổn thương thận ở nhóm thời gian phát hiện bệnh ≥ 5 năm là 78,4%, cao hơn ở nhóm thời gian phát hiện bệnh < 5 năm, tỉ lệ này là 57,6%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,01$, OR = 2,671. Ở nhóm BN kiểm soát glucose máu kém, tỉ lệ BN có tổn thương thận chiếm tỉ lệ 75,3%, cao hơn tỉ lệ 58,2% ở nhóm BN kiểm soát glucose máu mức tốt và chấp nhận được, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, OR = 0,457.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Diabetes Association, *Standards of medical care in diabetes--2012*. Diabetes Care, 2012. **35 Suppl 1**: p. S11-63.
2. DeFronzo, R.A., *International Textbook of Diabetes Mellitus*. 2015: Wiley Blackwell.
3. Group, U.P.D.S., *Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes (UKPDS 33)*. The lancet, 1998. **352**(9131): p. 837-853.
4. Saunders, W., *KDOQI clinical practice guidelines and clinical practice recommendations for diabetes and chronic kidney disease*. 2007: p. S42-S54.
5. Speckkaert, M. and J. Delanghe, *Assessment of renal function, Oxford Textbook of Clinical Nephrology*. 2016: Oxford University Press.
6. Whiting, D.R., et al., *IDF diabetes atlas: global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030*. Diabetes research and clinical practice, 2011. **94**(3): p. 311-321.
7. Wild, S., et al., *Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030*. Diabetes care, 2004. **27**(5): p. 1047-1053.

ĐÁNH GIÁ NHỮNG YẾU TỐ GÂY LOẠN THỊ GIÁC MẠC SAU GHÉP GIÁC MẠC XUYỀN

Lê Xuân Cung*, Phạm Ngọc Đông*, Nguyễn Đình Ngân**

TÓM TẮT

*Bệnh viện Mắt Trung Ương

**Bệnh viện Quân Y 103

Chịu trách nhiệm chính: Lê Xuân Cung

Email: cunghienminh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 9.01.2018

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá các yếu tố gây ra tình trạng loạn thị sau ghép giác mạc xuyên điều trị một số bệnh lý giác mạc. **Đối tượng nghiên cứu:** 35 mắt của 35 bệnh nhân bị các bệnh lý giác

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2018

Ngày duyệt bài: 12.3.2018

mạc đã được ghép giác mạc xuyên điều trị tại khoa Kết giác mạc, Bệnh viện Mắt Trung ương trong thời gian 2 năm 2012–2013. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu. **Kết quả nghiên cứu:** Phẫu thuật ghép giác mạc xuyên đã cải thiện đáng kể thị lực người bệnh. Trước mổ tất cả mắt có thị lực dưới 20/200, trong đó nhiều nhất là nhóm thị lực dưới đếm ngón tay 1m (54,3%). Sau mổ, thị lực trung bình tại thời điểm sau 3 tháng là 20/170 ($p < 0,05$), thị lực tăng dần và ổn định ở 24 tháng, tuy nhiên không đạt được mức thị lực cao mà nguyên nhân chính là do loạn thị giác mạc. Trước mổ không đo được khúc xạ giác mạc bệnh lý. Sau mổ tất cả các mắt đều có loạn thị với độ loạn thị sau 3 tháng trung bình là $5,82D \pm 3,038D$, sau đó độ loạn thị giảm dần và ổn định tại thời điểm sau phẫu thuật 24 tháng với độ loạn thị trung bình là: $5,56D \pm 2,35D$. Các yếu tố gây ra loạn thị giác mạc sau mổ là: Tình trạng bờ mảnh ghép (bờ mảnh ghép gồ ghề gây ra loạn thị giác mạc nhiều hơn bờ ghép kín phẳng với $p < 0,05$), Tình trạng biểu mô hóa mảnh ghép, vị trí mảnh ghép (chính tâm hay lệch tâm) và cắt chỉ sau phẫu thuật. **Kết luận:** Loạn thị giác mạc ảnh hưởng đến thị lực của người bệnh sau phẫu thuật ghép giác mạc xuyên. Có nhiều yếu tố gây ra loạn thị giác mạc: Tình trạng bờ mảnh ghép, tình trạng biểu mô hóa mảnh ghép, vị trí mảnh ghép và cắt chỉ sau phẫu thuật. Việc điều chỉnh loạn thị giác mạc sẽ giúp người bệnh cải thiện được thị lực.

Từ khóa: ghép giác mạc xuyên, loạn thị.

SUMMARY

ASSESSMENT THE FACTORS CAUSED ASTIGMATISM AFTER PENETRATING KERATOPLASTY

Objectives: This study aimed to assess the factors caused astigmatism after penetrating keratoplasty. **Subjectives:** Thirty five eyes (35 patients) with corneal diseases were undergone penetrating keratoplasty in the Corneal and External Disease Department, National Institute of Ophthalmology from year 2012 to 2013. **Method:** Retrospective observation. **Results:** The visual acuity of patients was improved significantly after penetrating keratoplasty. Before surgery, 35 eyes had visual acuity below 20/200 with most of them were under countfingers (54.3%). After surgery the visual acuity of all eyes were improved significantly, the average visual acuity was 20/170 at 3 postoperative months, it increased and stabilized at 24 months postoperatively. However the visual acuity was not increased highly. Preoperative corneal refraction could not be got because of corneal diseases. The average corneal refraction was $41,68D \pm 4,67D$ in 3 postoperative months, it changed and stabilized in 24 months postoperatively. After surgery all eyes had corneal astigmatism with its average of $5,82D \pm 3,038D$ in 3 postoperative months. The corneal astigmatism was decreased and stabilized at 24 months with $5,56D \pm 2,35D$. The causes of postoperative astigmatism are insision (rough insision causes more astigmatism than smooth one with $p < 0,05$), epithelialization, the location of graft and cutting sutures. **Conclusion:** Almost corneal grafts had high astigmatism, which decreased by following time and stabilized at 24 postoperative

months. Correcting corneal astigmatism should be done to improve the visual acuity of patients

Keywords: penetrating keratoplasty, refraction, astigmatism.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Với những trường hợp mù lòa do đục giác mạc ghép giác mạc là phương pháp duy nhất mang lại thị lực cho người bệnh. Trong đó ghép giác mạc xuyên là phương pháp phổ biến, được áp dụng trong những trường hợp giác mạc bị đục toàn bộ chiều dày với tỷ lệ thành công cao (khoảng hơn 90%) [1]. Tuy nhiên, trong nhiều trường hợp mảnh giác mạc ghép trong suốt nhưng thị lực bệnh nhân không cao mà nguyên nhân là do loạn thị giác mạc. Có rất nhiều nguyên nhân gây ra loạn thị giác mạc sau ghép xuyên như: khoan tạo nền ghép, mảnh ghép và kỹ thuật khâu mảnh ghép. Cấu trúc của bờ mảnh ghép và nền ghép không hoàn toàn trùng khớp, độ căng của các mũi chỉ không đồng đều tạo ra những vùng giác mạc dẹt hơn bình thường, tạo độ dốc ở trung tâm mảnh ghép và độ loạn thị không đều cao sau phẫu thuật.

Để cải thiện thị lực người bệnh sau ghép giác mạc, điều quan trọng là phải hạn chế được loạn thị giác mạc trong khi ghép cũng như điều chỉnh loạn thị giác mạc sau ghép. Trong đó, việc đánh giá các yếu tố gây ra loạn thị giác mạc là rất quan trọng. Ở nước ta, đã có nhiều công trình nghiên cứu về ghép giác mạc xuyên. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào nghiên cứu về vấn đề này. Vì vậy chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đánh giá các yếu tố gây ra loạn thị giác mạc sau ghép giác mạc xuyên tại khoa Kết giác mạc, bệnh viện Mắt Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Kết giác mạc, bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 11 năm 2013 đến tháng 9 năm 2014. Đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân được ghép giác mạc xuyên quang học không bị phản ứng loại mảnh ghép tại thời điểm nghiên cứu, bệnh nhân đồng ý và tuân thủ theo quy trình nghiên cứu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu, với cỡ mẫu thuận tiện.

2.3 Cách thức nghiên cứu

- Các thông tin điền vào phiếu nghiên cứu sẽ được thu thập từ hồ sơ bệnh án khi bệnh nhân nằm viện điều trị và từ các thông tin theo dõi sau mổ được ghi chép lại trong hồ sơ theo dõi bệnh nhân gồm: đặc điểm người bệnh, thị lực, bệnh lý trước ghép, các thông số phẫu thuật:

đường kính mảnh ghép (tính bằng mm), vị trí mảnh ghép (trung tâm hay lệch tâm).

- Các thông số sau phẫu thuật: thị lực, khúc xạ giác mạc, độ loạn thị và kiểu loạn thị

Đặc điểm lâm sàng: tình trạng biểu mô, tình trạng bờ ghép, tân mạch giác mạc, tình trạng chỉ khâu.

Các thông số được ghi nhận tại thời điểm sau phẫu thuật một tháng, 3 tháng, 6 tháng và 9 tháng.

- Cách thức đánh giá cụ thể

+ Mức độ loạn thị: chia làm 3 mức độ:

• Loạn thị nhẹ: < 3D

• Loạn thị trung bình: 3 – 6D

• Loạn thị nặng: ≥ 6D

+ Các yếu tố liên quan đến loạn thị giác mạc ghép:

• Đường kính mảnh ghép: 7,5 – 8,5 mm

• Tình trạng tân mạch: không hoặc ít tân mạch (không có hoặc tân mạch nhỏ, chiếm ≤ ¼ chu vi giác mạc), nhiều tân mạch (tân mạch chiếm > ¼ chu vi giác mạc)

+ Bệnh lý trước phẫu thuật: sẹo đục giác mạc, loạn dưỡng giác mạc di truyền, bệnh giác mạc hình chóp và các bệnh lý giác mạc khác.

+ Bờ mảnh ghép: phẳng hay gồ ghề

+ Biểu mô mảnh ghép: Ghi nhận tình trạng biểu mô mảnh ghép và phân loại tổn thương theo 4 mức độ: Không tổn thương; Nhẹ; Trung bình; Nặng.

+ Vị trí mảnh ghép: Mảnh ghép trung tâm khi hiệu chênh lệch khoảng cách từ bờ mảnh ghép đến rìa giác mạc nhận (xét trên một đường kính giác mạc) < 2mm, lệch tâm khi chỉ số này ≥ 2mm.

- **Xử lý số liệu trên** chương trình SPSS 16.0, dùng các thuật toán test Paired Sample T-Test, test T- student², và test T để phân tích, so sánh kết quả. Kết quả được thể hiện dưới dạng tỷ lệ %, các số trung bình, kết quả so sánh sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.4 Đạo đức trong nghiên cứu: Các đối tượng nghiên cứu tự nguyện tham gia nghiên cứu, thông tin được đảm bảo bí mật. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích góp phần đem lại thị lực cho người bệnh. Đối tượng nghiên cứu có quyền kết thúc việc nghiên cứu bất cứ lúc nào.

3.5 Tình trạng thị lực sau phẫu thuật ghép giác mạc xuyên

Bảng 4: Tình trạng thị lực sau phẫu thuật ghép giác mạc xuyên

Thị lực Thời gian	< ĐNT 3m	ĐNT 3m - ≤ 20/200	20/200 - 20/80	≥ 20/80	Tổng %	TL trung bình
1 tháng	17(48.6%)	12(34.3%)	6(17.1%)	0(0%)	35(100%)	20/300
3 tháng	5(14.3%)	10(28.6%)	16(45.7%)	3(8.6%)	35(100%)	20/170
6 tháng	2(5.7%)	11(31.4%)	19(54.3%)	3(8.6%)	35(100%)	20/160
12 tháng	1(2.9%)	5(14.3%)	24(68.6%)	5(14.3%)	35(100%)	20/150
18 tháng	2(7.1%)	4(14.3%)	18(64.3%)	4(14.3%)	28(100%)	20/150
24 tháng	1(4%)	3(12%)	15(60%)	6(24%)	25(100%)	20/143

Khi so sánh thị lực sau mổ ở các thời điểm, chúng tôi nhận thấy thị lực sau mổ sẽ tăng đến khoảng 3 tháng sau mổ và ổn định đến 24 tháng sau mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Tình hình bệnh nhân: Trong nghiên cứu có 35 mắt của 35 bệnh nhân, trong đó có 22 bệnh nhân nam (chiếm 62.9%) và 13 bệnh nhân nữ (chiếm 37.1%). Tuổi thấp nhất là 11 tuổi, cao nhất là 74 tuổi, độ tuổi trung bình là 39.09 ± 17.94 .

3.2 Thị lực bệnh nhân trước phẫu thuật

Bảng 1: Tình trạng thị lực trước phẫu thuật

Thị lực	Số mắt (%)
< ĐNT 1m	19 (54.3%)
ĐNT 1m – ĐNT 3m	14 (40.0%)
ĐNT 3m – < 20/200	2 (5.7%)
Tổng số	35 (100%)

Hầu hết mắt trước phẫu thuật (94,3%) có thị lực ≤ ĐNT 3m.

3.3 Đặc điểm chẩn đoán trước phẫu thuật

Bảng 2: Chẩn đoán trước phẫu thuật

Nguyên nhân	Số mắt (%)	Tuổi trung bình
Sẹo và đục giác mạc	14 (40%)	30.5±13.7
Loạn dưỡng giác mạc di truyền	15 (42.9%)	54.4±11.3
Bệnh giác mạc hình chóp	6 (17.1%)	20.0 ± 5.6
Tổng số	35 (100%)	

Trong nghiên cứu, bệnh nhân bị loạn dưỡng giác mạc di truyền chiếm tỷ lệ cao nhất là 42.9% với 15 mắt, bệnh giác mạc hình chóp chiếm tỷ lệ thấp nhất là 17,1% với 6 mắt.

3.4 Mức độ loạn thị sau phẫu thuật

Bảng 3: Mức độ loạn thị sau phẫu thuật

Thời gian	Độ loạn thị trung bình ± Độ lệch (Diop)
3 tháng	5.82 ± 3.038
6 tháng	5.63 ± 2.25
12 tháng	5.49 ± 2.33
18 tháng	5.47 ± 2.34
24 tháng	5.56 ± 2.35

Tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật, độ loạn thị trung bình là 5.82 ± 3.038 , giá trị loạn thị thấp nhất là 4.36D, giá trị loạn thị cao nhất là 9.5D.

3.6 Độ loạn thị sau phẫu thuật theo đặc điểm bờ mảnh ghép**Bảng 5: Độ loạn thị sau phẫu thuật theo đặc điểm bờ mảnh ghép**

Độ loạn thị Bờ mảnh ghép	< 3D Số mắt (%)	3 – 6D Số mắt (%)	≥ 6D Số mắt (%)	Tổng	Độ loạn trung bình ± SD (D)	p
Phẳng	5(21,7%)	10(43,5%)	8(34,8%)	23(100%)	5,75D ± 3,03	0,019
Gồ ghề	1(11,1%)	2(22,2%)	6(66,7%)	9(100%)	8,71D ± 2,74	

3.7 Mức độ loạn thị sau phẫu thuật theo đặc điểm vị trí mảnh ghép**Bảng 6: Kết quả mức độ loạn thị sau phẫu thuật theo đặc điểm vị trí mảnh ghép**

Độ loạn thị Vị trí mảnh ghép	< 3D Số mắt (%)	3 – 6D Số mắt (%)	≥ 6D Số mắt (%)	Tổng	Độ loạn thị trung bình ± SD (D)	p
Lệch tâm	0(0%)	1(25%)	3(75%)	4(100%)	9,22D ± 3,38	0,02
Trung tâm	6(21,4%)	11(39,3%)	11(39,3%)	28(100%)	5,52D ± 3,03	

Độ loạn thị trung bình ở nhóm mảnh ghép lệch tâm cao hơn độ loạn thị trung bình ở nhóm mảnh ghép trung tâm. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$.

3.8 Các nguyên nhân khác như tần mịch giác mạc, tình trạng biểu mô hóa ảnh hưởng đến tình trạng loạn thị giác mạc ghép ở mức không có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Loạn thị giác mạc là nguyên nhân quan trọng ảnh hưởng đến thị lực ở những mắt được ghép giác mạc xuyên, mặc dù sau mổ mảnh ghép trong. Có rất nhiều nguyên nhân gây loạn thị giác mạc sau ghép giác mạc xuyên, kỹ thuật khoan tạo nền ghép, mảnh ghép và kỹ thuật khâu mảnh ghép, cấu trúc của bờ mảnh ghép và nền ghép không hoàn toàn trùng khít, độ căng của các mũi chỉ không đồng đều.

Trong nghiên cứu này, thị lực của bệnh nhân được cải thiện đáng kể với thị lực trung bình trước mổ là 20/1000, sau mổ là 20/170, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật, độ loạn thị trung bình là $5,82D \pm 3,038$, giá trị loạn thị thấp nhất là 4,36D, cao nhất là 9,5D. Kết quả này thấp hơn của tác giả Musch DC (1998)[2], cao hơn nghiên cứu của kết quả Touzeau O (2001). Phân tích các yếu tố liên quan đến loạn thị giác mạc sau ghép chúng tôi nhận thấy có 9 mắt có tình trạng bờ mảnh ghép gồ ghề, trong số đó 6 mắt có độ loạn thị cao ($\geq 6D$) chiếm 66,7%. Trong nhóm bờ mảnh ghép phẳng chỉ có 34,8% số mắt có độ loạn thị cao. Độ loạn thị trung bình ở nhóm bờ mảnh ghép gồ ghề ($8,71D \pm 2,74$) cao hơn ở nhóm bờ mảnh ghép phẳng ($5,75D \pm 3,03$). Kết quả trên cho thấy tình trạng bờ mảnh ghép có liên quan đến độ loạn thị giác mạc sau phẫu thuật. Chúng tôi cũng nhận thấy vị trí mảnh ghép cũng gây ra loạn thị giác mạc, tại thời điểm sau phẫu thuật 6 tháng, độ loạn thị trung bình ở nhóm mảnh ghép lệch tâm ($9,22D \pm 3,38$) cao

hơn ở nhóm ghép trung tâm ($5,52D \pm 3,03$) với độ tin cậy 95%. Trong nhóm mảnh ghép lệch tâm, tỷ lệ loạn thị cao chiếm 75% cao hơn tỷ lệ này trong nhóm mảnh ghép trung tâm (39,3%). Nghiên cứu của tác giả G van Rij (1985) khi so sánh độ loạn thị nhóm mảnh ghép lệch tâm và mảnh ghép trung tâm cũng cho kết quả tương tự, sáu bệnh nhân sau phẫu thuật ghép giác mạc xuyên với mảnh ghép lệch tâm có độ loạn thị giác mạc cao (trung bình $10,38D \pm 2,91$), cao hơn độ loạn thị nhóm mảnh ghép trung tâm ($4,66D \pm 2,15$) [3]. Một nghiên cứu khác của tác giả Riedel T (2002) cho thấy độ loạn thị ở các mắt có mảnh ghép lệch tâm tại các thời điểm 3, 12, 24 tháng sau phẫu thuật lần lượt là 6,7; 6,3; 5,5D nhưng là loạn thị không đều và không thể đo lường được ở 74%; 52%; 49%. Độ loạn thị tăng lên theo mức tăng của độ lệch tâm, độ lệch tâm càng nhiều thì độ loạn thị càng cao và ngược lại. Thị lực của mắt ghép lệch tâm bị hạn chế bởi loạn thị cao và không đều [4]. Trong nghiên cứu về những yếu tố tạo nên độ loạn thị cao sau phẫu thuật ghép giác mạc xuyên, tác giả V. P. T. Hoppenreijns (1993) đã nhận thấy trong 18 mắt loạn thị cao (từ 5D trở lên) có 8 mắt bất thường bề mặt mép mổ chiếm 44% tổng số nguyên nhân. Các nguyên nhân còn lại được ghi nhận bao gồm nguyên nhân do mảnh ghép dốc bất thường (3 mắt), hờ mép mổ (3 mắt), giác mạc nền ghép mỏng (2 mắt) và 2 mắt không rõ nguyên nhân [5].

Nguyên nhân gây ra các yếu tố liên quan đến loạn thị giác mạc được lý giải do dụng cụ ghép giác mạc (khoan không đủ sắc), làm cho mép mổ không phẳng, khi khoan giác mạc tạo nền ghép bị trượt gây lệch tâm và đôi khi do kỹ thuật khâu tạo các mũi khâu chặt lỏng không đều gây loạn thị.

V. KẾT LUẬN

Loạn thị giác mạc sau mổ là nguyên nhân chính làm cho thị lực không đạt được tối đa mà nguyên nhân chính là do mảnh ghép lệch tâm và bờ ghép không phẳng. Vì vậy, để cải thiện thị lực cho người bệnh sau ghép giác mạc xuyên cần phải điều chỉnh loạn thị giác mạc ghép.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** - Bệnh viện Mắt Trung ương (2011), "Nhãn khoa tập 2". Hà Nội: Nhà xuất bản Y học. 29.
2. **Musch DC, Meyer RF, Sugar A. (1988)**, "The effect of removing running sutures on astigmatism after penetrating keratoplasty". *Arch Ophthalmol.* 106(4): p. 488-92.
3. **Riedel T, Seitz B, Langenbucher A, Naumann GO. (2002)**, "Visual acuity and astigmatism after eccentric penetrating keratoplasty - a retrospective study on 117 patients". *Klin Monbl Augenheilkd.* . 219(1-2): p. 40-5.
4. **V. P. T. Hoppenreijns, G. Van Rij, W. H. Beekhuis, W. J. Rijnveld, E. Rinkel-Van Driel (1993)**, "Causes of high astigmatism after penetrating keratoplasty". *Documenta Ophthalmologica.* 85 (1): p. 21-34.
1. **G van Rij, F M Cornell, G O Waring (1985)**, "Postoperative astigmatism after central vs eccentric penetrating keratoplasties". *American Journal of Ophthalmology* 99(3): p. 317-20.
2. **Riedel T, Seitz B, Langenbucher A, Naumann GO. (2002)**, "Visual acuity and astigmatism after eccentric penetrating keratoplasty - a retrospective study on 117 patients". *Klin Monbl Augenheilkd.* . 219(1-2): p. 40-

HIỆU QUẢ VÀ TÍNH AN TOÀN CỦA PHƯƠNG PHÁP TRUYỀN LIÊN TỤC LEVOBUPIVACAINE 0.2% QUA MULTILLHOLED CATHETER ĐỂ GIẢM ĐAU SAU PHẪU THUẬT Ổ BỤNG

Lê Sáu Nguyễn*, Nguyễn Quốc Kính**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Hiệu quả và tính an toàn của phương pháp truyền liên tục vào vết mổ levobupivacaine 0,2% bằng multillholed catheter để điều trị đau sau phẫu thuật ổ bụng. **Đối tượng và phương pháp:** 120 bệnh nhân có ASA 1-4, trên 18 tuổi, được phẫu thuật ổ bụng. Bệnh nhân được chia làm 3 nhóm, nhóm 1 truyền liên tục levobupivacaine 0.2% vào vết mổ (nhóm CWI). Nhóm 2 bệnh nhân tự kiểm soát đau bằng morphin tĩnh mạch (nhóm PCA). Nhóm 3 bệnh nhân được giảm đau đường ngoài màng cứng levobupivacaine 0.125%. Kết quả sau 72 giờ là điểm VAS khi nghỉ ngơi và khi vận động, tổng tiêu thụ morphine và tổng số thuốc tê tiêu thụ. Nhiễm trùng vết mổ, thời gian nằm viện sau phẫu thuật. **Kết quả:** Tác dụng giảm đau tốt ở cả 3 nhóm. Điểm của VAS cho tất cả các nhóm đều thấp hơn 4. Tổng lượng morphine của nhóm CWI là $47,0 \pm 10,9$ mg, và nhóm PCA là $93,6 \pm 16,6$ mg. Tổng levobupivacaine của nhóm CWI là $701,45 \pm 67,5$ mg, nhóm CEA là $444,76 \pm 38,92$ mg. Tỷ lệ nhiễm trùng nhóm CWI là 5%, nhóm PCA 7,5%, nhóm CEA 7,5%. Thời gian nằm viện của nhóm CWI là $8,7 \pm 1,8$, nhóm PCA là $9,3 \pm 1,9$, nhóm CEA là $9,2 \pm 2,7$. **Kết luận:** Truyền liên tục vào vết mổ levobupivacaine có hiệu quả giảm đau tốt sau phẫu thuật ổ bụng, với mức tiêu thụ morphine thấp và phục hồi nhanh

Từ khóa: Truyền liên tục vào vết mổ, levobupivacaine, PCA morphine

SUMMARY

EFFECTIVENESS AND SAFETY OF CONTINUOUS WOUND INFILTRATION OF LEVOBUPIVACAINE 0.2% BY MULTILLHOLED CATHETER FOR POSTOPERATIVE PAIN MANAGEMENT AFTER OPEN ABDOMINAL

Objectives: Effectiveness and safety of continuous wound infiltration of levobupivacaine 0.2% by multillholed catheter for postoperative pain management after open abdominal. **Subjects and methods:** 120 patients with ASA 1-4, age over 18 years, undergoing open abdominal were randomized to three groups, Group 1 patients received CWI with 0.2% levobupivacaine (group CWI). Group 2 patients received 1 mg/mL morphine intravenously by a patient-controlled analgesia (group PCA). Group 3 patients received continuous epidural analgesia (group

CEA) with 0.125% levobupivacaine and fentanyl 2mcg/ml for 72h. A standard general anesthetic technique was used for all three groups. The outcomes measured over 72h after the operation were VAS scores both at rest and during mobilization, total morphine consumption and total anesthesia consumption. Further results including recovery of bowel function, surgical wound infection, mean length of hospitalization after surgery. **Results:** The analgesic effect was good in all three groups. VAS scores for all groups were lower than 4 points. The total morphine content of the CWI was 47.0 ± 10.9 mg, and the PCA was 93.6 ± 16.6 mg. The total levobupivacaine of the CWI was 701.45 ± 67.5 mg, the CEA was 444.76 ± 38.92 mg. wound infection of CWI WAS 5%, PCA 7,5%, CEA 7,5%. The length of stay in the three groups was similar, CWI was 8.7 ± 1.8 , PCA was 9.3 ± 1.9 , CEA was 9.2 ± 2.7 . **Conclusion:** Continuous wound infusion of levobupivacaine yields a satisfactory analgesic effect after open abdominal, with lower morphine consumption and accelerated recovery.

Key words: Continuous wound infusion, levobupivacaine, PCA morphine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Có nhiều phương pháp giảm đau được nghiên cứu và áp dụng trên lâm sàng mang lại nhiều lợi ích cho người bệnh, đặc biệt là quá trình phục hồi sau phẫu thuật. Các phương pháp giảm đau có nhiều cách tác động khác nhau như PCA morphin tĩnh mạch là do bệnh nhân tự kiểm soát cơn đau bằng sử dụng morphin đường tĩnh mạch, gây tê ngoài màng cứng là sử dụng thuốc tê phong bế khoang ngoài màng cứng, TAP block là phương pháp tác động lên đường đi của dây thần kinh nhằm giảm đau cho vùng dây thần kinh chi phối.

Phương pháp truyền liên tục vào vết mổ để giảm đau có cách tác động trực tiếp vào vị trí tổn thương. Thuốc tê được phân phối qua một multillholed catheter để rải đều trong vết mổ. Đây là phương pháp giảm đau có hiệu quả tốt, tuy nhiên có tác động trực tiếp vào vết mổ. Trên thế giới phương pháp truyền liên tục thuốc tê để giảm đau sau phẫu thuật đang được nghiên cứu và ứng dụng. Ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu nào đánh giá hiệu quả và tác động của phương pháp truyền liên tục thuốc tê vào vết mổ. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu trên với mục tiêu sau:

1. Đánh giá hiệu quả giảm đau sau mổ của phương pháp truyền liên tục thuốc tê

*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

**Bệnh viện Việt Đức-Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Sáu Nguyễn

Email: lesaunguyen@gmail.com

Ngày nhận bài: 23/2/2018

Ngày phản biện khoa học: 22/3/2018

Ngày duyệt bài: 2/4/2018

levobupivacain vào vết mổ sau phẫu thuật ổ bụng.

2. So sánh các động lên vết mổ và quá trình phục hồi sau mổ của phương pháp truyền liên tục levobupivacain 0.2% vào vết mổ với phương pháp giảm đau PCA morphin tĩnh mạch và giảm đau đường ngoài màng cứng levobupivacain 0.125% trên bệnh nhân sau phẫu thuật ổ bụng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật ổ bụng. Tuổi ≥ 18 , có ASA 1-4. Tình nguyện tham gia vào nghiên cứu.

Không chọn vào nghiên cứu: bệnh nhân có tiền sử dùng thuốc gây nghiện, thuốc giảm đau kéo dài, có vết mổ dưới 10cm. Các trường hợp có tai biến, biến chứng trong quá trình gây mê và phẫu thuật. Các phẫu thuật kéo dài trên 6 giờ.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả có phân tích và so sánh.

Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Gây mê và hồi sức ngoại khoa - BV Hữu Nghị Việt Đức.

Thời gian tiến hành: Từ tháng 10/2015 tới 02/2018.

Cỡ mẫu nghiên cứu: $N_1=N_2=N_3=40$

2.3 Tiến hành nghiên cứu: Bệnh nhân được chia thành 3 nhóm, nhóm 1 giảm đau bằng truyền liên tục levobupivacain 0.2% vào vết mổ (CWI: Continuous Wound Infusion), nhóm 2 giảm đau bằng phương pháp bệnh nhân tự kiểm soát morphin đường tĩnh mạch (PCA: Patients Controld Analgesia), nhóm 3 (nhóm CEA: Continuous Epidural Analgesia) giảm đau bằng truyền liên tục levobupivacain 0.125% vào khoang ngoài màng cứng.

Tiến hành giảm đau sau mổ: Nhóm 1 giảm đau bằng truyền liên tục thuốc tê vào vết mổ: Tại thì đóng vết mổ, tiến hành đặt catheter. Sau khi đóng phúc mạc, đặt catheter ở trước phúc mạc sau đấy đóng tiếp lớp cân cơ và đóng da. Sau khi kết thúc phẫu thuật, bệnh nhân thoát mê, tỉnh táo, tiến hành làm giảm đau. Bolus 10mg levobupivacain, sau đấy truyền duy trì levobupivacain 0,2% từ 3-6ml/giờ, nếu điểm VAS

≥ 4 , tiến hành giảm đau bằng PCA morphin. Ngừng giảm đau sau 72 giờ, rút catheter, ghi chép các chỉ tiêu vào phiếu nghiên cứu.

Nhóm 2 giảm đau bằng phương pháp PCA morphin. Sau khi bệnh nhân thoát mê, tỉnh táo, điểm VAS ≥ 4 , tiến hành chuẩn độ morphin, sau đấy tiến hành giảm đau bằng PCA morphin, nồng độ 1mg/1ml, bolus 1ml/1 lần, lockout 10 phút, limit 20mg/4 giờ. Ngừng giảm đau sau 72 giờ, ghi chép các chỉ tiêu vào phiếu thu thập số liệu.

Nhóm 3: Đặt catheter ngoài màng cứng tương đương với vùng phong bế. Liều bolus được tính bằng $ml=(\text{chiều cao cm} - 100)/10$, sau đấy truyền liên tục levobupivacain 0.125% với tốc độ 3-6ml/h, đảm bảo vùng phong bế đủ để giảm đau. Thu thập và ghi chép các chỉ tiêu nghiên cứu vào phiếu nghiên cứu. Sau 72 giờ, rút catheter.

2.4 Tiêu chí đánh giá

***Tiêu chí đánh giá hiệu quả giảm đau:** Điểm VAS (lúc nghỉ ngơi và khi gắng sức). Tiêu thụ morphin tĩnh mạch (mg) (PCA) hàng ngày và trong 72 giờ ở cả hai nhóm. Lượng thuốc tê hàng ngày (mg) và tổng lượng thuốc tê trong 72 giờ ở nhóm nghiên cứu.

***Tiêu chí ảnh hưởng lên vết mổ và phục hồi sau mổ:** Vị trí đường mổ, chiều dài đường mổ (cm), thời gian để vết mổ khô (ngày), thời gian cắt chỉ (ngày), thời gian để phục hồi trung tiện (ngày), thời gian sử dụng kháng sinh sau mổ (ngày), thời gian nằm viện sau phẫu thuật (ngày).

***Tiêu chí khác:** Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu: Phân bố về tuổi (năm), giới, chiều cao (cm), cân nặng (kg), tình trạng sức khỏe (theo ASA).

2.5 Thời điểm nghiên cứu: H0: bắt đầu làm giảm đau, H1 sau 1 giờ, H6 sau 6 giờ, H12 sau 12 giờ, H18 sau 18giờ, H24 sau 24 giờ, H36 sau 36 giờ, H48 sau 48giờ, H60 sau 60giờ, H72 sau 72giờ.

2.6 Thu thập số liệu và xử lý số liệu: Thu thập số liệu bằng theo dõi trực tiếp trên lâm sàng và các thông tin từ bệnh án.

Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0. Kết quả được coi là có ý nghĩa thống kê với $p<0.05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Phân bố về đặc điểm bệnh nhân và gây mê, phẫu thuật

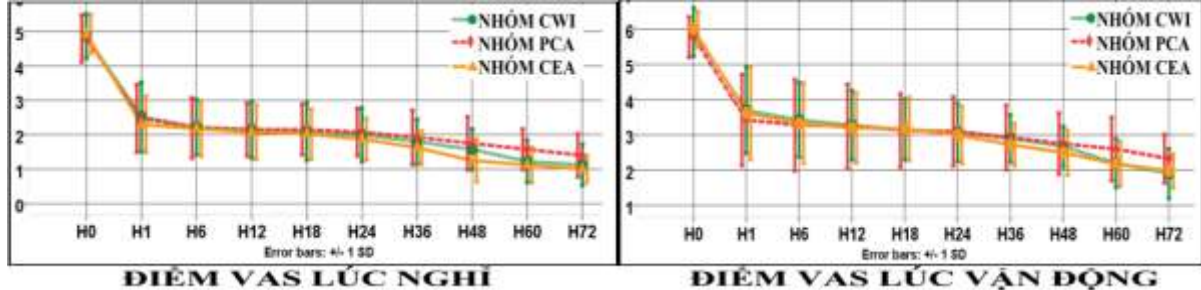
Bảng 3.1: Phân bố về đặc điểm bệnh nhân và gây mê, phẫu thuật

Đặc điểm	Nhóm CWI (n=40)	Nhóm PCA (n=40)	Nhóm CEA (n=40)	Chung (n=120)	p
Tuổi (Năm)	53.25 $\pm$ 15.35	57.30 $\pm$ 11.92	58.15 $\pm$ 11.87	56.23 $\pm$ 13.21	>0.05
Chiều cao (Cm)	161.58 $\pm$ 7.75	159.93 $\pm$ 6.13	161.50 $\pm$ 7.64	161.00 $\pm$ 7.19	>0.05
Cân nặng (Kg)	55.70 $\pm$ 8.96	54.30 $\pm$ 7.31	57.20 $\pm$ 8.56	55.73 $\pm$ 8.32	>0.05
ASA (1/2/3)	5/22/11	3/23/13	2/26/11	10/71/35	>0.05
Giới (nam/nữ)	21/19	26/14	23/17	70/50	>0.05

Nhận xét: Các đặc điểm của bệnh nhân như tuổi, giới, chiều cao, cân nặng, tỷ lệ ASA của hai nhóm tương đương nhau. Các đặc điểm về gây mê, phẫu thuật và lượng thuốc gây mê, giảm đau, giãn cơ của hai nhóm có sự khác biệt, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

3.2 Đặc điểm giảm đau sau mổ

3.2.1 Điểm VAS ở các thời điểm nghiên cứu của ba nhóm



Biểu đồ 1: Điểm VAS các thời điểm của 3 nhóm

Nhận xét: Từ biểu đồ 1 chúng tôi thấy điểm VAS của ba nhóm ở các thời điểm H0, H1, H6, H12, H18, H24, H36 là tương đương nhau (với $p > 0.05$ khi so sánh cả 3 nhóm).

Ở các thời điểm, H48 điểm VAS của hai nhóm CWI và PCA cao hơn so với nhóm CEA. Ở thời điểm H60, H72 điểm VAS của nhóm CWI và CEA lại tương đương và thấp hơn so với nhóm PCA. (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$) khi so sánh cả 3 nhóm.

Bảng 3.2: Lượng thuốc giảm đau sử dụng ở ba nhóm

Thời điểm	Nhóm	Nhóm CWI (n=40)	Nhóm PCA (n=40)	Nhóm CEA (n=40)	P
Levobupivacain: Bolus		10.00 ± 0.00		7.54 ± .963	<0.05
Từ 0-24h		230.40 ± 22.27		146.06 ± 13.85	<0.05
Từ 24-48h		230.40 ± 22.27		147.06 ± 13.50	<0.05
Từ 48-72		230.40 ± 22.27		144.12 ± 13.58	<0.05
Tổng 72h		701.45 ± 67.50		444.76 ± 38.92	<0.05
Morphin: Chuẩn độ		0.40 ± 1.44	7.35 ± 2.09		<0.05
Từ 0-24h		25.02 ± 7.52	41.47 ± 8.55		<0.05
Từ 24-48h		14.47 ± 4.83	31.65 ± 7.04		<0.05
Từ 48-72		7.52 ± 5.02	20.32 ± 6.09		<0.05
Tổng 72h		47.00 ± 10.95	93.65 ± 16.60		<0.05

Nhận xét: Lượng morphin của nhóm CWI thấp hơn so với nhóm PCA ở các thời điểm nghiên cứu. Trong đó, tổng lượng morphin của nhóm CWI là 47.00mg và của nhóm PCA là 93.65mg. Lượng thuốc tê của nhóm CWI cao hơn so với nhóm CEA. Trung bình lượng thuốc tê của nhóm CWI là 701.45mg và của nhóm CEA là 444.76mg.

Bảng 3.3: Đặc điểm vết mổ và phục hồi sau phẫu thuật

Đặc điểm	Nhóm	Nhóm CWI(n=40)	Nhóm PCA(n=40)	Nhóm CEA(n=40)	Tổng (n=120)	P
Vị trí vết mổ * (1/2/3/4)		27/8/4/1	20/13/6/1	21/12/7/0	68/33/17/2	>0.05
Chiều dài vết mổ (cm)		19.85 ± 2.9	19.23 ± 2.7	18.8 ± 3.02	19.32±2.9	>0.05
Thời gian vết mổ khô (ngày)		4.45 ± 1.24	4.15 ± 1.95	4.34 ± 1.61	4.34 ± 1.6	>0.05
Thời gian cắt chỉ (ngày)		9.48 ± 3.22	9.36 ± 1.68	9.70 ± 2.2	9.52 ± 2.4	>0.05
Thời gian phục hồi trung tiện (ngày)		3.28 ± 0.91	4.03 ± 0.89	3.19 ± 0.98	3.50±0.96	<0.05
Thời gian sử dụng kháng sinh(ngày)		5.60 ± 2.54	5.80 ± 1.6	5.85 ± 1.86	5.75±2.02	>0.05
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)		8.70 ± 1.81	9.33 ± 1.90	9.23 ± 2.73	9.08±2.18	>0.05
Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ (%)		5	7.5	7.5	6.7	>0.05

*1: Đường trắng giữa trên rốn, 2: Đường trắng giữa dưới rốn,
3: Đường trắng giữa trên và dưới rốn, 4: Đường mổ khác

Nhận xét: Vị trí vết mổ của ba nhóm nghiên cứu là tương đương nhau, với vết mổ đường trắng giữa trên rốn chiếm phần lớn. Chiều dài vết mổ của ba nhóm tương đương, chiều dài

trung bình trong nghiên cứu là 19.32cm.

Thời gian vết mổ khô của nhóm CWI là lâu nhất, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$ khi so sánh từng cặp là CWI

với PCA và CWI với CEA. Thời gian cắt chỉ của nhóm CEA là lâu nhất là 9.7 ngày, tuy nhiên sự khác biệt giữa ba nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Thời gian phục hồi trung tiện của nhóm PCA là lâu nhất 4.03 ngày, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$, thời gian phục hồi trung tiện của hai nhóm CEA và CWI là tương đương với $p > 0.05$.

Thời gian sử dụng kháng sinh của ba nhóm là tương đương. Trung bình thời gian sử dụng kháng sinh trong nghiên cứu là 5.75 ngày.

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật của nhóm CWI là thấp nhất 8.7 ngày so với mức trung bình là 9.08 ngày. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0.05$.

IV. BÀN LUẬN

Người bệnh: Tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi là 56.23 ± 13.21 , tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với của tác giả Trần Đức Thọ 56.47 ± 11.05 [1], Nguyễn Toàn Thắng 52.6 ± 10.5 [2], Marc Beaussier 58 ± 10 [3].

Tỷ lệ giới tính trong nghiên cứu của chúng tôi là 70/50, tỷ lệ giới tính trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với tác giả Antonia Dalmau (39/14) [4], tác giả Trần Đức Thọ là 103/47 [1], tác giả Nguyễn Toàn Thắng là 90/60 [2].

Chiều cao trong nghiên cứu là 160.75 ± 6.99 cm, tương đương với chiều cao trong nghiên cứu của tác giả Trần Đức Thọ (161.08 ± 6.23) [1], tác giả Yu Xin (160 ± 9.4) [5].

Cân nặng trong nghiên cứu là 55.00 ± 8.16 kg, tương đương với của tác giả Nguyễn Toàn Thắng 52.9 ± 7.6 kg [2], tác giả Trần Đức Thọ là 52.81 ± 7.05 kg [1], thấp hơn so với tác giả tác giả Yu Xin có cân nặng là 65 ± 7.5 kg [5].

Phân bố ASA1/2/3 trong nghiên cứu của chúng tôi là 10/71/35. Tỷ lệ ASA trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với của tác giả Xing Zheng (4/18/3) và tác giả Antonia Dalmau là (1/28/17) [4]. Trong nghiên cứu của tác giả Marc Beaussier chỉ có ASA1/2 tương đương là 11/10 [3].

Đánh giá điểm VAS của hai nhóm: Từ bảng 1 chúng tôi thấy điểm VAS lúc nghỉ của bệnh nhân lúc bắt đầu tiến hành giảm đau tương đương với mức 5 điểm. Sau khi tiến hành giảm đau 1 giờ thì điểm VAS trung bình giảm xuống mức dưới 3 điểm. Điểm VAS của cả ba nhóm tương đương với nhau trong 24 giờ đầu. Từ giờ thứ 36, điểm VAS của nhóm CWI thấp hơn so với nhóm PCA.

Điểm VAS lúc nghỉ trong lúc nghiên cứu của chúng tôi tương đương với tác giả Nguyễn Toàn Thắng, thời điểm bắt đầu làm giảm đau mức điểm

VAS là 5.27 ± 1.02 , thời điểm 1 giờ sau nghiên cứu điểm VAS trung bình trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Toàn Thắng là 2.50 ± 0.93 [2].

Điểm VAS của nhóm CEA là thấp hơn so với hai nhóm CWI và PCA, trong đó từ thời điểm H36, điểm VAS của nhóm CEA thấp hơn ở mức có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên điểm VAS của cả ba nhóm trong nghiên cứu đều thấp hơn 4 điểm. Điều đó cho thấy, cả ba phương pháp giảm đau là CWI, PCA và CEA đều có hiệu quả giảm đau tốt cho bệnh nhân sau phẫu thuật ổ bụng. Kết quả này của chúng tôi cũng tương đương với kết quả của các tác giả Xing Zheng [6].

Lượng morphin sử dụng ở hai nhóm:

Lượng morphin sử dụng hàng ngày của nhóm CWI luôn thấp hơn so với PCA, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Lượng morphin của nhóm CWI của chúng tôi là 47.0 ± 19.95 mg, tương đương với của tác giả Marc Beaussier là (48 ± 23) [3].

Lượng thuốc levobupivacain của nhóm

CWI: Lượng thuốc levobupivacain của nhóm CWI là 230mg/ngày tương đương với liều 10mg/h. Trong đó lượng levobupivacain được khuyến cáo sử dụng là dưới 400mg/ngày hay từ 12-18.5mg/giờ. Lượng thuốc tê tính theo giờ của chúng tôi tương đương với của tác giả Lorenzo Ball sử dụng levobupivacain 0.25% với tốc độ 4ml/h tương đương với 10mg/h để giảm đau sau phẫu thuật thay đoạn động mạch chủ bụng.

Lượng thuốc tê sử dụng trong nhóm CWI là cao hơn so với nhóm CEA (701mg so với 444mg). Lượng thuốc tê levobupivacain trong nhóm CEA của chúng tôi là 444.76 ± 38.92 mg, cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Trần Đức Thọ là 312.65 ± 17.5 mg.

Đặc điểm vết mổ và phục hồi sau phẫu thuật: Về vị trí vết mổ của ba nhóm trong nghiên cứu của chúng tôi là tương đương nhau, trong đó vị trí vết mổ ở đường trắng giữa trên rốn đều chiếm đa số ở cả ba nhóm.

Chiều dài vết mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là 19.32 ± 2.91 cm, tương đương với nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Toàn Thắng 25.2 ± 3.7 cm [2], Trần Đức Thọ 20.8 ± 1.9 cm [1], Marc Beaussier 22 ± 5 cm [3], tác giả Yu Xin 23 ± 2 cm [5].

Về thời gian vết mổ khô của nhóm CWI là 4.54 ngày dài hơn so với nhóm PCA và nhóm CEA, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa về mặt thống kê. Sự khác biệt này có thể do nhóm CWI truyền liên tục thuốc tê vào vết mổ tới 72 giờ cho nên thời gian để vết mổ khô kéo dài hơn.

Thời gian cắt chỉ của cả ba nhóm là tương đương nhau, với thời gian cắt chỉ trung bình

trong nghiên cứu là 9.52 ± 2.4 ngày.

Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ của nhóm CWI là 5%, nhóm PCA và CEA là 7.5%, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Tác giả Spencer S Liu thực hiện nghiên cứu phân tích gộp từ 44 nghiên cứu RCT cho thấy truyền liên tục thuốc tê vào vết mổ không làm tăng tỷ lệ nhiễm trùng, cũng trong nghiên cứu phân tích của tác giả Spencer S Liu với 2141 bệnh nhân cũng không gặp trường hợp nào bị ngộ độc thuốc tê.

Tác giả Sergio Bertoglio, nghiên cứu so sánh giữa hai nhóm CWI (1.9%) và CEA (3.8%) cũng cho thấy tỷ lệ nhiễm trùng của hai nhóm không có sự khác biệt [7].

Về thời gian nằm viện của ba nhóm có sự khác biệt, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê, thời gian nằm viện sau mổ của nhóm CWI là thấp nhất với thời gian là 8.7 ngày. Nghiên cứu của tác giả Sergio Bertoglio cho thấy thời gian nằm viện sau mổ của nhóm CWI là 7.4 ngày và của nhóm CEA là 8.04 ngày [7]. Tác giả Xing Zheng nghiên cứu so sánh giữa ba nhóm CWI, PCA và CEA cho thấy thời gian nằm viện sau mổ của nhóm CWI là 8.20 ± 2.58 , nhóm PCA là 10.08 ± 3.15 và nhóm CEA là 7.96 ± 2.30 ngày [6].

V. KẾT LUẬN

Các phương pháp CWI, PCA và CEA đều có hiệu quả giảm đau tốt cho bệnh nhân sau phẫu thuật ổ bụng.

Phương pháp truyền liên tục thuốc tê vào vết mổ không làm kéo dài thời gian cắt chỉ, không làm tăng tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ, nhóm CWI 5%, nhóm PCA và CEA là 7.5% và chung là 6.7%.

Quá trình phục hồi sau mổ của bệnh nhân ở ba nhóm nghiên cứu không thấy có sự khác biệt, thời gian sử dụng kháng sinh sau mổ, thời gian phục hồi trung tiện, đặc biệt là thời gian nằm

viện sau mổ. Nhóm CWI có thời gian nằm viện sau mổ ngắn nhất là 8.7 ngày, thời gian nằm viện của cả ba nhóm là 9.08 ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Đức Thọ (2017)**, *Luận án Tiến sĩ Y học "Nghiên cứu tác dụng giảm đau sau mổ bụng trên của levobupivacain phối hợp với sufentanil hoặc fentanyl hoặc clonidin qua catheter ngoài màng cứng do bệnh nhân tự điều khiển"*. Bộ môn Gây mê hồi sức, Viện Nghiên Cứu Khoa Học Y Dược Lâm Sàng 108.
2. **Nguyễn Toàn Thắng (2016)**, *Luận án Tiến sĩ Y học "Đánh giá hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật bụng và tác dụng không mong muốn của fentanyl, morphin, morphin - ketamin tĩnh mạch theo phương pháp bệnh nhân tự kiểm soát"*, Đại học Y HN.
3. **Hanna El'Ayoubi Marc Beaussier, Eduardo Schiffer et al (2007)**, *Continuous Preperitoneal Infusion of Ropivacaine Provides Effective Analgesia and Accelerates Recovery after Colorectal Surgery*, *Anesthesiology - Pain and regional anesthesia*, Vol. 107, Pag. 461-468.
4. **A. Dalmau et al (2018)**, *Analgesia with continuous wound infusion of local anesthetic versus saline: Double-blind randomized, controlled trial in hepatectomy*, *The American Journal of Surgery*, Vol. 215, Pag. 138-143.
5. **Yu Hong and Li Zhe Yong Yu Xin (2014)**, *Efficacy of Postoperative Continuous Wound Infiltration With Local Anesthesia After Open Hepatectomy*, *The Clinical Journal of Pain*, Vol. 30(7), Pag. 571-576.
6. **Xu Feng Xing Zheng, Xiu-Jun Cai (2016)**, *Effectiveness and safety of continuous wound infiltration for postoperative pain management after open gastrectomy*, *World J Gastroenterol*, Vol. 22(5), Pag. 1902-1910.
7. **Sergio Bertoglio (2012)**, *The Postoperative Analgesic Efficacy of Preperitoneal Continuous Wound Infusion Compared to Epidural Continuous Infusion with Local Anesthetics After Colorectal Cancer Surgery: A Randomized Controlled Multicenter Study*, *Anesth Analg*, Vol. 115, Pag. 1442-1450.

ỨNG DỤNG KỸ THUẬT VÍT QUA KHỚP TRONG ĐIỀU TRỊ 9 TRƯỜNG HỢP TRẬT NẶNG C₁-C₂

Hoàng Gia Du*, Nguyễn Văn Trung*

TÓM TẮT

Tổng quan: Trật C₁-C₂ là một tổn thương nặng và hiếm gặp, tiềm ẩn các nguy cơ nguy hiểm đến tính

mạng hoặc tổn thương thần kinh lâu dài. Với các trường hợp trật nặng C₁-C₂, thách thức đặt ra là nắn chỉnh và cố định phức hợp C₁-C₂ đạt được cấu trúc giải phẫu cho phép. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị trật nặng C₁-C₂ bằng kéo nắn trên khung Halo kết hợp với phẫu thuật vít qua khớp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu 9 bệnh nhân (BN) chấn đoán trật C₁-C₂ nặng được phẫu thuật vít qua khớp kết hợp kéo nắn trên khung Halo trước mổ từ tháng 06/2006 đến tháng 06/2011. **Kết quả:** tuổi trung bình $37,48 \pm 13,753$ (26-50), 6 nam, 3 nữ, 8 BN nắn về hoàn toàn, 1 BN còn trật C₁-C₂ loại

*Khoa Chấn thương chỉnh hình và Cột sống Bv Bạch Mai
Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Gia Du
Email: hoanggiadu76@gmail.com
Ngày nhận bài: 10.01.2018
Ngày phản biện khoa học: 2.3.2018
Ngày duyệt bài: 13.3.2018

1, độ chính xác của vít đạt 94,4% trên cắt lớp vi tính (CLVT). Cải thiện rõ rệt chỉ số ống tủy và góc hành não tủy sống sau mổ. Khám lại sau mổ 6 tháng có tỷ lệ liền xương ghép đạt 100%. **Kết luận:** Kéo nắn trước mổ và ứng dụng phẫu thuật vít qua khớp cho các bệnh nhân trật C₁-C₂ nặng cho kết quả tốt.

Từ khoá: Vít qua khớp C₁-C₂, kéo nắn trên khung Halo

SUMMARY

APPLICATION OF TRANSARTICULAR SCREW FIXATION IN TREATMENT OF 9 SEVERE C₁-C₂ DISLOCATION CASES

Background: Atlantoaxial dislocation was severe and rare, which cause potentially fatal risks and permanent neurologic deficits. The most challenging in operation of severe atlantoaxial dislocation was good reduction and fixation. **Objective:** Evaluation the results of Halo traction and transarticular screw fixation in severe atlantoaxial dislocation patients.

Materials and Methods: A retrospective study. Research conducted 9 patients with severe atlantoaxial dislocation had Halo traction and transarticular screw fixation from 06/2006 to 06/2011.

Results: the mean age of $37,48 \pm 13,753$ (26 – 50), 6 males, 3 females, 8 patients had complete reduction, 1 patient had atlantoaxial dislocation type 1, the accuracy of screw is 94,4% on CT scanner, good improvement in SAC and VAA index postoperation. Bone fusion had 100% after 6 months.

Conclusions: The application of halo traction combined with transarticular screw fixation for severe atlantoaxial dislocation had a good result.

Keywords: Transarticular screw fixation, Halo traction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trật C₁-C₂ nặng là một tổn thương hiếm gặp và rất khó xử trí của cột sống cổ cao. Khi ở giai đoạn này thường đã có triệu chứng lâm sàng nặng, nguy cơ tổn thương thần kinh kéo dài và để lại di chứng vĩnh viễn do trật nặng và chèn ép thần kinh gây ra. Tổn thương này có thể do nhiều nguyên nhân như: chấn thương, thoái hoá, bẩm sinh hoặc khối u ... gây nên. Có nhiều kỹ thuật khác nhau được đề xuất và phát triển nhằm cố định vững chắc phức hợp C₁-C₂ tùy

thuộc vào tổn thương giải phẫu bệnh như phẫu thuật vít qua khớp C₁-C₂, vít khối bên C1 và vít qua cuống C2 (phẫu thuật Harms) hoặc vít khối bên C1 và qua cung sau C2 (Kỹ thuật Wright), tuy nhiên nếu đơn thuần sử dụng kỹ thuật mà không qua kéo nắn chỉnh sẽ khó áp dụng tốt đối với các trường hợp trật C₁-C₂ nặng. Việc điều trị các tổn thương trật C₁-C₂ nặng đòi hỏi sự nắn chỉnh tốt về cấu trúc giải phẫu phức hợp này, đồng thời cố định chắc bằng hệ thống nẹp vít và ghép xương sau mổ [5]. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả phẫu thuật của phương pháp kéo nắn trên khung Halo kết hợp với kỹ thuật vít qua khớp C₁-C₂ đối với các trường hợp trật C₁ – C₂ nặng.

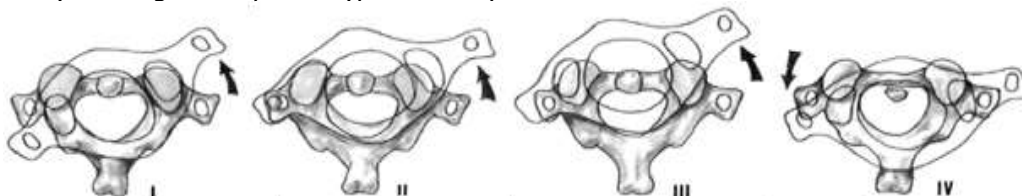
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu bao gồm 9 bệnh nhân chấn đoán trật nặng C₁-C₂ được kéo khung Halo nắn chỉnh trước mổ và vít qua khớp C₁-C₂ và ghép xương từ 06/2006 đến 06/2011.

Lâm sàng: Phân tích các triệu chứng lâm sàng, đánh giá chức năng cột sống cổ theo NDI (Neck Disability Index), tổn thương thần kinh theo thang điểm AIS và mức độ hồi phục lâm sàng sau mổ.

Chẩn đoán hình ảnh: Tất cả bệnh nhân được chụp X quang quy ước (thẳng, nghiêng, thẳng há miệng, cúi ưỡn) và cắt lớp vi tính 64 dãy có dựng hình, chụp cộng hưởng từ phát hiện tổn thương tủy và tình trạng dây chằng ngang. Đánh giá mức độ trật, tổn thương tủy, chỉ số góc hành não – cột sống (CAA - Clivoaxial Angle), chỉ số ống tủy (SAC – Space available of cord).

Sau mổ đánh giá cải thiện lâm sàng và các tiêu chí chẩn đoán hình ảnh: NDI, ASIA, mức độ trật của tổn thương C₁-C₂, chỉ số góc hành não – cột sống (CAA - Clivoaxial Angle), chỉ số ống tủy (SAC - Space available of cord). Phân loại trật C₁-C₂ theo Fielding và Hawkins gồm 4 loại:



Loại I: Trật C₁-C₂ không có di chuyển ra trước. Mỏm nha đóng vai trò là chốt bản lề xoay, không tổn thương dây chằng ngang.

Loại II: Trật C₁-C₂ với C₁ ra trước 3 - 5mm (ADI), khớp C₁-C₂ bên đối diện đóng vai trò chốt xoay, đứt dây chằng ngang.

Loại III: Trật C₁-C₂ với C₁ ra trước hơn 5mm (ADI), trật cả 2 khớp C₁-C₂, đứt dây chằng ngang và dây chằng cánh.

Loại IV: Hiếm gặp, cả 2 khớp C₁-C₂ trật ra sau. Tổn thương trật C₁-C₂ được gọi là trật nặng khi trật từ độ 3 hoặc 4 theo Fielding và Hawkins và

trên X quang tư thế động cột sống cổ không có hoặc rất hạn chế sự di động của khối khớp C₁-C₂.

Chúng tôi tiến hành kéo khung Halo cho tất cả bệnh nhân trật nặng C₁-C₂ 1-2 tuần. Chụp X quang kiểm tra sau đặt đánh và điều chỉnh

khung Halo hàng ngày nhằm đánh giá vị trí vít và tình trạng trật, đánh giá diễn biến lâm sàng thần kinh bao gồm cả dấu hiệu thần kinh trung ương, thang điểm ASIA, các tai biến và biến chứng trong và sau đặt khung HALO.



Hình 1. Tổng thương trật C₁ - C₂ trên X Quang trước và sau kéo khung Halo

Chúng tôi tiến hành phẫu thuật vít qua khớp C₁-C₂, ghép mảnh xương chậu tự thân liên cung sau C₁-C₂ theo kỹ thuật Sontag. Tháo khung Halo sau mổ. Đeo Colier hỗ trợ cột sống cổ 6 – 8 tuần sau mổ. Chụp cắt lớp vi tính đánh giá tình trạng vít ngay sau mổ và tình trạng liền xương sau mổ 6 tháng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 9 bệnh nhân trật nặng C₁ - C₂ được kéo nắn trên khung Halo và phẫu thuật vít qua khớp, ghép xương từ 06/2006 đến 06/2011, chúng tôi thu được kết quả sau:

Đặc điểm lâm sàng: Tuổi trung bình 33,28 ± 09,035, trong đó tuổi thấp nhất là 21 và cao nhất là 45. Có 6 bệnh nhân nam và 3 bệnh nhân nữ. 7 bệnh nhân đến viện vì nguyên nhân chấn thương, 2 bệnh nhân do ngã cao. Hầu hết các trường hợp đều phát hiện muộn tổn thương, nhập viện sau tai nạn trên 9 tháng. Thời gian theo dõi trung bình các bệnh nhân sau mổ là 30 tháng.

Tất cả bệnh nhân vào viện đều có biểu hiện đau cổ, cứng cổ và hạn chế vận động cột sống cổ. Điểm VAS trung bình 7,0 ± 1,46,6 bệnh nhân có chỉ số NDI nằm trong nhóm trung bình (30 – 39%) và 3 bệnh nhân trong nhóm nặng (50 – 69%). Có 7 trường hợp ASIA-C, 2 trường hợp ASIA-D, không có trường hợp nào ASIA - A và ASIA - B.

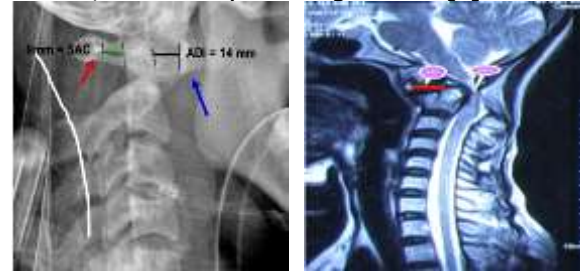
Sau mổ, không có BN nào có triệu chứng lâm sàng thần kinh nặng hơn. Chỉ số VAS trung bình 1,7 ± 0,84, NDI 27,42 ± 11,471%. Chỉ số ASIA sau mổ cải thiện tốt với 9 bệnh nhân ASIA-D. Kết quả lần khám cuối cùng trung bình sau mổ 30 tháng, có 6 BN đạt mức hồi phục thần kinh ASIA - E.

Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh

Độ nắn chỉnh: Trước mổ, 9 bệnh nhân trật nặng C₁-C₂ độ 3 được tiến hành kéo HALO, sau kéo 8 bệnh nhân trở về giải phẫu bình thường, 1 bệnh nhân còn trật nhẹ 2 khối khớp C₁ ra trước so với C₂. Sau mổ, 9 bệnh nhân được đưa về giải phẫu khớp C₁-C₂ bình thường.

Chỉ số ống tủy (SAC): Chỉ số SAC trung bình trước mổ 5,1 ± 2,34mm, sau mổ chỉ số này là 18,7 ± 3,49. Đường kính ống tủy cột sống cổ

cao rộng hơn so với cổ thấp, ở đốt đội khoảng 23 mm, còn đốt trực khoảng 20 mm [4].



**Hình 2: Chỉ số ống tủy (SAC)
Góc hành não – tủy sống (CAA)**



Hình 3: Góc hành não – tủy sống (CAA)

Chỉ số góc hành não-tủy sống trung bình trước mổ 108,1⁰±15,589⁰, sau mổ chỉ số này là 153.7⁰±7,419⁰ (chỉ số CAA bình thường từ 140⁰-165⁰).

Độ chính xác vị trí vít: Qua phẫu thuật 9 BN, 18 vít đã được bắt qua khớp C₁ – C₂, đánh giá độ chính xác của vít sau mổ bằng phim chụp cắt lớp vi tính 64 dãy, dựa theo tiêu chuẩn trong nghiên cứu của Daniel J.Hoh và cộng sự [3], chúng tôi có: 10/18 vít (55,6%) đi vào vùng 3, 7/18 (39%) vít đi vào vùng 2, 1/18 vít (5,4%) đi vào vùng 1. Không có vít đi vào vùng 4 (lỗ động mạch đốt sống), không có vít gây tổn thương các thành xương trên đường đi hoặc gây vỡ diện khớp.

Tình trạng liên xương và cố định phức hợp khớp C₁ – C₂: Theo dõi 6 tháng sau mổ, đánh giá tình trạng liên xương ở mảnh xương ghép liên cung sau C₁ – C₂, tỉ lệ liên xương đạt được 100%. Đánh giá biên độ vận động khớp C₁ – C₂ trên phim X quang cột sống cổ tư thế cúi – uốn tối đa cùng với triệu chứng lâm sàng cột sống cổ chúng tôi không gặp trường hợp bệnh nhân nào có dấu hiệu mất vững C₁ – C₂, tỉ lệ cố định khớp C₁–C₂ là 100%. Qua thời gian theo dõi trung bình 30 tháng, tình trạng liên xương và cố định phức hợp khớp C₁–C₂ được duy trì ổn định.

Tai biến, biến chứng: Có 1 trường hợp vít đi vào vùng 1 theo phân loại của Daniel J.Hoh và cộng sự. 3 trường hợp tổn thương đám rối tĩnh mạch C₁–C₂. Không có trường hợp nào tổn thương động mạch đốt sống trong mổ, rễ thần kinh C₂, rách màng cứng, rò dịch não tủy, khớp giả, đưng dập tủy. Không có tai biến và biến chứng nào liên quan đến quy trình lắp và kéo khung HALO trước mổ như: nhiễm trùng vị trí găm kim, rò dịch não tủy, tổn thương thần kinh trung ương...

IV. BÀN LUẬN

Triệu chứng lâm sàng: Triệu chứng lâm sàng cơ năng nổi bật nhất là các dấu hiệu: đau cổ, cứng cổ và hạn chế vận động cột sống cổ. Đây được xem là tam chứng cơ năng có ý nghĩa trong chẩn đoán sàng lọc các bệnh nhân chấn thương cột sống cổ cao khi vào viện. Điểm VAS trung bình $7,0 \pm 1,46$, 6 bệnh nhân có chỉ số NDI nằm trong nhóm trung bình (30 – 39%) và 3 bệnh nhân trong nhóm nặng (50 – 69%). Điều này cũng đã được khẳng định thông qua nghiên cứu của một số tác giả khác. Sau mổ, không có bệnh nhân nào có triệu chứng lâm sàng thần kinh nặng hơn. Chỉ số VAS trung bình $1,7 \pm 0,84$, NDI $27,42 \pm 11,471\%$. Có 7 trường hợp ASIA-C, 2 trường hợp ASIA-D, không có trường hợp nào ASIA – A và ASIA – B. Chỉ số ASIA sau mổ cải thiện tốt với 9 bệnh nhân ASIA-D. Kết quả lần khám cuối cùng trung bình sau mổ 30 tháng, có 6 bệnh nhân đạt mức hồi phục thần kinh ASIA - E.

Qua đó chúng tôi nhận thấy với những BN có thương tổn thần kinh trong các chấn thương mất vững C₁ – C₂ khi được phẫu thuật cố định tốt, phục hồi lại giải phẫu, làm rộng ống sống, tình trạng thần kinh sẽ được cải thiện rõ rệt.

Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh

Độ nắn chỉnh: Nắn chỉnh nhằm mục đích đưa lại giải phẫu bình thường của phức hợp C₁–C₂ một cách từ từ, đồng thời đảm bảo sự an toàn trong quá trình bắt vít, tránh tổn thương

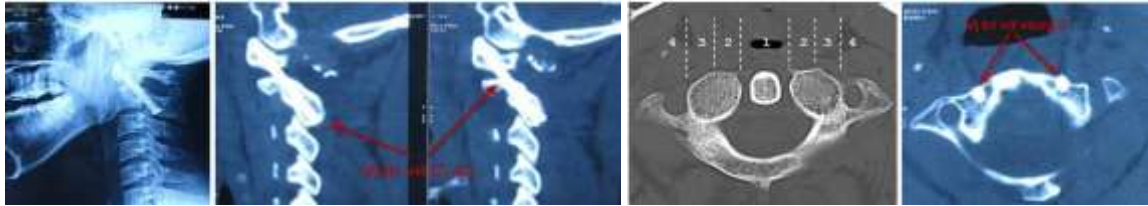
thần kinh. Sau mổ, 9 BN được đưa về giải phẫu khớp C₁–C₂ bình thường. Chúng tôi đề cập đến 1 trường hợp sau kéo nắn bằng HALO còn trật nhẹ độ I được nắn bằng tay trong mổ đưa về giải phẫu bình thường.

Chỉ số ống sống (SAC – Space available of cord): Trong chấn thương C₁ – C₂, tỷ lệ gặp tổn thương thần kinh thường ít hơn cột sống cổ thấp do đặc điểm giải phẫu ống sống vùng này rộng rãi hơn, tuy cổ chỉ chiếm 2/3 diện tích ống tủy, phần còn lại bao quanh tủy là mô đệm, Đường kính ống tủy cột sống cổ cao rộng hơn so với cổ thấp, ở đốt đốt khoảng 23mm, còn đốt trực khoảng 20mm [4]. Vì vậy dù phần tủy sống trước mổ còn lại rất hẹp (chỉ số SAC trung bình $5,1 \pm 2,34\text{mm}$) do tổn thương trật C₁ – C₂ nặng, song 9 bệnh nhân trong nghiên cứu có mức độ tổn thương thần kinh không tương xứng với 7 bệnh nhân ASIA-C, 2 BN ASIA-D. Sau mổ chỉ số SAC là $18,7 \pm 3,49\text{mm}$, 7 BN cải thiện đạt ASIA-E, còn 2 bệnh nhân ASIA-D. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả BN đều có tăng tín hiệu trong tủy trên phim chụp cộng hưởng từ thì T₂. Trong đó, 2 trường hợp bệnh nhân ASIA – C có hình ảnh giảm tín hiệu trong tủy trên phim chụp cộng hưởng từ thì T₁, hồi phục lâm sàng thần kinh ở BN này kém hơn so với các BN khác. Koyanagi I. và cộng sự nghiên cứu phim chụp MRI trên 128 BN trật C₁–C₂ có biểu hiện chèn ép tủy có 28,6% các trường hợp tăng tín hiệu trong tủy thì T₂. Tác giả cho rằng những BN có tăng tín hiệu trong tủy thì trên lâm sàng có thương tổn thần kinh nặng và rõ rệt hơn so với những bệnh nhân khác. Tăng tín hiệu trong tủy thì T₂ có thể là biểu hiện của tổn thương phù tủy, mất myelin, nhuyển tủy, rỗng tủy hoặc hoại tử tủy.

Chỉ số góc hành não – tủy sống (CAA – Clivusaxial angle): Góc hành não – tủy sống trung bình trên 140° , nguy cơ tổn thương thần kinh gặp ở các bệnh nhân có CAA < 135° và gây nên hội chứng hành não – tủy sống. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ số góc hành não – tủy sống trung bình trước mổ là $108,1^\circ \pm 15,589^\circ$, sau mổ chỉ số này là $153,7^\circ \pm 7,419^\circ$. Sự giảm góc CAA liên quan đến các triệu chứng về hô hấp, tổn thương ưu thế vận động vốn hay đề cập trong các bất thường cổ chẩm trong Chiari, tụt lồng đáy sọ (Basilar impression), hội chứng Ehler’s-Danlos. CAA giảm gây chèn ép các thành phần nằm trong lỗ chẩm và ống sống như: tĩnh mạch đốt sống, động mạch đốt sống, tiểu não, sự lưu thông bình thường của dịch não tủy gây não úng thủy.

Độ chính xác của vít: Độ chính xác của vị trí vít là một yếu tố quan trọng trong thành công của phẫu thuật vít qua khớp trong đó bao gồm sự kết hợp vững chắc khối khớp bên $C_1 - C_2$ và tránh các tổn thương giải phẫu lân cận như động mạch đốt sống, động mạch cảnh trong, thần kinh hạ thiết và tủy sống. Trong nghiên cứu của Daniel J.Hoh và cộng sự, tác giả chia khối bên C_1 thành 4 vùng, vùng 2 và 3 được xem là vùng nguy cơ tổn thương động mạch cảnh trong khi vít quá dài đi

qua bờ trước khối bên C_1 , vùng 4 tổn thương động mạch đốt sống, vùng 1 tổn thương tủy [3]. Nghiên cứu của chúng tôi có 94,6% các vít nằm trong giới hạn vùng 2 và vùng 3 của khối bên C_1 và có 1 vít (5,4%) vào vùng 1. Ở trường hợp vít đi vào vùng 1 nhưng vẫn đi qua diện khớp $C_1 - C_2$ và không gây nên dấu hiệu tổn thương thần kinh nào sau mổ, theo dõi sau 6 tháng đạt được sự cố định tốt khớp $C_1 - C_2$.



Hình 4. Vị trí vít $C_1 - C_2$ trên phim CLVT tư thế đứng dọc và cắt ngang
(BN Lê Thị K. 35t, Mã BA: 1383)

Tình trạng liền xương và cố định phức hợp khớp $C_1 - C_2$: Vấn đề liền xương và cố định vững phức hợp khớp $C_1 - C_2$ quyết định thành công của phẫu thuật. Khi đạt được sự cố định $C_1 - C_2$ vững chắc, đưa được tổn thương giải phẫu về vị trí bình thường sẽ tạo điều kiện cho quá trình liền xương, đồng thời tình trạng lâm sàng sẽ được cải thiện và hạn chế được tối đa các biến chứng gây nên do dụng cụ cố định. Qua theo dõi và đánh giá tình trạng lâm sàng trung bình 30 tháng sau mổ, chúng tôi có 1 BN

còn đau cổ, tuy nhiên tình trạng đau cổ này không tăng lên khi vận động. Bên cạnh những đánh giá lâm sàng còn phải đánh giá cấu trúc khối khớp $C_1 - C_2$ bằng phim chụp X quang cột sống cổ tư thế cúi và ưỡn tối đa sau mổ. Chúng tôi không thấy có sự di động bất thường, không có sự thay đổi khoảng cách giữa cung sau C_1 và C_2 . Trong các nghiên cứu về phẫu thuật vít qua khớp $C_1 - C_2$ theo kỹ thuật của Magerl, tỉ lệ cố định khớp thường dao động trong khoảng 95 – 100% [1], [2].



Hình 5. Vị trí ghép và liền xương $C_1 - C_2$ sau mổ 24 tháng (BN Lê Thị K. 35t, Mã BA: 1383)

Như vậy phức hợp $C_1 - C_2$ sau mổ ở tổn thương khớp giả mỏm nha sẽ tạo thành cấu trúc vững với ít nhất là 3 điểm cố định là 2 khớp đội trực bên và diện xương ghép liền cung sau. Còn với tổn thương gãy mỏm nha thì phức hợp $C_1 - C_2$ đạt được 4 điểm cố định khi có sự liền xương của mỏm nha.

Các tai biến và biến chứng: Tai biến trong mổ nguy hiểm và được ghi nhận đầu tiên trong phẫu thuật vít qua khớp $C_1 - C_2$ là tổn thương động mạch đốt sống nằm trên đường đi của vít hoặc do bất thường động mạch đốt sống. Chúng tôi gặp 1 trường hợp vít đi vào vùng 1 nhưng không gây tổn thương thần kinh và 3 trường hợp tổn thương đám rối tĩnh mạch phía sau.

Theo nghiên cứu của Peng và cộng sự, 80% bất thường động mạch ống sống gặp ở những BN có dị dạng xương $C_1 - C_2$ như các tổn thương bẩm sinh, biến dạng cấu trúc $C_1 - C_2$ do viêm khớp dạng thấp. Bất thường động mạch ống sống vùng $C_1 - C_2$ chiếm tỉ lệ 2,3%, nhưng bất thường toàn bộ chiều dài của động mạch ống sống từ điểm xuất phát chiếm khoảng 20% trong cộng đồng [7]. Để hạn chế tổn thương động mạch đốt sống, chúng tôi tiến hành chụp CLVT 64 dãy có tiêm thuốc cản quang, dựng hình cột sống và động mạch ống sống cho tất cả các BN trước phẫu thuật. Các tác giả khuyến cáo với các trường hợp nghi ngờ có bất thường động mạch đốt sống, không nên vít qua khớp ở

bên đó mà thay vào đó nên vít qua cuống C₂ và khối bên C₁ và ghép xương phía sau nhằm hoàn thành 3 điểm cố định. Madawi A. A., và cộng sự nghiên cứu hình ảnh học và giải phẫu của 61 bệnh nhân mổ vít qua khớp gấp 5 BN tổn thương động mạch đốt sống, 1 BN tổn thương liệt thần kinh hạ thiệt, 14% vít không đúng vị trí, 5 BN trong gãy vít khi theo dõi sau mổ đều liên quan đến vị trí vít không đúng, những bệnh nhân có hướng đi của vít thấp về phía dưới của củ trước C₁ đều có tổn thương rách động mạch đốt sống [5].

V. KẾT LUẬN

Chỉ định đúng và kéo nắn trên khung Halo hiệu quả sẽ mang đến sự hồi phục giải phẫu phức hợp C₁-C₂ thuận lợi cho vít qua khớp chính xác, đồng thời chỉ số ống sống (SAC) và góc hành não – tủy sống (CAA) được cải thiện tạo tiền đề cho sự hồi phục về lâm sàng thần kinh sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bahadur R., Goyal T., Dhath S.S. & Tripathy S.K. (2010), "Transarticular screw fixation for atlantoaxial

- instability - modified Magerl's technique in 38 patients", J Orthop Surg Res, 5: tr. 87.
2. Finn M.A. & Apfelbaum R.I. (2010), "Atlantoaxial transarticular screw fixation: update on technique and outcomes in 269 patients", Neurosurgery, 66(3 Suppl): tr. 184-92.
3. Hoh D. J., Maya M., Jung A., Ponrartana S. & Lauryssen C. L. (2008), "Anatomical relationship of the internal carotid artery to C-1: clinical implications for screw fixation of the atlas", J Neurosurg Spine, 8(4): tr. 335-40.
4. Howard S. An (2000), "Anatomy and Surgical Approaches to the spine", Surgery of spine trauma, chapter 1: tr. 10-11.
5. A. A. Madawi, A. T. Casey, G. A. Solanki, G. Tuite, R. Veres & H. A. Crockard (1997), "Radiological and anatomical evaluation of the atlantoaxial transarticular screw fixation technique", J Neurosurg, 86(6): tr. 961-8.
6. Neill Wright & Carl Lauryssen. (1998), "Vertebral artery injury in C1-2 transarticular screw fixation: results of a survey of the AANS/CNS Section on Disorders of the Spine and Peripheral Nerves", J Neurosurg, 88: tr. 634-640.
7. Peng., Benedict. & Bendo. (2009), "Vertebral artery injury in cervical spine surgery: anatomical considerations, management, and preventive measures", The Spine Journal (2009) 9: tr. 70-76.

NGHIÊN CỨU SUV MAX KHỐI U NGUYÊN PHÁT TRÊN PET/CT CỦA UNG THƯ PHỔI BIỂU MÔ TUYẾN

Huỳnh Quang Huy*

TÓM TẮT

Ung thư phổi là bệnh lý ác tính khá phổ biến của hệ hô hấp. Ung thư phổi nếu phát hiện muộn, tiên lượng rất xấu, tỉ lệ tử vong rất cao và tử vong trong một thời gian ngắn kể từ khi phát hiện được bệnh. PET/CT trong chẩn đoán và đánh giá giai đoạn của ung thư phổi không tế bào nhỏ, đặc biệt là ung thư phổi biểu mô tuyến ngày càng được khẳng định. **Mục tiêu:** Khảo sát trị số SUV max khối nguyên phát ung thư phổi biểu mô tuyến trên PET/CT. **Đối tượng, phương pháp:** 24 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi biểu mô tuyến xác định bằng kết quả giải phẫu bệnh (sinh thiết, phẫu thuật). Thiết kế nghiên cứu hồi cứu: phân tích trị số SUV max của SPEC/CT được chụp trước đó trong quá trình chẩn đoán bệnh. Phương tiện, kỹ thuật: máy PET/CT Biograph True Point - Siemens - Đức. Thực hiện chụp CT với các thông số 80mA, 140KV, tốc độ vòng quay là 0,5s/tube, độ dày lát cắt 4,25mm, chiều dài chụp quét là 867mm và thời gian đạt được dữ liệu là 22,5s. Thuốc phóng xạ F-18 FDG(2-fluoro-2-deoxy-D-

glucose). Liều dùng 0,15-0,20mCi/Kg cân nặng (7-12mCi), tiêm tĩnh mạch. Chụp hình PET/CT: tiến hành sau tiêm F-18 FDG 45-60 phút. **Kết quả:** Phần lớn trường hợp ung thư phổi biểu mô tuyến ở lứa tuổi > 50 tuổi. Tuổi thấp nhất 34, tuổi cao nhất 74, trung bình 58,1 ± 8,1 tuổi. Nam chiếm tỉ lệ nhiều hơn nữ. Khối u định vị ở phổi trái hoặc phổi phải với tỉ lệ tương đương nhau. Khối u nhỏ nhất có đường kính 2cm; khối u lớn nhất 8,2cm; trung bình 4,7 ± 1,9cm. Trị số SUV max thấp nhất 1,81 cm; cao nhất 21,03 cm; trung bình 10,8 ± 4,2 (cm). **Kết luận:** Xác định trị số SUV max khối u nguyên phát rất có giá trị trong chẩn đoán ung thư phổi biểu mô tuyến, góp phần định hướng điều trị cũng như theo dõi bệnh sau điều trị.

Từ khóa: SUV max; ung thư phổi biểu mô tuyến, khối u nguyên phát.

SUMMARY

STUDY THE SUV MAX OF PET/CT IN LUNG EPITHELIAL CARCINOMA

Background: Lung cancer is a fairly common malignant disease of the respiratory system. Lung cancer if detected late, very poor prognosis, very high mortality and death in a short time since the detection of the disease. PET/CT in the diagnosis and assessment of non-small cell lung cancer stage, especially lung carcinoma, is increasingly confirmed. **Objective:** To investigate the SUV max value of

*Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Quang Huy

Email: drhuycdhabachmai@gmail.com

Ngày nhận bài: 1/3/2018

Ngày phản biện khoa học: 23/3/2018

Ngày duyệt bài: 5/4/2018

primary epithelial lung cancer on PET/CT. **Object and method:** 24 patients diagnosed with lung epithelial carcinoma were identified by histopathology (biopsy, surgery). Research design: Retrospective study. Materials: PET/CT Biograph True Point - Siemens - Germany. CT scan with parameters of 80mA, 140KV, rotation speed of 0.5s/tube, thickness of 4.25mm, scan length of 867mm and time of data acquisition is 22.5s. Radioactive was F-18 FDG (2-fluoro-2-deoxy-D-glucose) at dosage 0.15-0.20 mCi/kg body weight (7-12mCi) intravenously. PET/CT was performed after injection of F-18 FDG 45-60 minutes. **Results:** Most cases of lung carcinoma of epithelium at age > 50 years. The lowest age was 34, the highest age 74, mean age was 58.1 ± 8.1 years. Male accounts for more than women. Tumors located in the left lung or right lung with similar proportions. The smallest tumor is 2cm in diameter; the largest tumor 8.2cm; average 4.7 ± 1.9 cm. The lowest SUV max at 1.81 cm; highest 21.03 cm; average 10.8 ± 4.2 (cm). **Conclusion:** Determining the SUV max value is very significant in the diagnosis of adenocarcinoma of the epithelial lining, which contributes to the therapeutic orientation as well as post-treatment follow-up.

Keywords: SUV max; lung epithelial carcinoma, primary tumor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là bệnh lý ác tính khá phổ biến của hệ hô hấp, là nguyên nhân phổ biến nhất gây tử vong của bệnh ung thư ở châu Âu năm 2006 (khoảng 334.800 trường hợp tử vong), sau ung thư tuyến tiền liệt và là loại thường gặp nhất của bệnh ung thư ở nam giới. Tỷ lệ mắc và tử vong năm 2006 là 75,3 và 64,8/100.000 dân/năm[1]. Theo thống kê của hiệp hội ung thư Hoa Kỳ năm 2006, ung thư phổi là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong các bệnh ung thư (khoảng 162.460 vào năm 2006), chiếm khoảng 13% các loại ung thư và chiếm 28% các ca tử vong ung thư[2].

Ở Việt Nam, theo ghi nhận dịch tễ học ung thư trong năm 2004, ung thư phổi là loại ung thư phổ biến trên cả nước, đứng hàng đầu ở nam giới với tỷ lệ mới mắc ở Hà Nội là 39,8/100.000 [3].

Ung thư phổi nếu phát hiện muộn, tiên lượng rất xấu, tỉ lệ tử vong rất cao và tử vong trong một thời gian ngắn kể từ khi phát hiện được bệnh. Việc chẩn đoán sớm và đánh giá giai đoạn ung thư phổi là nhu cầu cần thiết và cấp bách. Trong đó có sự trợ giúp quan trọng của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Chụp XQ qui ước và cắt lớp vi tính là hai kỹ thuật khảo sát thương qui. Tuy nhiên, đánh giá giai đoạn khối u còn nhiều hạn chế.

Trong những năm gần đây, vai trò của PET/CT trong chẩn đoán và đánh giá giai đoạn của ung thư phổi không thể bỏ qua, đặc biệt là

ung thư phổi biểu mô tuyến ngày càng được khẳng định. Tuy nhiên ở nước ta chưa có nghiên cứu nào đề cập đến vấn đề này. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: *Khảo sát trị số SUV max khối nguyên phát ung thư phổi biểu mô tuyến trên PET/CT*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn: Đối tượng chọn là những bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi biểu mô tuyến xác định bằng kết quả giải phẫu bệnh (sinh thiết hoặc phẫu thuật). Được chụp PET/CT theo đúng phương pháp đã lựa chọn trong nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Kết quả PET/CT không đủ các thông tin cần thiết cho nghiên cứu này.

2.1.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: thực hiện tại khoa Ung bướu và Y học hạt nhân - Bệnh viện Bạch Mai.

Thời gian nghiên cứu: 11/2016-10/2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu: bắt đầu nghiên cứu với những bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định ung thư phổi biểu mô tuyến bằng kết quả giải phẫu bệnh (sinh thiết hoặc phẫu thuật), tìm kiếm kết quả PET/CT được chụp trước đó trong quá trình chẩn đoán bệnh, đọc và phân tích trị số SUV max của khối u nguyên phát.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Chọn mẫu thuận tiện. Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi đã chọn được 24 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

2.2.3. Các biến số nghiên cứu: Chúng tôi thu thập các biến số nghiên cứu gồm: tuổi, giới, vị trí khối u nguyên phát, đường kính u nguyên phát, trị số SUV max khối u nguyên phát.

2.2.3. Phương tiện, kỹ thuật nghiên cứu:

Bệnh nhân được chụp bằng máy PET/CT Biograph True Point - Siemens - Đức.

Thuốc phóng xạ: F-18 FDG (2-fluoro-2-deoxy-D-glucose). Liều dùng 0,15-0,20 mCi/Kg cân nặng (7-12mCi), tiêm tĩnh mạch. Chụp hình PET/CT: tiến hành sau tiêm F-18 FDG 45-60 phút.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

24 bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư phổi biểu mô tuyến được chọn vào nghiên cứu.

Bảng 3.1. Phân bố theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số trường hợp	Tỉ lệ %
≤ 40	1	4,2
41 – 50	2	8,3
51 – 60	10	41,7
> 60	11	45,8

Tổng	24	100
-------------	-----------	------------

Nhận xét: Phần lớn trường hợp ung thư phổi biểu mô tuyến ở lứa tuổi > 50 tuổi (87,5%). Tuổi thấp nhất 34, tuổi cao nhất 74, trung bình 58,1 ± 8,1 tuổi.

Bảng 3.2. Phân bố theo giới

Giới	Số trường hợp	Tỉ lệ %
Nam	16	66,7
Nữ	8	33,3
Tổng	24	100,0

Nhận xét: Bệnh nhân nam ung thư phổi biểu mô tuyến chiếm tỉ lệ cao hơn bệnh nhân nữ (66,7% so với 33,3%, $p < 0,05$).

Bảng 3.3. Vị trí u nguyên phát

Vị trí u nguyên phát	Số trường hợp	Tỉ lệ %
Trái	14	58,3
Phải	10	41,7
Tổng	24	100

Nhận xét: Tỉ lệ ung thư phổi biểu mô tuyến theo vị trí phổi (trái, phải) khác biệt không có ý nghĩa ($p > 0,05$).

Bảng 3.4. Đường kính khối u nguyên phát

Đường kính u nguyên phát	Số trường hợp	Tỉ lệ %
2 – 4 cm	11	45,8
> 4 - 6cm	5	20,8
> 6 - 8 cm	7	29,2
> 8 cm	1	4,2
Tổng	24	100,0

Nhận xét: Phần lớn khối u nguyên phát có đường kính 2-6cm (chiếm 66,6%); khối u nhỏ nhất có đường kính 2cm; khối u lớn nhất 8,2cm; trung bình 4,7 ± 1,9cm.

Bảng 3.5. SUV max khối u nguyên phát

SUV max khối u nguyên phát (cm)	Số trường hợp	Tỉ lệ %
≤ 5	1	4.2
> 5 – 10	12	50.0
> 10 -15	8	33.3
> 15	3	12.5
Tổng	24	100.0

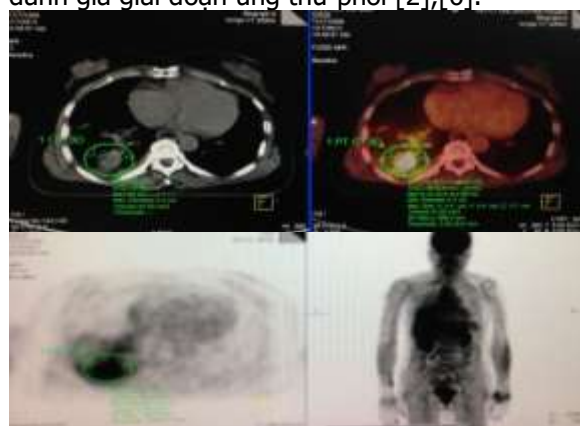
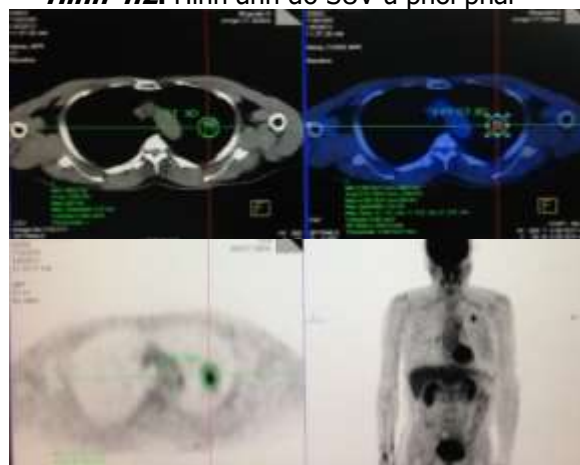
Nhận xét: Một nửa số trường hợp khối u nguyên phát có trị số SUV max > 5–10cm. Giá trị thấp nhất 1,81cm; cao nhất 21,03cm; trung bình 10,8 ± 4,2(cm).

IV. BÀN LUẬN

Ung thư phổi là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong vì ung thư ở Hoa Kỳ và trên toàn thế giới [4]. Ở Việt Nam, theo thống kê giai đoạn 2006-2007 tại Hà Nội, ung thư phổi đứng hàng đầu ở nam giới, khoảng 21,4% trong tổng số các loại ung thư, tỷ lệ mắc là 39,9/100.000 dân và vị trí thứ 4 ở nữ giới chiếm 8,1%, tỷ lệ mắc là 13,2/100.000 dân [5].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi các bệnh nhân ung thư phổi biểu mô tuyến chủ yếu là nam giới chiếm tỉ lệ 66,7%. Phần lớn trường hợp bệnh nhân lớn hơn 50 tuổi (chiếm tỉ lệ 87,5%). Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu tác giả Mai Trọng Khoa [5] và Dela Cruz [4].

PET/CT là kỹ thuật hình ảnh rất tốt, có độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác cao hơn CT và MRI đơn thuần trong chẩn đoán ung thư phổi, đặc biệt PET/CT có vai trò rất quan trọng trong đánh giá giai đoạn ung thư phổi [2],[6].

**Hình 4.1.** Hình ảnh đo SUV u phổi phải**Hình 4.2.** Hình ảnh đo SUV u phổi phải**Hình 4.3.** Hình ảnh đo SUV u phổi trái



Hình 4.4. Hình ảnh đo SUV u phổi phải

Khảo sát SUV giúp phân biệt khối u nguyên phát hay tổn thương di căn. Dijkman BG và cộng sự nghiên cứu tổng cộng có 37 bệnh nhân với các khối tại phổi (21 tổn thương di căn, 16 khối u nguyên phát thứ hai) được phân tích. Các Δ SUV cao hơn đáng kể ở những khối u nguyên phát thứ hai so với tổn thương di căn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu kết luận: đo SUV trên PET/CT có giá trị trong chẩn đoán phân biệt tổn thương thứ phát tại phổi và khối u nguyên phát [7].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ ung thư phổi biểu mô tuyến theo vị trí phổi (trái, phải) khác biệt không có ý nghĩa ($p > 0,05$). Phần lớn khối u nguyên phát có đường kính 2-6cm (chiếm 66,6%); khối u nhỏ nhất có đường kính 2cm; khối u lớn nhất 8,2cm; trung bình $4,7 \pm$

1,9cm. Một nửa số trường hợp khối u nguyên phát có trị số SUV max $> 5-10$ cm. Giá trị thấp nhất 1,81cm; cao nhất 21,03cm; trung bình $10,8 \pm 4,2$ cm.

V. KẾT LUẬN

Trị số SUV max khối u nguyên phát thấp nhất 1,81 cm; cao nhất 21,03 cm; trung bình $10,8 \pm 4,2$ (cm)

Xác định trị số SUV max khối u nguyên phát rất có giá trị trong chẩn đoán ung thư phổi biểu mô tuyến, góp phần định hướng điều trị cũng như theo dõi bệnh sau điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sorensen M., M. Pijls-Johannesma, E. Felip, et al. (2010), Small-cell lung cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*, 21 Suppl 5, pp. v120-5.
2. Society A.C. (2006), Cancer Facts and Figures. www.cancer.org.
3. Nguyễn Bá Đức (2006), Tình hình ung thư ở Việt Nam giai đoạn 2001-2004. *Tạp chí Y học thực hành*, pp. 9-19.
4. Dela Cruz C.S., L.T. Tanoue, and R.A. Matthay (2011), Lung cancer: epidemiology, etiology, and prevention. *Clin Chest Med*, 32(4), pp. 605-44.
5. Mai Trọng Khoa (2013), Ứng dụng kỹ thuật PET/CT trong ung thư, pp. 245-270.
6. Özgül M.A, Kırkil G et al (2013), The maximum standardized FDG uptake on PET-CT in patients with non-small cell lung cancer, *Multidiscip Respir Med*, 8(1): 69.
7. Dijkman BG S.O., Vriens D (2010), The role of 18F-FDG PET in the differentiation between lung metastases and synchronous second primary lung tumours. *Eur J Nucl Med Mol Imaging*, 37(11), pp. 2037-2047.

NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC NHI

Hà Mạnh Tuấn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định các yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) tại khoa hồi sức tích cực Nhi.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ tiền cứu, thực hiện tại bệnh viện Nhi Đồng 1 trong thời gian 14 tháng. Các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được theo dõi suốt quá trình nằm tại khoa HSCC với các biến số độc lập: dân số học, điểm PRISM (pediatric risk score of mortality), tình trạng dinh dưỡng, can thiệp, dùng thuốc và NKBV. Xác định yếu tố nguy cơ bằng hồi quy logistic đa biến. **Kết quả:** Có 671 bệnh

nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Tỷ lệ NKBV là 23%. Các yếu tố nguy cơ NKBV là tuổi < 1 tuổi (RR = 1,9 (1,1 - 3,4)); suy dinh dưỡng độ II, III (RR = 2,0 (1,1 - 4,2)); PRISM > 10 (RR = 5,4 (2,4 - 11,9)); đặt NKQ (RR = 2,3 (1,3 - 4,0)); nuôi ăn tĩnh mạch (RR = 2,8 (1,3 - 5,9)); thông tĩnh mạch trung tâm (RR = 2,8 (1,3 - 5,9)); thông tiểu (RR = 5,7 (3,0 - 10,7)). **Kết luận:** Các yếu tố nguy cơ NKBV tại khoa hồi sức tích cực Nhi là tuổi < 1 tuổi, suy dinh dưỡng từ độ II trở lên, chỉ số PRISM > 10 , có đặt nội khí quản, nuôi ăn tĩnh mạch, đặt thông tĩnh mạch trung tâm và đặt thông tiểu. Để giảm nguy cơ NKBV cần phải tuân thủ các biện pháp phòng chống NKBV tại HSCC, chỉ định đúng các can thiệp có nguy cơ và đặc biệt chú ý đến các đối tượng nguy cơ.

Từ khóa: nhiễm khuẩn bệnh viện; hồi sức tích cực nhi; yếu tố nguy cơ;

SUMMARY

¹Đại học Y Dược TP. HCM

Chịu trách nhiệm chính: Hà Mạnh Tuấn

Email: hamanhluan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 5.3.2018

Ngày duyệt bài: 13.3.2018

NOSOCOMIAL INFECTION AND RISK FACTORS OF NOSOCOMIAL INFECTION IN PEDIATRIC INTENSIVE CARE UNIT

Objective: identify risk factors 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, nutrition status, underlying disease, PRISM, intervention, drug use and nosocomial infection. Risk factors were analysed with the logistic regression. **Results:** There were 671 patients enrolled in the study. The incidence of nosocomial infection was 23%. The risk factors of nosocomial infection were: age < 1 year (RR = 1,9 (1,1 -3,4)); malnutrition II, III (RR = 2,0 (1,1 -4,2)); PRISM > 10 (RR = 5,4 (2,4 - 11,9)); intubation (RR = 2,3 (1,3 -4,0)); parenteral nutrition (RR = 2,8 (1,3 - 5,9)); central venous catheter (RR = 2,8 (1,3 - 5,9)); bladder catheter (RR = 5,7 (3,0 - 10,7)). **Conclusion:** The risk of nosocomial infection scale includes ≤1 year old; malnutrition ≥ II; PRISM ≥ 10; CVP; intubation; bladder catheter; parenteral nutrition. In order to reduce the risk of nosocomial infection in pediatric intensive care unit, the measures of nosocomial infection control should be adhered to, the high risk intervention should be properly indicated, and it should be paid special attention to the high risk patients.

Key notes: nosocomial infection; pediatric hospital infection; risk factor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) tại khoa hồi sức tích cực (HSTC) nhi là một vấn đề y tế quan trọng do tính chất thường gặp với tỷ lệ thay đổi tùy theo quốc gia 6,1 – 29% trong tổng số bệnh nhân nằm tại HSTC nhi^(1,2,6,7), và do những hậu quả của NKBV gây ra đó là thời gian điều trị kéo dài, tăng chi phí điều trị và tăng tỷ lệ tử vong. Đã có nhiều nghiên cứu về các yếu tố tổ nguy cơ liên quan đến NKBV đối với bệnh nhân nằm tại khoa HSTC. Tuy nhiên các nghiên cứu dọc về các yếu tố nguy cơ NKBV của bệnh nhi nằm tại khoa HSTC vẫn còn ít và số lượng không nhiều để có thể khảo sát tương đối đầy đủ các yếu tố nguy cơ NKBV của bệnh nhi tại khoa HSTC nhi. Nghiên cứu này nhằm xác định các yếu tố nguy cơ NKBV nhằm góp phần cho các biện pháp phòng chống NKBV tại khoa HSTC nhi hiệu quả hơn. *Mục tiêu: Xác định yếu tố nguy cơ gây NKBV tại khoa HSTC nhi.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ tiền cứu.

Đối tượng nghiên cứu: Những bệnh nhân điều trị tại khoa HSTC nhi của bệnh viện Nhi

Đồng 1, từ tháng 10/2003 đến 12/2004 thỏa những điều kiện sau:

-*Tiêu chuẩn chọn bệnh:* bệnh nhân từ 1 tháng tuổi đến 15 tuổi, điều trị tại khoa HSTC trên 48 giờ và không có dấu hiệu của NKBV trong vòng 48 giờ sau khi nhập HSTC.

-*Tiêu chuẩn loại trừ:* những bệnh nhân có NKBV từ trước khi vào HSTC, hay bệnh nhi tử vong trong vòng 48 giờ sau nhập HSTC.

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức tính cỡ mẫu trong nghiên cứu đoàn hệ kiểm định giả thuyết về nguy cơ tương đối, với $P_2 = 0,04$, $RR=2,25$ mức ý nghĩa 5%, lực của test là 90%, kiểm định hai phía, có $n = 509$.

Thu thập số liệu: Mẫu được chọn liên tục không ngẫu nhiên. Bệnh nhân được khám, đánh giá tình trạng bệnh, đánh giá chỉ số PRISM (Pediatric Risk of Mortality), bệnh cơ bản theo phiếu thu thập. Tất cả các bệnh nhân được xử trí theo phác đồ điều trị của bệnh viện, và được chăm sóc phòng ngừa NKBV theo đúng quy định hiện hành. Các can thiệp và điều trị, NKBV có xảy ra hay không? kết quả cuối cùng của bệnh nhân đều được ghi nhận theo phiếu thu thập. Tiêu chuẩn chẩn đoán NKBV theo tiêu chuẩn của Cơ quan phòng ngừa và kiểm soát bệnh Hoa Kỳ (CDC)⁽³⁾.

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 NGHIÊN CỨU

Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu: Có tất cả 671 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Tuổi trung bình là 58 ± 57 tháng (gần 5 tuổi); nam chiếm 58,7% và nữ chiếm 41,3%. Bệnh cơ bản của bệnh nhân thường gặp là bệnh nhiễm khuẩn 52%, kể đến là tai nạn, chấn thương ngộ độc 16,4%. Các bệnh đi kèm thường gặp là tim bẩm sinh, bại não, hội chứng Down, sanh non. Chỉ số PRISM (Pediatric Risk of Mortality Score) trong vòng 48 giờ trung bình là $7,21 \pm 4,5$. Các can thiệp thường gặp nhất ngoại trừ tiêm tĩnh mạch (gần 100%) là thông dạ dày, thở áp lực dương liên tục qua mũi (NCPAP), đặt nội khí quản (NKQ), phẫu thuật, thông tĩnh mạch trung tâm (TMTT). Các điều trị thường được chỉ định cho bệnh nhân theo thứ tự là kháng sinh, truyền máu, nuôi ăn tĩnh mạch (NATM), dùng thuốc kháng thụ thể H2, thuốc giãn cơ và an thần (bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Số ca (n = 671)	Tỷ lệ (%)
Giới: Nam	394	58,7
Nữ	277	41,3
Tuổi trung bình	58 ± 57 tháng	
Suy dinh dưỡng II,III	83	12,4
PRISM	7,21 ± 4,5	
Bệnh cơ bản		
Nhiễm khuẩn	349	52,0
Tai nạn – ngộ độc	110	16,4
Bệnh lý tiêu hóa	72	10,7
U bướu	23	3,4
Bệnh hô hấp	23	3,4
Bệnh tim	17	2,5
Bệnh thần kinh cơ	18	2,7
Bệnh huyết học	13	1,9
Bệnh khác	46	6,9
Can thiệp: Phẫu thuật	137	20,4
Nội khí quản	192	28,6
Thở NCPAP	251	37,4
Thông TMTT	130	19,4
Thông dạ dày	310	46,2
Thông tiểu	74	11,0
Điều trị: Kháng sinh	579	86,3
Truyền máu	231	34,4
Nuôi ăn tĩnh mạch	130	19,4
An thần	80	11,9
Giãn cơ	85	12,7

Corticoides	53	12,7
Kháng thụ thể H ₂	129	19,2

Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện: Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện là 23,0 %, trong đó viêm phổi bệnh viện là 44,2%, nhiễm khuẩn huyết bệnh viện 24,4% nhiễm khuẩn vết mổ là 11,1% (bảng 2).

Yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện: Qua phân tích đa biến hồi quy logistic cho thấy các yếu tố có liên quan đến nguy cơ NKBV là tuổi < 1 tuổi (RR = 1,9 (1,1 - 3,4)); suy dinh dưỡng độ II, III (RR = 2,0 (1,1 - 4,2)); PRISM > 10 (RR = 5,4 (2,4 - 11,9)); đặt NKQ (RR = 2,3 (1,3 - 4,0)); nuôi ăn tĩnh mạch (RR = 2,8 (1,3 - 5,9)); thông tĩnh mạch trung tâm (RR = 2,8 (1,3 - 5,9)); thông tiểu (RR = 5,7 (3,0 - 10,7)). Các yếu tố nuôi ăn qua thông dạ dày, phẫu thuật, bệnh đi kèm, kháng sinh, thuốc ức chế thụ thể H₂, truyền máu không có ý nghĩa trong phân tích đa biến mặc dầu có ý nghĩa trong phân tích đơn biến (bảng 3).

Bảng 2. Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện

Loại nhiễm khuẩn bệnh viện	Số ca(n = 671)	Tỷ lệ(%)
Nhiễm khuẩn bệnh viện	154	23,0
Viêm phổi bệnh viện	76	11,3
Nhiễm khuẩn huyết	42	6,3
Nhiễm khuẩn vết mổ	19	2,8
Nhiễm khuẩn tiết niệu	9	1,3
Nhiễm khuẩn khác	26	3,9

Bảng 3. Phân tích hồi quy đa biến các yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện

Yếu tố nguy cơ	NKBV		RR (95% CI)	p
	n = 154 (%)	n = 517 (%)		
Tuổi ≤ 1	67 (23,3)	220 (76,7)	1,9 (1,1 - 3,4)	0,028
Suy dinh dưỡng II,III	35 (42,2)	48 (57,8)	2,0 (1,1- 4,2)	0,047
Chỉ số PRISM ≥ 10	122 (61,3)	77 (38,7)	15,8 (8,9 - 28,1)	0,001
Thông tĩnh mạch trung tâm	50 (38,5)	80 (61,5)	2,8 (1,3 - 5,9)	0,006
Nội khí quản	96 (50,0)	96 (50,0)	2,3 (1,3 - 4,0)	0,006
Nuôi ăn tĩnh mạch	53 (40,8)	77 (59,2)	2,8 (1,3 - 5,9)	0,006
Thông tiểu	34 (45,9)	40 (54,1)	5,7 (3,0 - 10,7)	0,001
Nuôi ăn qua thông dạ dày	111 (35,8)	199 (64,2)	1,4 (0,6 - 3,5)	0,466
Phẫu thuật	43 (31,4)	94 (68,5)	2,1 (0,8 - 5,2)	0,115
Bệnh kèm	36 (33,6)	71 (66,7)	1,4 (0,7 - 2,8)	0,349
Kháng sinh	153 (26,4)	426 (73,6)	6,5 (0,8 - 52,5)	0,080
Ức chế thụ thể H ₂	70 (54,3)	59 (45,7)	1,4 (0,8 - 2,6)	0,261
Truyền máu	75 (32,5)	156 (67,5)	0,9 (0,5 - 1,6)	0,752

IV. BÀN LUẬN

Đã có 671 bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu, 154 bệnh nhân được ghi nhận là có nhiễm khuẩn bệnh viện trong thời gian khảo sát với tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện là 23%. Tỷ lệ NKBV này so với các khảo sát trước đây tại Việt Nam và các quốc gia đang phát triển là

tương tự^(1,2,7), nhưng cao hơn so với các khảo sát của các nước như Mỹ, Châu Âu⁽⁶⁾. Điều này có thể được giải thích bởi các lý do sau: 1) Như trong đặc điểm dân số nghiên cứu trong bảng 1, bệnh nhân nằm HSTC trong nghiên cứu này những bệnh nhân nặng, thời gian nằm kéo dài, có nhiều can thiệp trên bệnh nhân; 2) Mật độ

bệnh nhân cao hiện tại là 5m²/1 bệnh nhân, thấp hơn so với tiêu chuẩn chống nhiễm khuẩn tối thiểu là 9m²/1 bệnh nhân; 3) Nhân lực điều dưỡng chăm sóc bệnh nhân thiếu với tỷ số điều dưỡng/bệnh nhân là 1/4 thấp hơn so với chuẩn là 1/1 đối với khoa HSTC nhi⁽⁵⁾. Do đó để giảm nguy cơ NKBV tại khoa HSTC bên cạnh việc tăng cường thực hiện các biện pháp phòng chống NKBV cần phải lưu ý đến giảm mật độ bệnh nhân trong khoa, tăng cường nhân lực điều dưỡng và điều trị tốt các bệnh nền, rút ngắn thời gian nằm HSTC.

Các yếu tố nguy cơ gây NKBV trong khảo sát này là tuổi ≤ 1 tuổi; suy dinh dưỡng độ II, III; chỉ số PRISM ≥ 10; can thiệp xâm lấn: thông tĩnh mạch trung tâm, nội khí quản và đặt thông tiểu; nuôi ăn tĩnh mạch. Trước hết tuổi càng nhỏ thì nguy cơ NKBV càng tăng do khả năng miễn dịch kém nên bệnh thường nặng và khả năng chống đỡ bệnh thấp^(4,6). Suy dinh dưỡng cũng là một yếu tố thuộc yếu tố cơ địa tương tự như tuổi của bệnh nhân, bệnh nhân suy dinh dưỡng nặng sẽ có sức đề kháng kém nên nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện sẽ tăng lên^(4,6). Chỉ số PRISM là một chỉ số bao gồm 16 thông số được dùng để tiên lượng nguy cơ tử vong của bệnh nhân khi nhập vào HSTC. Chỉ số này cũng được dùng để đánh giá tình trạng nặng của bệnh nhân nên có thể được dùng để tiên lượng nguy cơ NKBV đối với bệnh nhân nằm HSTC. PRISM càng cao thì nguy cơ NKBV càng tăng. Can thiệp và điều trị cũng là yếu tố nguy cơ của NKBV tại khoa HSTC nhi. Các can thiệp được xác định là có liên quan đến NKBV là đặt thông tĩnh mạch trung tâm, đặt nội khí quản, đặt thông tiểu và nuôi ăn tĩnh mạch. Phát hiện này cũng được ghi nhận trong những khảo sát khác⁽⁴⁾. Các can thiệp xâm lấn này làm phá vỡ hàng rào bảo vệ bình thường của cơ thể, cùng với những thao tác chăm sóc không đảm bảo vô khuẩn nhiều lần khi tiến hành và duy trì các can thiệp, ngoài ra còn có thể do khả năng tiết khuẩn kém của các dụng cụ can

thIỆP là những lý do làm cho nguy cơ NKBV tăng lên khi có các can thiệp xâm lấn trên bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu này các yếu tố nguy cơ NKBV được xác định là: tuổi ≤ 1 tuổi, suy dinh dưỡng ≥ II; Chỉ số PRISM ≥ 10; thông tĩnh mạch trung tâm; nội khí quản; thông tiểu; nuôi ăn tĩnh mạch. Các yếu tố nguy cơ NKBV tại khoa HSTC có thể là nội sinh hay ngoại sinh. Để làm giảm nguy cơ NKBV cần phải chú ý đến việc cải thiện các yếu tố nội sinh và giảm thiểu các yếu tố ngoại sinh. Việc theo dõi thường xuyên tỷ lệ NKBV và xác định các yếu tố nguy cơ NKBV sẽ giúp cho các biện pháp phòng chống NKBV hiệu quả, khả thi và phù hợp với thực tế hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Abramczyk ML., Carvalho WB, Eduardo S. Carvalho, Eduardo A. S. Medeiros (2003). "Nosocomial Infection in Paediatric Intensive Care Unit in a Developing Country". *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 7 (6), pp: 375 -380.
2. Đặng Văn Quý (2002). "Đặc điểm nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa hồi sức cấp cứu bệnh viện Nhi Đồng 2". *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú Nhi*, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, TP. Hồ Chí Minh.
3. Garner JS, Jarvis WR, Emori TG ET al (1996). "CDC Definitions of Nosocomial Infections". *APIC Infection Control and Applied Epidemiology: Principles and Practices*, pp: A1 – A20, Mosby, St.Louis.
4. Gilio AE, Stape A, Pereira CR, Cardoso MF, Silva CV, Troster EJ. (2000). "Risk factors for nosocomial infections in a critically ill pediatric population: A month prospective cohort study". *Infection Control Hosp Epidemiol*, 21(5), pp: 340 -342.
5. Hugonnet S, Harbarth S, Sax H, Duncan RA, Pittet D. (2004) "Nursing resources: a major determinant of nosocomial infection?". *Curr Opin Infect Dis*, 2004, 17, pp: 329 -333.
6. Mühlemann K, Franzini C, Aebi C et al (2004). "Prevalence of nosocomial Infections in Swiss children's hospital". *Infect Control Hosp Epidemiol*, 25 (9), pp: 765 – 771.
7. Nguyễn Hoài Phong (2004). "Đặc điểm nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa hồi sức tăng cường bệnh viện Nhi Đồng 1". *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú Nhi*, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

NHẠY CẢM NGÀ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Phạm Thị Tuyết Nga*

TÓM TẮT

****Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường ĐH Y Hà Nội.**
 Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Tuyết Nga
 Email: bstuyetnga@yahoo.com.vn
 Ngày nhận bài: 4.01.2018

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là 348 răng có nhạy cảm ngà (NCN) của 60 bệnh nhân đến khám tại Trung tâm Kỹ thuật cao khám chữa bệnh răng hàm mặt (TT KTC khám

Ngày phản biện khoa học: 2.3.2018
 Ngày duyệt bài: 13.3.2018

chữa bệnh RHM) từ 1/2013 đến 12/2015. Các răng NCN được đo mức nhạy cảm bằng thám trầm điện tử Yeaple probe. **Kết quả nghiên cứu:** Các mức độ NCN phân bố ở các nhóm tuổi < 26 tuổi, từ 26- < 36 tuổi, từ 36- < 46 tuổi và ≥ 46 tuổi tương ứng là 24,14%; 26,15%; 21,26% và 28,48%. Các răng NCN ở vị trí cổ răng chiếm tỷ lệ 66,09 %; ở vị trí mặt nhai-rìa cắn là 33,91%. NCN có nguyên nhân là mài mòn răng chiếm tỷ lệ 43,97%; trong khi đó nguyên nhân xói mòn có tỷ lệ 3,16%. **Kết luận:** Các mức độ NCN phân bố đều nhau ở các nhóm tuổi. Các răng có NCN thường xuất hiện ở vị trí cổ răng hơn vị trí mặt nhai-rìa cắn. Nguyên nhân gây NCN nhiều nhất được ghi nhận là mài mòn răng.

SUMMARY

HYPERSENSITIVE TEETH AND RELATED FACTORS

Subjects and methods: 348 hypersensitive teeth of 60 patients visited the High-Tech Dental Care Center from 1/2013 to 12/2015. Tooth hypersensitivity was measured by electronic scrolling Yeaple probe. **Results:** The hypersensitivity scores were distributed in each group of age followed groups <26 years, 26-<36 years, 36- 46 years and 46 years which correlated to 24.14%; 26.15%; 21.26% and 28.48%. The percentage of tooth showing hypersensitivity at cervical region was 66.09%, at occlusal surface and margin was 33.91%. The hypersensitivity caused by dental abrasion was presented at 43.97%, meanwhile the cause by dental erosion was 3.16%. **Conclusion:** The hypersensitivity score are evenly distributed among age groups. The percentage of hypersensitivity appeared at the cervix was more than one in the occlusal surface. The most common cause of hypersensitivity teeth was abrasion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

NCN là hội chứng răng quá nhạy cảm với các kích thích trong môi trường miệng và gây ảnh hưởng không nhỏ đến chất lượng cuộc sống người dân. Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc NCN trong cộng đồng có thể lên đến do đó nhu cầu điều trị NCN là khá cao [1]. Tuy nhiên, hội chứng NCN có nhiều nguyên nhân cũng như nhiều yếu tố tác động khác có thể gây ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Vì vậy, những hiểu biết đầy đủ về dịch tễ học của NCN là rất cần thiết cho quá trình lập kế hoạch điều trị một cách hiệu quả nhất. Vì những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: mô tả sự phân bố NCN với một số yếu tố liên quan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng trong nghiên cứu là những bệnh nhân có răng NCN đến khám tại Trung tâm kỹ thuật cao khám chữa bệnh Răng-Hàm-Mặt (TT KTC khám chữa bệnh RHM), Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt – trường Đại học Y Hà Nội được lựa chọn theo tiêu chuẩn sau: bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên có ít nhất 1 răng NCN và tự nguyện đồng ý hợp tác trong quá trình nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: Tất cả những bệnh nhân có nhạy cảm ngà răng đến khám tại TT KTC khám chữa bệnh RHM trong khoảng thời gian từ 1/2013 đến 12/2015.

Các bước tiến hành

- **Bước 1:** Chọn mẫu.

- **Bước 2:** Thu thập số liệu: Việc thu thập số liệu giúp xác định các yếu tố liên quan chính gây NCN, bao gồm: tụt lợi, mòn răng-răng, mài mòn răng, xói mòn răng và tiêu cổ răng [2]. Những răng có từ hai yếu tố chính gây NCN trở lên được xếp vào nhóm phối hợp.

- **Bước 3:** Vệ sinh răng miệng: Các đối tượng nghiên cứu được vệ sinh răng miệng và được yêu cầu ngừng sử dụng các sản phẩm giảm nhạy cảm ngà (nếu có) trước khi tiến hành các bước tiếp theo của nghiên cứu 2 tuần.

- **Bước 4:** Đánh giá mức độ nhạy cảm ngà của đối tượng nghiên cứu. Các răng cần đo được cô lập và lau khô bằng bông. Máy Yeaple Probe được đặt ở mức cường độ ban đầu là 5g. Đầu thám trầm đặt vuông góc với bề mặt răng và di chuyển từ từ theo hướng từ gần tới xa. Máy được tăng dần cường độ, mỗi lần tăng 5g cho đến khi bệnh nhân có cảm giác ê buốt hoặc cho đến lực tối đa là 70g (răng không nhạy cảm). Mức độ nhạy cảm với kích thích xúc giác được đánh giá theo thang Yeaple gọi là mức nhạy cảm Yeaple.

Không nhạy cảm: lực tác động tương đương 70g.

Nhạy cảm nhẹ: Lực tác động >40g - <70g.

Nhạy cảm vừa: Lực tác động >20g - 40g.

Nhạy cảm nặng: Lực tác động >10g - 20g.

Nhạy cảm rất nặng: Lực tác động ≤10g.

2.3. Kết quả nghiên cứu

Bảng 3.1: Phân bố mức nhạy cảm Yeaple theo tuổi

Tuổi	Mức nhạy cảm Yeaple								Tổng		p
	Nhẹ		Vừa		Nặng		Rất nặng				
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
<26	2	0,57	37	10,63	16	4,6	29	8,33	84	24,14	0,000**
26-<36	1	0,29	49	14,08	11	3,16	30	8,62	91	26,15	0,000**
36-<46	1	0,29	14	4,02	29	8,33	30	8,62	74	21,26	0,000**
≥ 46	2	0,57	44	12,64	18	5,17	35	10,06	99	28,45	0,000**
Tổng	6	1,72	144	41,38	74	21,26	124	35,63	348	100	

**: Sử dụng so sánh Fisher's exact Chi- squared test

Bảng 3.2: Phân bố mức nhạy cảm Yeaple theo vị trí và nhóm răng

Vị trí	Nhóm răng	Mức nhạy cảm Yeaple						Tổng		p
		Nhẹ + Vừa		Nặng		Rất nặng				
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Cổ răng	R cửa	25	10,87	14	6,09	13	5,65	52	22,61	0,000*
	R nanh	11	4,78	0	0	9	3,91	20	8,7	-
	R tiền hàm	27	11,74	15	6,52	35	15,22	77	33,48	0,003*
	R hàm	27	11,74	22	9,57	32	13,91	81	35,22	0,000*
	Tổng	90	39,13	51	22,17	89	38,7	230		
Mặt nhai - Rìa cắn	R cửa	33	27,97	6	5,08	0	0	39	33,05	-
	R nanh	5	4,24	4	3,39	0	0	9	7,63	-
	R tiền hàm	2	1,69	0	0	3	2,54	5	4,24	-
	R hàm	20	16,95	13	11,02	32	27,12	65	55,08	0,002*
	Tổng	60	50,85	23	19,49	35	29,66	118		

*: Sử dụng so sánh χ^2 test**Bảng 3.3: Phân bố nguyên nhân nhạy cảm theo tuổi**

Tuổi	Nguyên nhân					
	Tụt lợi	Mòn RR	Mài mòn R	Xói mòn	Tiêu cổ R	Phối hợp
<26	0	18	30	2	14	20
26-<36	0	4	37	0	3	47
36-<46	5	5	50	5	2	7
≥ 46	46	5	36	4	0	8
Tổng	51	32	153	11	19	82

Bảng 3.4: Phân bố mức nhạy cảm Yeaple theo nguyên nhân

Nguyên nhân	Mức nhạy cảm theo Yeaple						Tổng		P
	Nhẹ + Vừa		Nặng		Rất nặng				
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tụt lợi	29	8,33	6	1,72	16	4,6	51	14,66	0,000*
Mòn RR	17	4,89	10	2,87	5	1,44	32	9,2	0,006*
Mài mòn R	66	18,97	39	11,21	48	13,79	153	43,97	0,004*
Xói mòn	1	0,29	3	0,86	7	2,01	11	3,16	0,022**
Tiêu cổ R	3	0,86	4	1,15	12	3,45	19	5,46	0,003**
Phối hợp	34	9,77	12	3,45	36	10,34	82	23,56	0,000*
Tổng	150	43.1	74	21.26	124	35.63	348		

*: Sử dụng so sánh χ^2 test

**: Sử dụng so sánh Fisher's exact Chi- squared test.

IV. BÀN LUẬN

Bảng 3.1 cho thấy các mức nhạy cảm có sự phân bố tương đối đều giữa các nhóm tuổi. Như vậy mức NCN trong nghiên cứu của chúng tôi không thấy có sự tăng hay giảm rõ rệt theo tuổi. Khi thực hiện biểu đồ tương quan giữa hai yếu tố này, chúng tôi tính được hệ số tương quan lỏng lẻo $r = -0,047$ ($R^2 = 0,002$). Điều này khác với nghiên cứu của Dilsiz [3] khi tác giả chỉ ra mối tương quan chặt chẽ giữa tuổi và mức nhạy cảm ngà với phương trình tương quan như sau: $y = -0,042x + 5,354$, $R^2 = 0,393$. Theo Dilsiz A, mức nhạy cảm ngà giảm đi khi tuổi tăng lên là do ở người lớn tuổi có sự tăng số lượng ngà sửa chữa với hiện tượng xơ cứng các ống ngà [4]. Đồng thời tác giả cũng cho rằng sở dĩ có mối tương quan này còn do ngưỡng đau của người già cao

hơn những người trẻ tuổi, đây là kết quả của sự thay đổi mô như giảm tưới máu, thoái hóa mỡ của mô xương trong sự thay đổi hình thái của khu vực phức hợp ngà tủy [3]. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi không thể hiện rõ điều này, đây có thể là do nghiên cứu của Dilsiz thực hiện trên một nhóm đối tượng nhỏ chỉ gồm 14 bệnh nhân (56 răng) hoặc do những đặc điểm riêng của từng nhóm đối tượng nghiên cứu do đó cần có những nghiên cứu với quy mô lớn hơn để kiểm định mối tương quan này.

Bảng 3.2 cho thấy mức độ nhạy cảm của các vị trí răng, nhóm răng. Theo đó, vị trí cổ răng không những có tỷ lệ nhạy cảm ngà cao hơn mà mức độ nhạy cảm cũng trầm trọng hơn. Nếu xét ở vị trí cổ răng, mức nhạy cảm rất nặng có tần xuất xuất hiện nhiều nhất là răng tiền hàm. Điều này cũng

phù hợp với kết luận của Taylor [5] khi tác giả mô tả rằng này ở vị trí trung tâm khớp cắn chịu nhiều lực vận xoắn khi ăn nhai. Đây là nguyên nhân gây nên tổn thương tiêu cổ răng với đặc điểm lâm sàng đặc trưng là những lỗ sâu và hẹp ở vị trí cổ răng, rất nhạy cảm với các kích thích.

Theo nghiên cứu của chúng tôi nguyên nhân chủ yếu gây nhạy cảm ngà là mài mòn răng (43,97%) phân bố khá đều giữa các nhóm tuổi. Nguyên nhân tụt lợi được thấy là nguyên nhân đứng thứ hai gây nhạy cảm ngà tại vùng cổ răng (chiếm 22,17%) sau nguyên nhân mài mòn răng. Đặc biệt, chúng tôi không tìm thấy trường hợp nào tụt lợi ở lứa tuổi < 36. Hiện tượng tụt lợi bắt đầu được quan sát thấy ở lứa tuổi ≥ 36 tuổi và đạt tỷ lệ rất cao ở lứa tuổi ≥ 45 tuổi. Theo Ricarte [6] từ 40 tuổi, tỷ lệ nhạy cảm ngà tăng cao tại vị trí cổ răng do sự xuất hiện với tốc độ cao của bề mặt chân răng bị lộ. Điều này phù hợp với những quan sát của chúng tôi trong nghiên cứu.

Bảng 3.4 cho thấy với nguyên nhân tụt lợi, tình trạng nhạy cảm của các bệnh nhân trong nghiên cứu chủ yếu ở mức nhẹ và vừa $p < 0,05$. Quan sát này cũng phù hợp với đặc điểm sinh lý của ngà răng. Lợi co tụt gây lộ lớp xê-măng, lớp xê-măng này nhanh chóng bị mòn làm lộ ngà chân răng. Tuy nhiên ở vùng chân răng, mật độ ống ngà giảm thấp chỉ còn khoảng 1/5 so với mật độ ống ngà tại vùng cổ răng (42000 ống/ngày/mm² vùng cổ răng so với 8000 ống/mm² vùng chân răng). Do đó, dòng chất lỏng chuyển động tại lớp ngà phía ngoài của ngà chân răng chỉ bằng 2% ngà thân răng [7]. Ngược lại với nguyên nhân tụt lợi, những tổn thương nhạy cảm ngà do nguyên nhân tiêu cổ răng thường ở mức rất nặng. Kết quả này cũng phù hợp với đặc điểm của những tổn thương tiêu cổ răng là

những vết lõm sâu do thương tổn những yếu tố nội tại trong răng (men răng, ngà răng).

V. KẾT LUẬN

- Các mức độ NCN phân bố đều nhau ở các nhóm tuổi
- Các răng có NCN thường xuất hiện ở vị trí cổ răng hơn vị trí mặt nhai-rìa cắn.
- Nhạy cảm ngà có yếu tố liên quan chính là tụt lợi chủ yếu được quan sát thấy ở nhóm tuổi ≥ 45 và mức độ nhạy cảm phần lớn là nhẹ và vừa. Trong khi đó các răng có tổn thương tiêu cổ răng thường có mức nhạy cảm rất nặng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Neuhaus K.W, Milleman J.L, Milleman K.R (2013). Effectiveness of a calcium sodium phosphosilicate containing prophylaxis paste in reducing dentine hypersensitivity immediately and 4 weeks after a single application: a double-blind randomized controlled trial. *J Clin Periodontol*, 40, 349-357.
2. Mehta S.B, Banerji S, Millar B.J (2012). Current concepts on the management of tooth wear: part 1. Assessment, treatment planning and strategies for the prevention and the passive management of tooth wear. *British Dental Journal*, 212, 17-27.
3. Dilsiz A, Canakci V, Ozdemir A (2009). Clinical evaluation of Nd:YAG and 685 nm diode laser therapy for desensitization of teeth with gingival recession. *Photomedicine and Laser Surgery*, 27(6), 843-848.
4. Splieth C.H, Tachou A (2013). Epidemiology of dentin hypersensitivity. *Clin Oral Invest*, 17(1), 3-8.
5. Tailor A, Shenoy N, Thomas B (2014). To compare and evaluate the efficacy of bifluorid 12, diode laser and their combined effect in treatment of dentinal hypersensitivity- a clinical study. *Journal of Health Science*, 4(2), 54-58.
6. Ricarte J.M, Matoses V.F, Llacer V.J.F (2008). Dentine sensitivity: concept and methodology for its objective evaluation. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*, 13(3), 201-206.
7. Jrowbridge H.O, Kim S (1994). Pulp development, structure and function. *Pathways of the pulp*, 6th ed, 2, 293-336.

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ LẤY HUYẾT KHỐI BẰNG DỤNG CỤ CƠ HỌC Ở 141 BỆNH NHÂN ĐỘT QUÝ THIẾU MÁU NÃO CẤP DO TẮC NHÁNH LỚN ĐỘNG MẠCH SỌ

Nguyễn Văn Phương*, Nguyễn Hoàng Ngọc*, Nguyễn Văn Tuyền*,
Nguyễn Quang Ân**, Lê Văn Trường*, Trần Duy Anh*

TÓM TẮT

*Bệnh viện 108

**Bệnh viện tỉnh Phú Thọ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Ân

Email: longdangtrang@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.01.2018

Mục đích: Đánh giá kết quả và các biến chứng của phương pháp lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học (DCC) ở bệnh nhân (BN) thiếu máu não (TMN) cấp do tắc nhánh lớn động mạch (ĐM) sọ. **Phương pháp:** Can thiệp lâm sàng, tự chứng. Tiến hành trên 141BN

Ngày phản biện khoa học: 2.3.2018

Ngày duyệt bài: 9.3.2018

TMN cấp do tắc nhánh lớn ĐM sọ được can thiệp lấy huyết khối bằng DCCH tại Bệnh viện 108 từ 7/2016-1/2018. Mô tả các đặc điểm chung, vị trí tắc mạch, thời gian can thiệp, điểm ASPECTS (Alberta Stroke Program Early CT score), kết quả sau can thiệp, tại biến. **Kết quả:** Tỷ lệ nam gấp gấp 1,65 lần nữ, tuổi chủ yếu trên 60. Yếu tố nguy cơ TMN cấp do tắc nhánh lớn bao gồm tăng huyết áp chiếm 46,8%; rung nhĩ 27,6%; tắc ĐM não giữa 45,7%; ĐM cảnh trong 36,2%, ĐM thân nền 17%. Chủ yếu có điểm ASPECTS từ 6 chiếm gần 95%. Hiệu quả tái thông tốt (TICI =3) chiếm 79,7%, thất bại 3,6%. Tỷ lệ hồi phục tốt (mRS 0-2) sau 90 ngày đạt 58,7%, tử vong 18,1%. Biến chứng hay gặp là chảy máu nội sọ có triệu chứng chiếm 10,1%, di chuyển huyết khối nơi khác chiếm 4,3%. Tồn thương ĐM trong lúc can thiệp gặp ở 5 BN (3,6%). **Kết luận:** Lấy huyết khối điều trị BN TMN cấp do tắc nhánh lớn tại bệnh viện 108 có tỷ lệ tái thông cao, tỷ lệ cải thiện chức năng thần kinh tốt.

Từ khóa: Thiếu máu não cấp, tắc nhánh lớn động mạch nội sọ, dụng cụ cơ học.

SUMMARY

EFFICACY OF MECHANICAL THROMBECTOMY IN 141 PATIENTS WITH ACUTE ISCHEMIC STROKE BY LARGE VESSEL INTRACRANIAL OCCLUSION

Objectives: Evaluate the results and complications of mechanical thrombectomy in acute ischemic stroke (AIS) patients by large vessel intracranial occlusion. **Methods:** Clinical intervention, self-controlled studies. 141 patients with AIS by large vessel intracranial occlusion, who's had used mechanical thrombectomy at Hospital 108 from 7/2016 to 1/2018. Description of general characteristics, location of cerebral occlusion, interval of time from onset to revascularization, ASPECTS score, outcome after intervention, complications. **Results:** The rate of men is 1.65 times higher than women, the majority is over 60 years. Risk factors for AIS were major hypertension (46.8%); atrial fibrillation (27.6%); Occlusions were located in the middle cerebral artery M1(40.1%), internal carotid artery (36.2%) and vertebrobasilar arteries (17%). Mainly ASPECTS score from 6 point were nearly 95%. Good reperfusion (TICI = 3) accounted for 79.7%, failure rate of 3.6%. The good function recovery (mRS 0-2) after 90 days was 58.7%, mortality were 18.1%. The most common complication was symptomatic intracranial haemorrhage (10.1%); Embolization to previously uninvolved territory was 4.3% and vessel dissection in 5 patients (3.6%). **Conclusion:** The use of endovascular devices for treating acute ischemic stroke by large vessel intracranial occlusion at 108 hospital has had high rate good reperfusion, good neurological function improvement.

Keywords: Acute ischemic stroke, mechanical thrombectomy, large vessel intracranial occlusion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Can thiệp nội mạch bằng dụng cụ cơ học (DCCH) lấy huyết khối điều trị bệnh nhân (BN)

thiếu máu não (TMN) cấp do tắc nhánh lớn động mạch (ĐM) nội sọ đã được Hội đột quy, Hội tim mạch Mỹ đưa ra mức khuyến cáo cao nhất (IA) năm 2015 sau một loạt các nghiên cứu cho thấy hiệu quả tái thông cũng như hiệu quả hồi phục thần kinh sau 3 tháng cao hơn hẳn so với điều trị bằng tiêu sợi huyết (TSH) đường tĩnh mạch và thiết bị thể hệ trước đó. Những thành quả đó liên quan đến hệ thống giá đỡ (stent) kéo huyết khối hoặc dụng cụ hút trực tiếp huyết khối. Việc tái thông dòng chảy nhanh có liên quan mật thiết đến việc cải thiện tỷ lệ tử vong và tàn tật của BN đột quy não.

Vào năm 2014, bệnh viện 108 đã áp dụng các thiết bị nêu trên gồm stent kéo Solitaire hay hệ thống hút Penumbra với kỹ thuật ADAPT (A Direct Aspiration first Pass Technique) để loại bỏ huyết khối của các BN đột quy TMN cấp do tắc nhánh lớn ĐM nội sọ và mang lại triển vọng to lớn. Sau nhiều năm thực hiện, quy trình cấp cứu theo nhóm đã khá hoàn thiện; kỹ thuật thực hiện ngày càng thành thực. Trong các năm 2016, 2017 số lượng BN đột quy đến Bệnh viện ngày càng nhiều, để có được cái nhìn tổng quát về thành quả đạt được trong 2 năm qua, chúng tôi thực hiện: *Nghiên cứu hiệu quả điều trị lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học ở 141 bệnh nhân đột quy thiếu máu não cấp do tắc nhánh lớn động mạch sọ* nhằm mục tiêu:

- Đánh giá hiệu quả tái thông và phục hồi chức năng thần kinh của phương pháp tái thông bằng DCCH ở BNTMN cấp do tắc nhánh lớn ĐM nội sọ.

- Mô tả các tác dụng không mong muốn liên quan đến can thiệp tái thông bằng DCCH ở BNTMN cấp do tắc nhánh lớn ĐM nội sọ

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 141 BN đột quy TMN cấp do tắc nhánh lớn ĐM nội sọ từ 7/2016 đến 1/2018 đã được điều trị bằng phương pháp lấy huyết khối bằng DCCH tại Bệnh viện 108. Theo dõi BN trong 90 ngày kể từ ngày khởi phát.

Tiêu chuẩn lựa chọn: BN được chẩn đoán TMN cấp do tắc nhánh lớn thỏa mãn đồng thời các tiêu chí sau: Tuổi ≥ 18 ; mRS trước đột quy từ 0-1; BNTMN cấp đã được sử dụng r-tPA thất bại hoặc có chống chỉ định với r-tPA; Xác định vị trí tắc các nhánh lớn (ĐM cảnh trong, ĐM não giữa đoạn M1, M2), ĐM thân nền); Điểm NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) lúc nhập viện ≥ 6 ; Điểm ASPECTS ≥ 6 ; Thời gian từ lúc khởi phát triệu chứng TMN đến lúc chọc được

cathete động mạch đùi là 6 giờ; Gia đình BN đồng ý điều trị lấy huyết khối bằng DCCH.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN có 1 trong các tiêu chuẩn sau: mRS trước đột quỵ ≥ 2 ; BN đến sau 6 giờ tính từ lúc khởi phát triệu chứng; Có bằng chứng chảy máu trên hình ảnh cắt lớp vi tính (CLVT) sọ não; ASPECTS < 6 ; Chụp CLVT mạch máu não không thấy hình ảnh tắc ĐM lớn; Điểm NIHSS < 6 ; Tiền sử chấn thương sọ não mức độ nặng, nhồi máu cơ tim hoặc phẫu thuật sọ não trong 3 tháng gần đây; Dị ứng với thuốc cản quang, suy thận nặng; Điều trị thuốc chống đông gần đây với tỷ lệ INR $\geq 3,0$.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp lâm sàng tự chứng, theo dõi dọc.

2.3. Nội dung nghiên cứu

- Mức độ phục hồi lâm sàng: đánh giá dựa vào điểm NIHSS sau can thiệp 24 giờ và khi xuất viện, theo thang điểm Rankins cải biên (modified Rankin Scale - mRS) thời điểm sau can thiệp 3 tháng.

- Mức độ tái thông: dựa vào hình ảnh, đánh giá bằng thang điểm TICI (Treatment in Cerebral Infarction) ngay sau khi tái thông trên hình ảnh chụp mạch não.

- Đánh giá các biến chứng sau can thiệp trên lâm sàng và trên hình ảnh trong và sau quá trình can thiệp.

2.5. Phương pháp thống kê: Các biến không liên tục được biểu diễn bằng sự tỉ lệ phần trăm, các biến liên tục được biểu diễn dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn (SD) hoặc trung vị (IQR). Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1: Đặc điểm tuổi, giới và yếu tố nguy cơ

Đặc điểm		Giá trị
Tuổi trung bình (năm) $X \pm SD$		64,7 $\pm$ 12,7
Nhóm tuổi	≤ 40 n(%)	4 (2,8)
	41-60 n(%)	46 (32,6)
	> 60 n(%)	91 (64,6)
Giới	Nam n(%)	88 (62,4)
	Nữ n(%)	53 (37,6)
Yếu tố nguy cơ	Tăng huyết áp	66 (46,8)
	Rung nhĩ	39 (27,6)
	Bệnh van tim	29 (21,0)
	Các yếu tố khác	46 (33,3)

Nhận xét: Tuổi trung bình 64,7 $\pm$ 12,7, chủ yếu gặp đối tượng BN trên 60 tuổi chiếm 64,6%. Có 88 nam và 52 nữ, tỷ lệ nam/nữ là 1,65/1. Yếu tố nguy cơ hay gặp nhất là tăng huyết áp (46,8%) và rung nhĩ (27,6%).

Bảng 3.2. Vị trí động mạch bị tổn thương

Vị trí động mạch		Số BN(141)	Tỉ lệ (%)
Động mạch não giữa	Nhánh M1	57	40,1
	Nhánh M2	8	5,7
Động mạch cảnh trong		51	36,2
Động mạch thân nền		24	17
Động mạch não sau		1	0,6
Tổng		141	100

Nhận xét: Tỷ lệ BN bị tắc ĐM não giữa là chủ yếu chiếm 45,7%, trong đó nhánh M1 chiếm 40,1%, nhánh M2 chiếm 5,8%. Động mạch cảnh trong chiếm 36,2%; ĐM thân nền chiếm 17%.

Bảng 3.3. Điểm ASPECTS và điểm pc-ASPECTS

Điểm ASPECTS		Giá trị
Điểm trung bình ($X \pm SD$)		7,8 $\pm$ 1,4
Phân bố điểm ASPECTS và pc-ASPECTS	≤ 5 n(%)	8 (5,1)
	6 - 7 n(%)	47 (33,3)
	≥ 8 n(%)	86 (61,6)

Nhận xét: Tỷ lệ BN có chỉ định can thiệp có điểm ASPECTS hoặc pc-ASPECTS từ 6 điểm chiếm gần 95%, trong đó chủ yếu từ 8 điểm chiếm 61,6%. Điểm ASPECTS trung bình là 7,8 $\pm$ 1,4.

3.2. Đánh giá kết quả điều trị

Bảng 3.4. Tỷ lệ bệnh nhân kết hợp r-TPa với can thiệp.

Kết hợp r-TPa	Số BN(141)	Tỉ lệ (%)
Không	114	81,2
Đường tĩnh mạch	24	16,7
Đường động mạch	3	2,1

Nhận xét: có 16,7% BN được sử dụng thuốc TSH đường tĩnh mạch nhưng thất bại trước khi can thiệp. Có 3 trường hợp được kết hợp can thiệp và TSH đường ĐM.

Bảng 3.5. Kết quả khảo sát theo thời gian

Mốc thời gian	Thời gian trung bình (phút) ($X \pm SD$)
Thời gian từ lúc khởi phát đến vào viện	197,5 $\pm$ 126,3
Thời gian từ lúc vào viện đến chọc ĐM đùi	47,7 $\pm$ 21,6
Thời gian can thiệp	42,9 $\pm$ 37,3
Thời gian từ lúc khởi phát đến khi tái thông hoàn toàn	285,3 $\pm$ 100,2

Nhận xét: Thời gian từ lúc khởi phát đến lúc vào viện 197,5 $\pm$ 126,3 phút. Thời gian từ lúc đến viện cho đến lúc chọc ĐM đùi là 47,7 $\pm$ 21,6 phút. Thời gian can thiệp kéo dài trung bình 42,9 $\pm$ 37,3 phút.

Bảng 3.6. Tỷ lệ tái thông mạch máu

TICI	Số BN(141)	Tỉ lệ (%)
TICI=0 (tái thông thất bại)	5	3,6
TICI=1 (Tái thông 1 phần nhỏ)	3	2,2
TICI=2 (tái thông một phần)	21	14,5
TICI=3 (tái thông hoàn toàn)	112	79,7

Nhận xét: Tỷ lệ tái thông hoàn toàn chiếm tỷ lệ cao (TICI=3) 79,7%, thất bại chiếm 3,6%.

Bảng 3.7. Tỷ lệ hồi phục sớm theo điểm NIHSS

Mức độ hồi phục	Sau can thiệp 24 giờ		Khi ra viện	
	Số BN	Tỉ lệ (%)	Số BN	Tỉ lệ (%)
Tốt (NIHSS giảm 10 điểm hoặc về 0)	64	46,4	77	55,8
Kém (NIHSS giảm dưới 4 sau can thiệp và dưới 8 khi ra viện)	55	39,8	42	30,4
Tử vong	19	13,8	19	13,8

Nhận xét: Tỷ lệ hồi phục tốt sau can thiệp 24 giờ (điểm NIHSS giảm 10 điểm hoặc về 0) chiếm tỷ lệ 46,4%, tuy nhiên khi ra viện tăng lên 55,8%. Tử vong trong quá trình nằm viện chiếm 13,8%.

Bảng 3.8. Tỷ lệ phục hồi lâm sàng theo thang điểm Rankin cải biên

Mức độ hồi phục	Thời điểm 1 tháng		Thời điểm 3 tháng	
	Số BN(n)	Tỉ lệ (%)	Số BN(n)	Tỉ lệ (%)
Tốt (0-2)	78	55,8	84	58,7
Chậm (3-5)	42	29,0	32	23,2
Tử vong	21	15,2	25	18,1

Nhận xét: Tỷ lệ hồi phục tốt (mRS0-2) sau 3 tháng chiếm tỷ lệ 58,7%, hồi phục chậm (mRS 3-5) 23,2%, tử vong 18,1%.

3.3. Đánh giá các biến chứng

Bảng 3.9. Tỷ lệ biến chứng

Biến chứng	Số BN	Tỉ lệ (%)
Tái tắc sau can thiệp	7	5,1
Chảy máu thâm trong ổ nhồi máu	12	8,7
Chảy máu nội sọ có triệu chứng	14	10,1
Tổn thương động mạch	5	3,6
Huyết khối di chuyển	6	4,3
Chảy máu dưới nhện	4	2,9

Nhận xét: Có 5,1% BN tái tắc sau can thiệp, 10,1% BN có chảy máu nội sọ có triệu chứng; 2,9% BN chảy máu dưới nhện cần điều trị cấp cứu, 4,3% BN có di chuyển huyết khối đến nơi mới. Đặc biệt rách ĐM khi can thiệp gặp ở 5 BN chiếm 3,6%.

Bảng 3.10. Tỷ lệ các bệnh nhân cần hỗ trợ hồi sức khác

Điều trị	Số BN	Tỉ lệ (%)
Thở máy	30	21,7
Mở khí quản	11	7,9
Viêm phổi	18	13,0

Nhận xét: Tỷ lệ BN thở máy hỗ trợ chiếm 21,7%, mở khí quản 7,9%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu: Về giới, trong nghiên cứu của chúng tôi, nam giới chiếm 62,4% gấp 1,65 lần nữ giới. Tỷ lệ này khá tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuyền và cs cũng tại 108 là 62,8% [2]. So với nghiên cứu SYNTHESIS [5] nam giới vẫn chiếm số lượng nhiều hơn là 59%, tỷ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi có cao hơn nhưng khác biệt không có ý nghĩa. Tuy nhiên, nghiên cứu SWIFT nam giới chỉ chiếm 42%, IMS III là 50%[4]. Như vậy không có một tỷ lệ giới tính cố định nào thành xu hướng, tuy nhiên kết quả của nhiều nghiên cứu thường cho đến tỷ lệ nam cao hơn nữ. Đặc biệt, chúng tôi là bệnh viện Quân Đội, nên tỷ lệ nam giới vẫn thường cao hơn.

Về các yếu tố nguy cơ TMN trong nghiên cứu này hay gặp nhất là tăng huyết áp và rung nhĩ chiếm tỷ lệ chủ yếu 46,8 % và 27,6%. Tỷ lệ BN tăng huyết áp là phù hợp với nghiên cứu trước đó của Nguyễn Văn Tuyền (46,5%)[2]. Như vậy tỷ lệ gặp BN rung nhĩ ở các nghiên cứu là khác nhau, tuy nhiên đây vẫn là yếu tố nguy cơ quan trọng của bệnh lý TMN cấp.

Về vị trí tắc ĐM: chúng tôi ghi nhận, tỷ lệ BN tắc ĐM não giữa chiếm tỷ lệ cao nhất 45,7%, trong đó đoạn M1 chiếm 40,1%. Vị trí ĐM thường bị tắc thứ 2 là ĐM cảnh trong với 36,2%, ĐM thân nền chiếm 17%. Điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới, tỉ lệ tắc ĐM não giữa đoạn M1 luôn chiếm số lượng lớn (TREVO 2: 60%[7], SWIFT: 61%).

Chúng tôi đánh giá BN trước can thiệp qua hình ảnh CLVT có thuốc cản quang, tuy nhiên hình ảnh trên CLVT không tiêm thuốc luôn được xem xét cẩn thận thông qua hệ thống điểm ASPECTS. Chúng tôi chọn lựa BN chủ yếu là điểm ASPECTS từ 6 điểm chiếm gần 95%, trong đó điểm ASPECTS 8,9,10 chiếm 61,6%, tương tự như đặc điểm BN trong nghiên cứu IMS III là 56,9% và 59% [4] ở 2 nhóm. Có 24 BN đột quỵ TMN cấp do tắc ĐM thân nền, việc đánh giá điểm pc-ASPECTS chúng tôi thực hiện trên hình ảnh nguồn của chụp CLVT mạch máu cho quan sát tốt nhất.

4.2. Đánh giá kết quả điều trị: Về các mốc thời gian, có 2 khoảng thời gian độc lập nhau, đó là khoảng thời gian trước khi đến Bệnh viện và thời gian trong viện. Thời gian ngoại viện là thời gian từ lúc khởi phát đến lúc vào viện, chúng tôi ghi nhận được trung bình là $197,5 \pm 126,3$ phút. Thời gian này phụ thuộc vào hiểu biết của cộng đồng và khoảng cách so với trung tâm can thiệp tại Bệnh viện 108. Theo dõi trước

đó của Nguyễn Văn Tuyến và cs cho thấy 162 ± 114 phút [2], như vậy là có sự khác biệt nhỏ, tuy nhiên cần phân biệt đối tượng BN tuyến trước đưa đến và BN tự đến, chúng tôi sẽ phân biệt rõ ở nghiên cứu tiếp theo. Khoảng thời gian tiếp theo là thời gian từ khi vào đến cửa khoa cấp cứu đến khi được tái thông, thời gian này đánh giá chất lượng công tác cấp cứu, điều trị BN đột quỵ TMN cấp tại các trung tâm, trong đó có các mốc thời gian quan trọng bao gồm: thời gian từ lúc đến viện cho đến lúc chọc ĐM đùi (nghiên cứu chúng tôi thống kê cho thấy trung bình $47,7 \pm 21,6$ phút, ngắn hơn so với thời gian trước đó tại 108 là 71 ± 48 phút [2]); thời gian can thiệp kéo dài trung bình $42,9 \pm 37,3$ phút được chúng tôi thực hiện, ngắn hơn so với theo dõi trước đó là 79 ± 49 phút [2]; Thời gian từ lúc khởi phát đến khi được tái thông hoàn toàn trong nghiên cứu của chúng tôi là $285,3 \pm 100,2$ phút. Chúng tôi thấy rằng, quan trọng nhất vẫn là làm sao để tăng tỷ lệ các BN đến viện trong những giờ đầu. Để tăng số lượng các BN đến viện sớm đòi hỏi rất nhiều các biện pháp đồng bộ như công tác tuyên truyền cho người dân nhận biết triệu chứng đột quỵ và thái độ xử trí phải đưa BN đến cơ sở y tế có khả năng cấp cứu về đột quỵ càng sớm càng tốt.

Đánh giá về kỹ thuật, có một yếu tố rất quan trọng được ghi nhận là thời gian can thiệp. Thời gian can thiệp nội mạch trung bình là $42,9 \pm 37,3$ phút thấp hơn ghi nhận tại 108 trước đó 79 ± 49 phút [2], và nhóm can thiệp ở bệnh viện Bạch Mai ($70,7 \pm 40,2$ phút) [1]; tương đương với nghiên cứu SYNTHESIS (60 phút) [5]. Chúng tôi đã đạt được sự thành thực về kỹ thuật hơn so với thời gian trước đó khi mới triển khai kỹ thuật.

Về hiệu quả tái thông mạch máu, chúng tôi dựa trên thang điểm TICI với tỉ lệ tái thông tốt là 79,7%, tương đương với tỷ lệ tái thông được ghi nhận thời điểm trước đó là 76,7% [2]. So với nhóm can thiệp của tác giả Nguyễn Quang Anh là gần tương đương chiếm 80% [1]. Tỉ lệ tái thông tốt trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn trong SWIFT (89%) nhưng cao hơn so với TREVO 2 (68%) [7] và IMS III (75%) [4]. Tuy nhiên, sự khác biệt này số lượng BN nghiên cứu, quần thể BN nghiên cứu và phụ thuộc vào chỉ định can thiệp của từng nghiên cứu.

Về sự cải thiện lâm sàng thần kinh sau can thiệp, chúng tôi có đánh giá sớm thông qua điểm NIHSS khi nhập viện, sau can thiệp 24 giờ và khi xuất viện. Kết quả cho thấy, điểm số NIHSS sau can thiệp 24 giờ giảm so với trước can thiệp trên

10 điểm hoặc các trường hợp trở về 0 sau can thiệp chiếm 53,6%. Khi xuất viện tỷ lệ BN có điểm NIHSS giảm trên 10 điểm chiếm 55,8% cao hơn so với bài báo trình bày về kinh nghiệm can thiệp mạch não ở BN TMN cấp là 39% [3]. Đây là yếu tố đánh giá phục hồi thần kinh thứ cấp sau điểm mRS.

Đánh giá mức độ hồi phục sau 3 tháng đầu sau can thiệp, kết quả cho thấy: tỷ lệ hồi phục tốt (mRS 0-2) chiếm tỷ lệ 58,7, hồi phục chậm (mRS 3-5) chiếm 23,2%, tử vong 18,1%. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuyến và cs trước đó [2], tương đương với tác giả Nguyễn Quang Anh: mRS 0-2 sau 03 tháng 64,3%, mRS 3-5 chiếm 21,4%, có 14,3% BN tử vong. Kết quả chúng tôi ghi nhận vẫn thấp hơn kết quả đạt được trong nghiên cứu SWIFT là 63%. Sở dĩ có sự khác biệt như vậy là do các nghiên cứu có sử dụng kỹ thuật lấy huyết khối khác nhau, số lượng BN trong các nghiên cứu cũng chưa nhiều, đối tượng nghiên cứu được lựa chọn cũng khác nhau. Tuy nhiên có tỷ lệ tử vong khá tương đồng ở các nghiên cứu, đó là 19,1% ở nghiên cứu IMS III [4], 17,4% tại Bệnh viện 108 năm 2016 [2], thấp hơn nghiên cứu tại Hà Lan là 32% [3] với đối tượng có điểm NIHSS trung vị là 17, nghiên cứu Trevo với stent kéo là 33% [7], nhưng cao hơn so với kết quả nghiên cứu SYNTHESIS [5] là 8% vì có tỷ lệ lớn BN có điểm NIHSS dưới 6 điểm.

4.3. Mô tả các biến chứng: Các biến chứng liên quan đến can thiệp lấy huyết khối có tỷ lệ khá thấp. Chảy máu nội sọ có triệu chứng có chỉ có 14BN (10,1%), di chuyển huyết khối đến nơi khác có 6 BN (4,3%). Tuy nhiên vẫn gặp các tổn thương rất nặng khi thực hiện kỹ thuật đó là tổn thương ĐM đích gặp 5 BN chiếm 3,6%. Theo tác giả Nguyễn Quang Anh và cs, tỉ lệ biến chứng chảy máu có triệu chứng sau can thiệp chiếm 13,4% [1], trong nghiên cứu SWIFT (9%), TREVO (7%) [7], IMS III (6,2%) [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 7BN tái tắc sau can thiệp (5,1%). Có nhiều nguyên nhân để giải thích cho các biến chứng trên như lựa chọn BN, kỹ năng thuần thực của bác sĩ can thiệp mạch, dụng cụ, tuy nhiên với các tỷ lệ biến chứng trên vẫn trong giới hạn cho phép và tương đương các báo cáo trước đó.

Điều trị BN đột quỵ TMN cấp là cả quá trình toàn diện và tổng hợp do đó khi BN can thiệp xong là cả quá trình điều trị nội khoa tích cực tiếp theo, nên còn có những biến chứng xảy ra trong quá trình điều trị tiếp đó. Các biến chứng hay được ghi

nhận là phải thở máy hỗ trợ chiếm 21,7%, mở khí quản 7,9%, viêm phổi chiếm 13%. Các biến chứng này được ghi nhận ở các báo cáo trước đó [1],[2],[4]. Các BN cần thở máy hỗ trợ được quan sát chủ yếu ở các BN hôn mê do tắc hệ thống não sau và can thiệp thất bại. Các BN phục hồi thần kinh kém trong đó có thức và rối loạn phản xạ ho, nuốt thường phải mở khí quản.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 141BN lấy huyết khối bằng DCCCH tại Bệnh viện 108 chúng tôi nhận thấy: yếu tố nguy cơ thường gặp là tăng huyết áp và rung nhĩ; Động mạch chủ phình hay gặp ĐM não giữa. Điểm ASPECTS trên 6 điểm là yếu tố quan trọng giúp chỉ định can thiệp. Lấy huyết khối điều trị BN TMN cấp do tắc nhánh lớn tại Bệnh viện 108 có tỷ lệ tái thông cao, tỷ lệ cải thiện chức năng thần kinh tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quang Anh, Vũ Đăng Lưu, Trần Anh Tuấn. (2013), *Đánh giá hiệu quả bước đầu của phương pháp lấy huyết khối bằng stent Solitaire ở*

các bệnh nhân nhồi máu não tối cấp. Tạp chí điện quang, số 14.

2. Nguyễn Văn Tuyền, Nguyễn Hoàng Ngọc, Lê Văn Trường (2016), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hiệu quả điều trị lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học ở bệnh nhân tắc cấp tính nhánh lớn động mạch trong sọ*. Tạp chí nghiên cứu Y Dược lâm sàng 108, số..., tr.
3. Behme, D., A. Kowoll, A. Mpotsaris, et al. (2016), *Multicenter clinical experience in over 125 patients with the Penumbra Separator 3D for mechanical thrombectomy in acute ischemic stroke*. J Neurointerv Surg. 8(1): 8-12.
4. Broderick, J.P., Y.Y. Palesch, A.M. Demchuk, et al. (2013), *Endovascular therapy after intravenous t-PA versus t-PA alone for stroke*. N Engl J Med. 368(10): 893-903.
5. Ciccone, A., L. Valvassori, and S.E. Investigators (2013), *Endovascular treatment for acute ischemic stroke*. N Engl J Med. 368(25): 2433-2434.
6. Mpotsaris, A., M. Bussmeyer, and W. Weber (2014), *Mechanical thrombectomy with the penumbra 3D separator and lesional aspiration: technical feasibility and clinical outcome*. Clin Neuroradiol. 24(3): 245-250.
7. Nogueira, R.G., H.L. Lutsep, R. Gupta, et al. (2012), *Trevo versus Merci retrievers for thrombectomy revascularisation of large vessel occlusions in acute ischaemic stroke (TREVO 2): a randomised trial*. Lancet. 380(9849): 1231-1240.

NGHIÊN CỨU VAI TRÒ CHUỖI XUNG TUỖI MÁU GẮNG SỨC CỘNG HƯỞNG TỪ TIM TRONG CHẨN ĐOÁN BỆNH TIM THIẾU MÁU CỤC BỘ

Nguyễn Khôi Việt*, Nguyễn Ngọc Tráng*,
Lê Thị Thùy Liên*, Hoàng Thị Vân Hoa*,
Phùng Bảo Ngọc*, Phạm Minh Thông*, Nguyễn Quốc Dũng**

TÓM TẮT

Mục đích: Mô tả tổn thương bệnh tim thiếu máu cục bộ trên cộng hưởng từ và đánh giá giá trị của MRI so với chụp động mạch vành (ĐMV) cản quang. **Phương pháp:** 32 bệnh nhân (65.34±11,09 tuổi, 21 nam) nghi ngờ BTTMCB được chụp cộng hưởng từ (CHT) tim bằng máy 1.5 Tesla đánh giá tìm về hình thái, chức năng, thời gian chụp. Tuổi máu gắng sức với Adenosin 6mg/2ml, truyền 140 mcg/kg/phút và thuốc cản từ Gadonilium, chụp thì STRESS, REST và ngâm thuốc muộn từ đó đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu so với chụp ĐMV cản quang (hẹp có ý nghĩa > 50%). **Kết quả:** Thời gian chụp trung bình/ BN là: 44,84± 9 phút, EF trung bình: 45,22± 16,28%, giảm vận động thành tim 43,8%, vô động 28,1%. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo của chuỗi xung tưới máu

dựa trên BN cao lần lượt 92,3%; 83,3%; 96%; giá trị dự báo dương tính trung bình 71,4%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$) giữa tình trạng khiếm khuyết tưới máu với các mức độ hẹp mạch vành tương ứng từng nhánh mạch vành LAD, RCA, LCx. **Kết luận:** Chụp CHT tim chuỗi xung tưới máu với Adenosine có độ nhạy, độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán BTTMCB.

SUMMARY

DIAGNOSTIC PERFORMANCE OF STRESS PERFUSION CARDIOVASCULAR MAGNETIC RESONANCE FOR DETECTION OF ISCHEMIA HEART DISEASE

Objective: Evaluation of the diagnostic of stress perfusion cardiovascular magnetic resonance for the diagnosis of significant obstructive coronary artery disease in comparison to invasive coronary angiography. **Material and Methods:** 32 patients with suspected ischemic heart disease/ 21 males (65,6%) with mean age: 65.34±11,09 year underwent 1,5 Tesla CMR including cine, short axis to evaluate EF, EDV, ESV, stress PERF (adenosine 140µg/min/kg), rest PERF (SSFP, 3 short axis, 1 saturation prepulse per slice) and

*Khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh Viện Bạch Mai,
**Khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh Viện Hữu Nghị
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Khôi Việt
Email: drnguyenkhoiviet@gmail.com
Ngày nhận bài: 10.01.2018
Ngày phản biện khoa học: 28.2.2018
Ngày duyệt bài: 9.3.2018

LGE (3D inversion recovery technique) using Gd-BOPTA. Images were analyzed visually. Stenosis > 50% in invasive angiography was considered significant. Results: Mean study time was: 44.84±9 minutes, EF: 45.22± 16.28%, Hypokinesia: 43,8%, Akinesia: 28,1%. The overall patient-based analysis demonstrated a high sensitivity, specificity and PPV for perfusion was 92,3%; 83,3%; 96% and moderate NPV 71,4%. A good relation ($p<0.05$) between deficit perfusion state correlation with coronary stenosis of LAD, RCA, LCx. **Conclusion:** Stress perfusion CMR with Adenosine is highly sensitive and specificity for detection of coronary artery disease.

Key words: Cardiac Magnetic Resonance (CMR), diagnose, coronary artery disease, ischemia heart disease (IHD), coronary artery, perfusion, Adenosine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ (BTTMCB) hay bệnh động mạch vành (ĐMV) là bệnh thường gặp ở những nước phát triển và có xu hướng gia tăng ở những nước đang phát triển, nguyên nhân chính gây tử vong cho các bệnh nhân tim mạch.

Để chẩn đoán tình trạng hẹp tắc ĐMV có một số phương pháp chẩn đoán hình ảnh như chụp CLVT đa dây, chụp ĐMV qua da... trong đó chụp ĐMV qua da là tiêu chuẩn vàng trong đánh giá tình trạng hẹp tắc ĐMV, tuy nhiên đây là biện pháp xâm lấn và không thể đánh giá tình trạng cơ tim phía sau vị trí hẹp tắc ĐMV. Để phát hiện ảnh hưởng cơ bóp và tưới máu cơ tim phía sau (hậu quả của hẹp ĐMV) thì phải sử dụng các phương pháp như điện tâm đồ, siêu âm, chụp xạ hình tưới máu (SPECT). Với một tổn thương hẹp ĐMV có ý nghĩa (>50% đường kính), thậm chí hẹp tới >70% đường kính thì tưới máu cơ tim ở thì nghỉ có thể vẫn bình thường, để có thể phát hiện thiếu máu cơ tim giai đoạn sớm phải sử dụng gắng sức. Rất nhiều nghiên cứu trên thế giới chỉ ra, chụp CHT tưới máu cơ tim gắng sức có độ nhạy và độ đặc hiệu trong chẩn đoán cao tương đương với xạ hình tưới máu gắng sức (exercise SPECT) và siêu âm gắng sức (stress echocardiography), trong đó giá trị chẩn đoán cao hơn rõ so với điện tâm đồ gắng sức. Ngoài ra, chụp CHT tim còn là một phương pháp an toàn, không xâm lấn, đồng thời có thể đánh giá chức năng tim và tình trạng sống còn cơ tim trong cùng một lần thăm khám với tưới máu cơ tim. Ở Việt Nam, chỉ có một số ít trung tâm thực hiện được kỹ thuật chụp cộng hưởng từ tưới máu gắng sức. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Nghiên cứu vai trò chuỗi xung tưới máu gắng sức cộng hưởng từ tim trong chẩn đoán bệnh tim thiếu máu cục bộ*" với hai mục tiêu sau: 1. Khảo sát các tổn thương cơ tim trong bệnh tim thiếu máu cục bộ. 2. Đánh giá liên quan

giữa các tổn thương trên cộng hưởng từ với mức độ tổn thương mạch vành để tiên lượng điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. *Đối tượng:* Bao gồm các bệnh nhân nghi ngờ bệnh BTTMCB, được khám, điều trị nội trú tại bệnh viện Bạch Mai, được tiến hành chụp CHT tim và chụp ĐMV qua da.

2.1.2. *Tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ đối tượng nghiên cứu*

Tiêu chuẩn chọn lựa: Bệnh nhân có 1 trong các tiêu chuẩn sau:

- Chúng tôi chọn vào nghiên cứu tất cả các bệnh nhân nghi ngờ BTTMCB được tiến hành chụp CHT tim và chụp ĐMV qua da.

- Khoảng thời gian tiến hành khảo sát giữa hai phương pháp không quá một tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân chống chỉ định với thuốc gằng sức Adenosine.

- Bệnh nhân chống chỉ định với CHT: đặt máy tạo nhịp, dị ứng thuốc đối quang từ, chứng sợ bị nhốt kín, không nằm ngửa được.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- Thời gian tiến hành nghiên cứu: từ năm 2013 đến năm 2014.

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Bạch Mai và Phòng can thiệp tim mạch viện tim mạch bệnh viện Bạch Mai.

- Phương tiện nghiên cứu: Máy chụp CHT Avanto 1,5 Tesla (Siemens), máy CHT Ingenia 1,5 Tesla (Phillips) có phần mềm xử lý hình ảnh tim chuyên dụng. Máy chụp ĐMV cản quang (Phillips, Toshiba) tại đơn vị tim mạch can thiệp Viện Tim mạch.

2.3. Quy trình nghiên cứu

2.3.1. Quy trình chụp cộng hưởng từ tim

- Định vị nhiều mặt phẳng.
- Đánh giá hình thái: chuỗi xung máu trắng và máu đen.

- Chuỗi xung xinê 2 buồng, 3 và 4 buồng đánh giá vận động vùng, chức năng thất.

- Chuỗi xung tưới máu gắng sức (stress perfusion): truyền liên tục Adenosine với liều 140µg/kg/phút trong 3 phút, sau đó bơm Gadolinium 0,075mmol/kg thu tín hiệu tưới máu cơ tim liên tục trên các mặt phẳng trục dài và trục ngắn (đáy, giữa và mỏm tim).

- Tưới máu ở thì nghỉ (rest perfusion): tiêm Gadolinium lần 2 với liều lượng tương tự lần 1, sau khi tiêm ở thì gắng sức 10 phút với các mặt phẳng tương tự ở thì gắng sức.

- Chụp chuỗi xung đánh giá ngấm thuốc muộn.

2.3.2. Các bước đọc kết quả

- Đánh giá vận động vùng, đo chức năng tâm thu thất trái (CNTTTT).

- Đánh giá thiếu máu cơ tim: phối hợp giữa hình ảnh 2 pha: pha gắng sức và pha nghỉ, vùng không ngấm thuốc trong pha gắng sức nhưng lại ngấm thuốc trong pha nghỉ chính là vùng thiếu máu. Định lượng vùng thiếu máu theo thang điểm theo phân vùng thất trái (16/17 vùng). Số điểm sẽ được tính tổng 16 vùng/16. Nếu tim bình thường: điểm = 1, nếu có thiếu máu điểm >1. Sau đó tổng hợp kết quả của các thành phần trong toàn bộ quá trình chụp CHT tim để kết luận về phân vùng thiếu máu theo phân vùng tưới máu của động mạch tương ứng (ĐM liên thất trước-LAD: vùng 1,2,7,8,13,14,17; ĐM vành phải-RCA: vùng 3,4,9,10,15; ĐM mũ-Lcx: vùng 5,6,11,12,16 theo phân vùng của AHA/ACC). Tiến hành tổng hợp, phân tích để đưa ra kết luận cuối cùng về tổn thương thiếu máu tương ứng 3 nhánh lớn động mạch vành: RCA, LAD, Lcx.

2.3.3. Đối chiếu kết quả đọc với chụp động mạch vành: Phân tích số liệu theo thuật toán thống kê SPSS 18.0: không hẹp (không hẹp hoặc hẹp không có ý nghĩa < 50% đường kính lòng động mạch vành), có hẹp (hẹp có ý nghĩa ≥50%). Từ đó tính ra độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác cho từng đoạn mạch vành và chung cả hệ mạch vành.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi nghiên cứu 32 bệnh nhân sử dụng tưới máu gắng sức dùng Adenosine.

3.1. Các thông số chung của bệnh nhân

Thông số	X ± s
Tuổi (năm)	65.34±11,09

3.2.2. Đặc điểm hình ảnh tưới máu liên quan từng nhánh mạch vành

Tưới máu	Chung		LAD		RCA		LCx	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Giảm tưới máu	25	78,1	20	62,5	11	34,4	9	28,1
Bình thường	7	21,9	12	37,5	21	65,6	23	71,9
Tổng	32	100	32	100	32	100	32	100

Nhận xét: Giảm tưới máu có 25/32 BN chiếm 78,1%. Trong 3 nhánh mạch vành, LAD là nhánh ĐM có tình trạng thiếu tưới máu nhiều nhất 62,5%.

3.3. Mối liên quan giữa kết quả chụp CHT tim với kết quả chụp động mạch vành cản quang**3.3.1. Giá trị chuỗi xung tưới máu với tổn thương động mạch vành (n=36)**

Chụp ĐMV	Hẹp ĐMV ≥ 50%	Không hẹp ĐMV hoặc hẹp <50%	Tổng
Tưới máu			
Dương tính	24	1	25
Âm tính	2	5	7
Tổng	26	6	36

Se: 92,3%, Sp: 83,3%, PPV: 96 %, NPV: 71,4%.

Giới (nam/nữ)	21/11(65,6/34,4%)
BMI	22,8±2,83
Đau ngực điển hình/ không điển hình/ không đau ngực	37,5/56,2/6,3%
Yếu tố nguy cơ	
Tăng huyết áp	65,6%
Hút thuốc lá	34,4%
Rối loạn lipid máu	15,6%
Đái tháo đường	15,6%
Tiền sử nhồi máu cơ tim	25,0%
Tiền sử tai biến mạch máu não	6,2%
Kết quả chụp ĐMV cản quang	
Hẹp <50%/≥50%	6/26 (18,8%/81,2%)

Nhận xét: Đa số là BN lớn tuổi trong đó nam nhiều hơn nữ. Có 37,5 % bệnh nhân đau ngực điển hình, 56,2% BN đau ngực không điển hình.

3.2. Đặc điểm hình ảnh trên cộng hưởng từ tim: 32 bệnh nhân đều được chụp đủ cả chương trình tưới máu gắng sức sử dụng Adenosine và sống còn cơ tim với thời gian chụp trung bình: 44,84 ± 9,006 phút. Không có bệnh nhân bị tai biến nặng nào trong và sau quá trình truyền thuốc gắng sức.

3.2.1. Chức năng thất trái và vận động thành trên CHT tim

- Chức năng tâm thu thất trái (EF) trên CHT trung bình là 45,22±16,28%, trên siêu âm tim là 44,36±11,64, với hệ số p=0,736, sự khác biệt giữa hai phương pháp không có ý nghĩa thống kê.

- 41,4% BN có EF giảm, trong đó 38,6% có EF giảm nặng (EF<40%) đến rất nặng (EF<30%).

- 71,9% BN có rối loạn vận động thành thất trái trên CHT trong đó giảm động có 14 BN (43,8%), vô động 9 BN (28,1%).

Nhận xét: Độ nhạy và giá trị dự đoán dương tính của chuỗi xung tưới máu đối chiếu với chụp động mạch vành qua da cao

3.3.2. Liên quan tình trạng tưới máu với mức độ hẹp ĐMV phải

Tưới máu	ĐMV phải			Tổng
	< 50%	50-70	>70%	
Bình thường	17(53,1%)	1(3,1%)	3(9,4%)	21(65,6%)
Giảm tưới máu	0(0%)	1(3,1%)	10(31,3%)	11(34,4%)
Tổng	17(53,1%)	2(6,3%)	13(40,6%)	32(100.0%)

Nhận xét: Nhánh ĐMV phải có tình trạng giảm tưới máu chiếm 11/32 BN (34,4%), trong đó số BN giảm tưới máu có tình trạng hẹp mạch vành > 70% là 13 BN chiếm 40,6%. ($p<0,05$)

3.3.3. Liên quan tình trạng tưới máu với mức độ hẹp ĐM liên thất trước

Tưới máu	ĐM liên thất trước			Tổng
	< 50%	50-70	>70%	
Bình thường	9(28,1%)	1(3,1%)	2(6,3%)	12(37,5%)
Giảm tưới máu	0(0%)	1(3,1%)	19	20(62,5%)
Tổng	9(28,1%)	2(6,3%)	21(65,6%)	32(100.0%)

Nhận xét: Nhánh ĐM liên thất trước có tình trạng giảm tưới máu chiếm 20/32 BN (62,5%), trong đó số BN có tình trạng hẹp mạch vành > 70% là 21 BN chiếm 65,7% ($p<0,01$)

3.3.4. Liên quan tình trạng tưới máu với mức độ hẹp ĐM mũ

Tưới máu	ĐM mũ			Tổng
	< 50%	50-70	>70%	
Bình thường	20(62,5%)	1(3,1%)	2(6,3%)	23(71,9%)
Giảm tưới máu	1(3,1%)	0(0%)	8	9(28,1%)
Tổng	21(65,6%)	1(3,1%)	10(31,3%)	32(100.0%)

Nhận xét: Nhánh ĐM mũ có tình trạng giảm tưới máu ít nhất chiếm 9/32 BN (28,1%), trong đó số BN có tình trạng hẹp mạch vành > 70% là 10 BN chiếm 31,3%. ($p<0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm hình ảnh: Thời gian chụp trung bình 1 BN là 44.84 ± 9 phút, thời gian chụp ngắn nhất là 28 phút, dài nhất là 78 phút. Thời gian chụp phụ thuộc chủ yếu vào chụp các xung trước gắng sức, đánh giá các mặt phẳng của tim, các chuỗi xung Cine, phụ thuộc vào độ nín thở của BN.

Với phần mềm tích hợp sẵn trong máy, chức năng tâm thu thất trái gồm có phân suất tổng máu (EF), thể tích cuối tâm thu (ESV), thể tích thất trái cuối tâm trương (EDV), kết quả trung bình là EF: $45,22 \pm 16,28\%$. Trên siêu âm tim, EF: $44,36 \pm 11,64\%$. So sánh với siêu âm tim sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Lê Thị Thùy Liên [7] EF: $48.95 \pm 18.55\%$, tuy nhiên thấp hơn so với một số tác giả nước ngoài. Hiện nay, đo CNTT trên CHT được coi là tiêu chuẩn quy chiếu.

Hình ảnh tưới máu thu được trên CHT có được do kết hợp chuỗi xung tưới máu khi nghỉ và tưới máu trong pha gắng sức với Adenosine liều $140\mu\text{g/kg/phút}$ kéo dài trong 3 phút. Chúng tôi thực hiện tưới máu gắng sức với Adenosine trong cả 32 bệnh nhân và không có biến chứng nào lớn được ghi nhận khi truyền thuốc. Điều này là do chúng tôi đã lựa chọn bệnh nhân một cách cẩn thận, không có chống chỉ định, giải

thích bệnh nhân trước khi làm nghiệm pháp, kỹ thuật đảm bảo tốt. Các nghiên cứu khác cũng nhận thấy sự an toàn trong kỹ thuật gắng sức với Adenosine. Năm 2010, Theodoros đã nghiên cứu 98 BN có gắng sức với Adenosine trong chẩn đoán bệnh mạch vành với liều tiêu chuẩn là $140\mu\text{g/kg/phút}$, kết luận về vai trò Adenosine trong kỹ thuật tưới máu để chẩn đoán bệnh mạch vành là an toàn và có thể áp dụng rộng rãi. Điều này cũng có thể lý giải do thời gian bán hủy của thuốc rất ngắn chỉ 4-10 giây, ngừng thuốc hết tác dụng sau 30 giây nên các triệu chứng thường thoáng qua. Chính vì vậy đây là chất được sử dụng phổ biến để đánh giá tưới máu gắng sức trên CHT. Đánh giá tình trạng giảm tưới máu của từng nhánh mạch vành, chúng tôi thấy nhánh mạch có tình trạng giảm tưới máu nhiều nhất là ĐM liên thất trước chiếm 62,5%, tiếp đến là ĐM vành phải 34,4% và ĐM mũ có tình trạng giảm tưới máu ít nhất (28,1%). Điều này phù hợp với đa số các nghiên cứu.

4.2. Giá trị chẩn đoán: Trong nghiên cứu, chúng tôi thấy độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính, giá trị dự báo âm tính lần lượt là 92,3%, 83,3%, 96% và 71,4%. Nghiên cứu của chúng tôi về vai trò của chuỗi xung tưới máu tương tự của Lê Thị Thùy Liên năm 2011 [7] khi chọn ngưỡng hẹp mạch vành có ý nghĩa là $\geq$

50% thì độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính và âm tính lần lượt là Se: 100%, Sp: 80%, PPV: 94,4 %, NPV: 100%.

So sánh với nghiên cứu đa trung tâm CEMARC do Greenwood năm 2009 thực hiện trên 750 BN đánh giá ứng dụng lâm sàng của CHT trong bệnh mạch vành, độ nhạy là 90%, trong khi đó PPV chỉ có 60%, NPV và Se của kỹ thuật tưới máu cơ tim lên đến 100%, Sp 93%, NPV 71%. Trong khi PPV của pha ngấm thuốc muộn là 79%, Se giảm xuống còn 55%. Tuy nhiên khi phối hợp 3 yếu tố chẩn đoán Se tăng lên 100%. Như vậy tưới máu gắng sức với Adenosine được coi như kỹ thuật đơn độc chính xác nhất trong CHT tim. Nghiên cứu đa trung tâm của tác giả Michele Hamon năm 2010 từ 263 tài liệu trích dẫn có 26 tài liệu được lựa chọn, với các thuốc gắng sức sử dụng là Adenosine, Dipirydamole và nicorandil, phần lớn đánh giá tưới máu dựa trên phương pháp nhìn và bán định lượng; ngưỡng hẹp mạch vành có ý nghĩa >50% thì chuỗi xung tưới máu có độ nhạy chung là 89% (từ 88-91%) độ đặc hiệu 80% (78-83%).

Kết quả ở các bảng 3.3.2, 3.3.2, 3.3.4 cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng tưới máu cơ tim trên CHT gắng sức sử dụng Adenosine với các mức độ hẹp nhánh ĐM liên thất trước và ĐMV phải và ĐM mũ ($p < 0,05$). Khi xét riêng từng nhánh mạch vành ở các mức

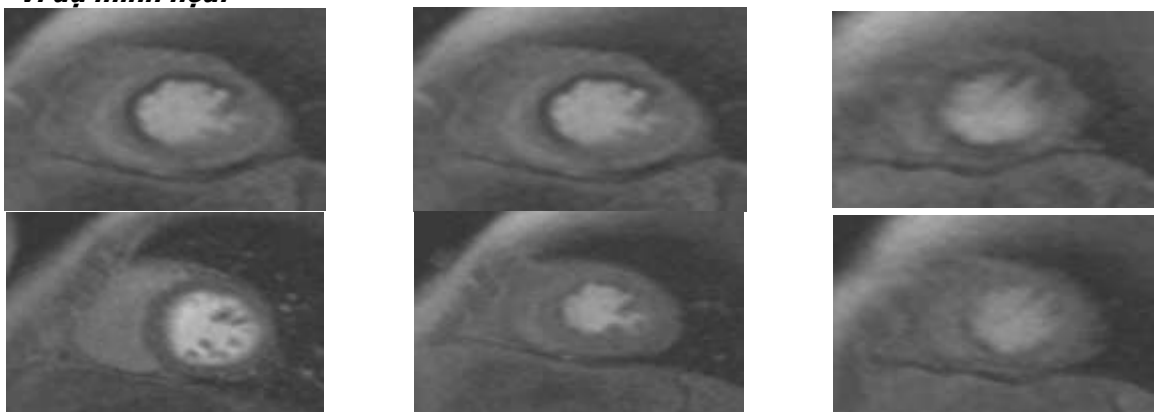
độ hẹp khác nhau, chúng tôi nhận thấy đối với ĐM liên thất trước trong 20 bệnh nhân giảm tưới máu thì có đến 19 bệnh nhân có mức độ hẹp >70%, còn đối với ĐM vành phải trong 11 bệnh nhân có giảm tưới máu có 10 bệnh nhân hẹp mạch vành > 70%. Đối với nhánh ĐM mũ 9 bệnh nhân có giảm tưới máu thì có 8 bệnh nhân hẹp mạch vành >70%.

Các bảng này cũng cho thấy có sự liên quan khá rõ nét giữa hình ảnh tưới máu bình thường và không có tình trạng hẹp mạch vành. Đối với ĐM liên thất trước trong 9 bệnh nhân không có hẹp mạch vành thì cả 9 bệnh nhân tưới máu bình thường. Đối với ĐMV phải, kết quả tương tự trong số 17 bệnh nhân có chụp mạch vành bình thường cả 17 BN đều có kết quả tưới máu bình thường. Đối với nhánh ĐM mũ, trong số 21 bệnh nhân không hẹp ĐMV, có 20 trường hợp tưới máu bình thường.

V. KẾT LUẬN

Chụp CHT tim với chuỗi xung tưới máu gắng sức có nhiều ưu điểm và giá trị chẩn đoán cao trong BTTMCB. Đây là biện pháp chẩn đoán không xâm nhập, có độ chính xác cao trong chẩn đoán thiếu máu cơ tim, đặc điểm về vận động thành, chức năng thất từ đó tiên lượng bệnh nhân phục vụ điều trị chính xác.

Ví dụ minh họa:



Hình: Minh họa hình ảnh giảm tưới máu

BN nữ, 67 tuổi, giảm tưới máu trong thì gắng sức (hàng trên), tưới máu bình thường trong thì nghỉ (hàng dưới) thành trước và trước vách tương ứng vùng cấp máu của LAD. Kết quả chụp ĐMV cản quang tắc LAD1 (mã hồ sơ: I20/1299)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Khuyến cáo của Hội tim mạch học Việt Nam** về xử trí bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính (Đau thắt ngực ổn định) (2006), tr 329-348
2. **Nguyễn Đại Hùng Linh (2009)**, Đánh giá sống còn và tưới máu cơ tim trong bệnh tim thiếu máu

cục bộ, Luận văn thạc sỹ y học, trường ĐH Y dược TP HCM

3. **Nguyễn Thị Thu Hoài (2002)**, Nghiên cứu đối chiếu phương pháp siêu âm tim stress bằng Dobutamin với chụp động mạch vành trong chẩn đoán bệnh tim thiếu máu cục bộ, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.

4. **Christoph Klein, Rolf Gebker,** Thomas Kokocinski, Stephan Dreyse¹, Bernhard Schnackenburg, Eckart Fleck and Eike Nagel (2008), "Combined magnetic resonance coronary artery imaging, myocardial perfusion and late gadolinium enhancement in patients with suspected coronary artery disease", *Journal of Cardiovascular Magnetic Resonance*; 2008, 10:45.
5. **Klein C, Nekolla SG, Bengel FM, et al (2002),** "Assessment of myocardial viability with contrast-enhanced magnetic resonance imaging: comparison with positron emission tomography", *Circulation*; 2002;105: 162–7.
6. **D Karamitsos, Ntobeko AB Ntusi (2010),** "Jane Feasibility and safety of high-dose adenosine perfusion cardiovascular magnetic resonance", *J Cardiovasc Magn Reso*;2010; 12(1): 66
7. **Lê Thị Thùy Liên,** "Bước đầu áp dụng cộng hưởng từ tim trong chẩn đoán bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính". Luận văn Bác sĩ nội trú, trường ĐHY Hà Nội, 2011.

KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VỀ BỆNH LAO/HIV CỦA BỆNH NHÂN HIV/AIDS ĐĂNG KÝ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN LAO VÀ BỆNH PHỔI TỈNH HÀ NAM NĂM 2011 - 2012

Ninh Thị Nhung¹, Lương Xuân Hiến¹, Phạm Thị Dung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kiến thức, thái độ về bệnh lao/HIV của bệnh nhân HIV/AIDS đăng ký điều trị tại bệnh viện Lao và bệnh Phổi tỉnh Hà Nam năm 2011 - 2012. **Đối tượng nghiên cứu:** Người nhiễm HIV/AIDS đăng ký quản lý điều trị tại bệnh viện Lao và bệnh Phổi tỉnh Hà Nam. **Phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp dịch tễ học mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** 80,4% bệnh nhân HIV biết bệnh lao lây theo đường hô hấp, 47,2% bệnh nhân biết nhiễm HIV là dễ nhiễm lao. Đánh giá của bệnh nhân về mức độ nguy hiểm của lao/HIV có tới 72,9% đối tượng cho là rất nguy hiểm và sự quan tâm của gia đình đối với bệnh nhân là 51,2%, của xã hội là 40,4%.

Từ khóa: HIV/AIDS, Lao, Kiến thức, Thái độ.

SUMMARY

KNOWLEDGE AND ATTITUDES ABOUT TUBERCULOSIS/HIV OF HIV/AIDS PATIENTS REGISTERED FOR TREATMENT AT HANAM TUBERCULOSIS AND LUNG DISEASE HOSPITAL IN 2011-2012

Objective: Description knowledge and attitudes about tuberculosis/HIV of HIV/AIDS patients registered for treatment at Ha Nam Tuberculosis and Lung Disease Hospital in 2011-2012. **Subject:** HIV/AIDS patients registered to manage treatment at Ha Nam Tuberculosis and Lung Disease Hospital. **Method:** Descriptive epidemiological methods via surveys horizontal. **Results:** 80.4% of HIV patients know that tuberculosis is transmitted by the respiratory tract, 47.2% know HIV infection is more likely to contract TB. Patients' perceptions of the risk of TB / HIV were as high as 72.9% of the respondents considered very dangerous and the family's concern for the patient was 51.2%, of the society was 40.4%.

Keywords: HIV/AIDS, Tuberculosis, Knowledge, Attitudes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay trên thế giới, tỷ lệ mắc bệnh lao mới không giảm mà còn gia tăng mạnh mẽ song hành với dịch nhiễm HIV/AIDS. Ở một số nước châu Phi, Đông Nam Á, châu Mỹ La tinh tỷ lệ bệnh lao đang gia tăng một cách đáng kể có

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

Tại Việt Nam theo số liệu của chương trình chống lao Quốc gia năm 2009 thì tỉ lệ đồng nhiễm lao/HIV khoảng 7%. Một số tỉnh, thành phố tỉ lệ này rất cao như: Thành phố Hồ Chí Minh: 30%, Hà Nội: 20%, Quảng Ninh: 12%, An Giang: 15%... Tại Hà Nam hàng năm chương trình chống lao của tỉnh phát hiện được 960 bệnh nhân lao mới, trong đó tỉ lệ mắc lao ở người nhiễm HIV và nguy cơ cao ngày càng tăng, năm sau nhiều hơn năm trước. Khi đồng nhiễm lao/HIV thì người nhiễm HIV được xác định là chuyển sang giai đoạn AIDS, người nhiễm lao/HIV rất khó chẩn đoán và điều trị. Tỉ lệ khởi phát, tỉ lệ tái phát và tử vong cao, khả năng kháng thuốc lớn và là nguồn lây truyền bệnh lao cực kì nguy hiểm trong cộng đồng tại Hà Nam. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả kiến thức, thái độ về bệnh lao/HIV của bệnh nhân HIV/AIDS đăng ký điều trị tại bệnh viện Lao và bệnh Phổi tỉnh Hà Nam năm 2011 - 2012.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

- *Địa điểm nghiên cứu:* Bệnh viện lao và bệnh phổi tỉnh Hà Nam

- *Đối tượng nghiên cứu:* Người nhiễm HIV/AIDS đăng ký quản lý điều trị tại bệnh viện Lao và bệnh Phổi tỉnh Hà Nam.

- *Thời gian nghiên cứu:* Nghiên cứu được thực hiện từ 6/2011 - 3/2012

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

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

b/ *Phương pháp chọn mẫu:* Chọn mẫu để mô

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Ninh Thị Nhung

Email: nhungntytb@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 28.2.2018

Ngày duyệt bài: 7.3.2018

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

2.3. Kỹ thuật áp dụng trong nghiên cứu:

Kỹ thuật phỏng vấn: Phỏng vấn trực tiếp các đối tượng nghiên cứu bằng bộ phiếu đã được chuẩn bị trước. Phiếu phỏng vấn về nhận thức, thái độ của đối tượng nghiên cứu về bệnh lao và tuân thủ điều trị INH tại các thời điểm M0, M3

2.4. Các phương pháp hạn chế sai số:

Hạn chế bằng cách tổ chức tập huấn kỹ lưỡng, thống nhất cách ghi nhận số liệu cho toàn bộ điều tra viên trước khi tiến hành nghiên cứu. Giám sát quá trình điều tra nghiên cứu. Các phiếu điều tra được làm sạch trước khi nhập vào máy vi tính.

2.5. Xử lý số liệu: Làm sạch số liệu từ phiếu. Số liệu được nhập bằng phần mềm Epi-Info 6.0. Các số liệu thu thập được xử lý theo thuật toán thống kê, sử dụng phần mềm SPSS 13.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Tỷ lệ đối tượng biết về đường lây của bệnh lao theo trình độ học vấn

Đường lây	TĐHV	Tiểu học (n=189)		THCS trở lên (n=254)		Chung (n=443)	
		SL	%	SL	%	SL	%
Hô hấp		143	75,7	213	83,9	356	80,4
Di truyền		37	19,6	22	8,66	59	13,3
Đường máu		9	4,76	8	3,15	17	3,8
Đường tiêu hoá		7	3,7	19	7,48	26	5,9

Kết quả bảng 3.1 cho thấy: Có 80,4% bệnh nhân HIV biết bệnh lao lây theo đường hô hấp, theo đường di truyền có 13,3%, các đường khác chiếm < 10%.

Bảng 3.2. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu biết những đối tượng dễ mắc lao theo trình độ học vấn

Đối tượng dễ mắc lao	TĐHV	Tiểu học (n=189)		THCS trở lên (n=254)		Chung (n=443)		p
		SL	%	SL	%	SL	%	
Người sống chung với BN lao		52	27,5	66	26,0	118	26,6	>0,05
Người nhiễm HIV/AIDS		86	45,5	123	48,4	209	47,2	>0,05
Người SDD, mắc các bệnh mạn tính		54	28,6*	121	47,6*	175	39,5	< 0,05

Kết quả bảng 3.2 cho thấy: 47,2% đối tượng nghiên cứu biết người nhiễm HIV là dễ nhiễm lao, 39,5% đối tượng cho rằng người SDD, mắc các bệnh mạn tính là những đối tượng dễ mắc lao, trong đó những người có trình độ học vấn từ THCS trở lên là 47,6%, những người có trình độ học vấn ở bậc tiểu học là 28,6% sự khác biệt với $p < 0,05$; có 26,6% cho rằng người chung sống với bệnh nhân lao là dễ mắc lao.

Bảng 3.3. Tỷ lệ đối tượng biết các cách để phòng lây nhiễm lao theo trình độ học vấn

Cách phòng	TĐHV	Tiểu học (n=189)		THCS trở lên (n=254)		Chung (n=443)	
		SL	%	SL	%	SL	%
Tiêm phòng BCG cho trẻ dưới 1 tuổi		97	51,3	140	55,1	237	53,5
Điều trị dự phòng bằng INH		58	30,7	113	44,5	171	38,6
Điều trị khỏi bệnh, xóa bỏ nguồn lây		9	4,76	14	5,51	23	5,2
Không biết		26	13,8	3	1,18	29	6,5

Kết quả bảng 3.3 cho thấy: Tỷ lệ bệnh nhân HIV biết cách để phòng lây nhiễm lao là tiêm BCG cho trẻ em chiếm tỷ lệ 53,5%, điều trị dự phòng INH chiếm 38,6%, điều trị khỏi bệnh xóa bỏ nguồn lây và không biết chiếm tỷ lệ thấp 5,2% và 6,5%.

Bảng 3.4. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu biết các triệu chứng nghi ngờ mắc lao

Triệu chứng	TĐHV	Tiểu học (n=189)		THCS trở lên (n=254)		Chung (n=443)	
		SL	%	SL	%	SL	%
Ho kéo dài trên 2 tuần		42	22,2	62	24,4	104	23,5
Khạc đờm		106	56,1	172	67,7	278	62,8
Gầy sút cân		37	19,6	55	21,7	92	20,8
Sốt nhẹ về chiều		16	8,5*	67	26,4*	83	18,7

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

Kết quả bảng 3.4 cho thấy: Tỷ lệ bệnh nhân biết dấu hiệu khạc đờm là triệu chứng nghi mắc lao chiếm tỷ lệ cao nhất 62,8%; ho kéo dài trên 2 tuần chiếm 23,5%, gầy sút cân chiếm 20,8%, sốt nhẹ về chiều chiếm 18,7%.

Bảng 3.5. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu biết nơi điều trị lao theo trình độ học vấn

Nơi điều trị	Tiểu học(n=189)		THCS trở lên(n=254)		Chung(n=443)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Tại nhà	10	5,3	18	7,1	28	6,3
Trạm y tế	12	6,4	13	5,1	25	5,6
Bệnh viện lao	162	85,7	220	86,6	382	86,3
Y tế tư nhân	5	2,6	3	1,2	8	1,8

Kết quả bảng 3.5 cho thấy những người có trình độ từ trung học cơ sở trở lên biết nơi điều trị lao tại nhà và bệnh viện lao chiếm tỷ lệ cao hơn những người có trình độ tiểu học.

Bảng 3.6. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu biết thời gian điều trị lao theo trình độ học vấn

Thời gian	Tiểu học(n=189)		THCS trở lên(n=254)		Chung(n=443)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
3 tháng	29	15,3	39	15,4	68	15,4	>0,05
6 tháng	71	37,6*	160	63,0*	231	52,1	< 0,05
9 tháng	5	2,6	18	7,1	23	5,2	>0,05
12 tháng	6	3,2	6	2,4	12	2,7	>0,05
Không biết	78	41,3*	31	12,1*	109	24,6	< 0,05

Kiến thức của bệnh nhân về thời gian điều trị lao tại bảng 3.6 cho thấy thời gian điều trị lao 6 tháng chiếm tỷ lệ cao 52,1%, đặc biệt những người có trình độ học vấn THCS chiếm tỷ lệ là 63% cao hơn những người có trình độ học vấn ở mức tiểu học sự khác biệt với $p < 0,05$. Biết thời gian điều trị lao là 3 tháng chiếm 15,4% và 9-12 tháng chiếm tỷ lệ thấp. Có tới 24,6% bệnh nhân không biết thời gian điều trị lao.

Bảng 3.7. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu biết thời gian điều trị dự phòng lao

Thời gian	Tiểu học(n=189)		THCS trở lên(n=254)		Chung(n=443)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
6 tháng	25	13,2	48	18,9	73	16,5	>0,05
9 tháng	69	36,5	150	59,1	219	49,4	>0,05
12 tháng	4	2,12	2	0,79	6	1,4	>0,05
Không biết	91	48,1*	54	21,3*	145	32,7	<0,05

Kiến thức của bệnh nhân về thời gian điều trị dự phòng lao được thể hiện tại bảng 3.7 cho thấy thời gian 9 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất 49,4%; 6 tháng chiếm 16,5%, 12 tháng chiếm 1,4%; có tới 32,7 bệnh nhân không biết thời gian điều trị dự phòng lao.

Bảng 3.8. Một số hiểu biết về bệnh lao/HIV của đối tượng nghiên cứu

Hiểu biết	Tiểu học (n=189)		THCS trở lên(n=254)		Chung(n=443)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Nhiễm HIV dễ mắc lao	120	63,5*	218	85,8*	338	76,3	<0,05
Nhiễm HIV cần điều trị dự phòng lao	73	38,6*	181	71,3*	254	57,3	<0,05

Tìm hiểu kiến thức của bệnh nhân về bệnh lao/HIV kết quả bảng 3.8 cho thấy: số đối tượng biết nhiễm HIV dễ mắc lao chiếm tỷ lệ 76,3%, nhiễm HIV cần điều trị dự phòng lao chiếm 57,3%.

Bảng 3.9. Thái độ của đối tượng nghiên cứu về dự phòng lao cho người nhiễm HIV

Thái độ	Tiểu học(n=189)		THCS trở lên(n=254)		Chung(n=443)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Cần dự phòng	67	35,4	200	78,7	267	60,3	<0,05
Không cần	54	28,6	32	12,6	86	19,4	>0,05
Không biết	68	36,0	22	8,7	90	20,3	<0,05

Kết quả bảng 3.9 cho thấy: trên 60% số bệnh nhân cho rằng cần dự phòng điều trị lao cho người nhiễm HIV không biết chiếm 20,3% và không cần là 19,4%.

Bảng 3.10 Thái độ của đối tượng nghiên cứu về tuyên truyền điều trị dự phòng lao cho người nhiễm HIV

Thái độ	Tiểu học(n=189)		THCS trở lên(n=254)		Chung(n=443)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Cần thiết	83	43,9	160	63,0	243	54,9
Không cần	5	2,65	4	1,5	9	2,0
Không biết	74	39,2	53	20,9	127	28,7
Không trả lời	27	14,3	37	14,6	64	14,4

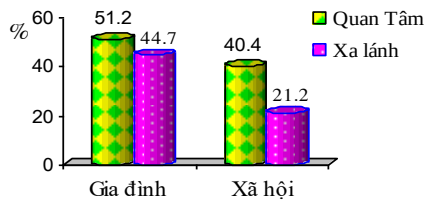
Kết quả bảng 3.10 cho thấy thái độ của bệnh nhân về việc tuyên truyền điều trị dự phòng lao cho đối tượng nhiễm HIV ở mức cần thiết chiếm tỷ lệ cao nhất 54,9%, không biết chiếm 28,7%; không

trả lời: 14,4%, không cần chiếm 2%.

Bảng 3.11. Đánh giá của đối tượng nghiên cứu về đồng nhiễm HIV/lao

Đánh giá	Tiểu học(n=189)		THCS trở lên(n=254)		Chung(n=443)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Rất nguy hiểm	135	71,4	188	74,0	323	72,9
Nguy hiểm	49	25,9	60	23,6	109	24,6
Không nguy hiểm	5	2,7	6	2,4	11	2,5

Đánh giá của bệnh nhân về mức độ nguy hiểm của đồng nhiễm lao/HIV kết quả bảng 3.11 cho thấy: Bệnh nhân đánh giá ở mức độ rất nguy hiểm chiếm tỷ lệ cao nhất 72,9%, sau đó đến nguy hiểm là 24,6%, không nguy hiểm là 2,5%.



Biểu đồ 3.1. Đánh giá của đối tượng nghiên cứu về sự quan tâm của gia đình và xã hội về bệnh lao/HIV

Kết quả biểu đồ 3.1 cho thấy: Gia đình quan tâm tới bệnh nhân lao/HIV cao hơn xã hội (51,2% và 40,4%). Bệnh nhân lao/HIV cũng đánh giá xã hội xa lánh họ chiếm tỷ lệ thấp hơn gia đình (21,2% và 44,7%).

IV. BÀN LUẬN

Khảo sát về kiến thức, thái độ về bệnh lao/HIV của bệnh nhân HIV Kết quả Bảng 3.1 cho thấy: Có 80,4% bệnh nhân HIV biết bệnh lao lây theo đường hô hấp, theo đường di truyền có 13,3% người biết, các đường khác chiếm < 10%.

Điều trị dự phòng INH cho bệnh nhân HIV trong nghiên cứu này là điều trị ngoại trú và chỉ thực hiện đối với bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lâm sàng và xét nghiệm nên bệnh nhân được tư vấn đầy đủ để điều trị INH và sẵn sàng điều trị theo đúng các bước qui định.

Tuân thủ điều trị thể hiện sự hiểu biết về lao/HIV, điều trị dự phòng lao (INH), tầm quan trọng của tuân thủ điều trị, cách sử dụng thuốc, tác dụng phụ thường gặp, hướng xử trí, thể hiện sự hiểu biết về đường lây truyền, đối tượng, cách đề phòng, các triệu chứng nghi ngờ lao, thời gian điều trị dự phòng. Đối chiếu các tiêu chuẩn trên qua kết quả nghiên cứu bảng 3.1, 3.2, 3.3 cho thấy: Có 80,4% bệnh nhân HIV biết bệnh lao lây theo đường hô hấp. Tỷ lệ bệnh nhân HIV biết cách đề phòng lây nhiễm lao là điều trị dự phòng INH chiếm 38,6%. 47,2% đối tượng biết người nhiễm HIV là dễ nhiễm lao.

Kết quả Bảng 3.4 cho thấy: Tỷ lệ bệnh nhân biết dấu hiệu đặc trưng là triệu chứng nghi mắc lao chiếm tỷ lệ cao nhất 62,8%; ho kéo dài trên 2 tuần chiếm 23,5%, gây sút cân chiếm 20,8%, sốt nhẹ về chiều chiếm 18,7%.

Tìm hiểu kiến thức của bệnh nhân về nơi điều trị lao kết quả bảng 3.5 cho thấy: bệnh nhân biết nơi điều trị lao là bệnh viện lao chiếm tỷ lệ cao nhất 86,3%, tại nhà 6,3%, tại Trạm y tế chiếm 5,6%, y tế tư nhân chỉ có 1,8%. Đặc biệt kiến thức của bệnh nhân về thời gian điều trị lao tại Bảng 3.6 cho thấy thời gian điều trị lao 6 tháng chiếm tỷ lệ cao 52,1%, đặc biệt những người có trình độ văn hóa THCS chiếm tỷ lệ là 63% cao hơn những người có trình độ văn hóa ở mức tiểu học sự khác biệt với $p < 0,05$. Biết thời gian điều trị lao là 3 tháng chiếm 15,4% và 9-12 tháng chiếm tỷ lệ thấp. Có tới 24,6% bệnh nhân không biết thời gian điều trị lao

Qua kết quả nghiên cứu này cho thấy việc phổ biến luật phòng chống HIV trong nhóm người nhiễm HIV cũng như trong cộng đồng còn rất hạn chế. Luật phòng chống HIV/AIDS ghi rõ về nghĩa vụ và quyền lợi của người nhiễm HIV, người nhiễm HIV có quyền sống hòa nhập với cộng đồng và xã hội, được điều trị và chăm sóc sức khỏe, học văn hóa, học nghề và làm việc, được giữ bí mật riêng tư liên quan đến HIV/AIDS. Tuy nhiên người nhiễm HIV cũng phải hiểu các nghĩa vụ như thực hiện các biện pháp phòng lây nhiễm HIV sang người khác, thông báo kết quả xét nghiệm HIV của mình cho vợ, chồng, hoặc cho người chuẩn bị kết hôn với mình[1],[2].

Tuân thủ điều trị đúng quyết định phần lớn thành công điều trị, bệnh nhân phải biết cách sử dụng thuốc, nhớ rõ lịch lĩnh thuốc, lịch hẹn tái khám, bệnh nhân biết cách xử trí khi gặp khó khăn.

V. KẾT LUẬN

- Có tới 80,4% bệnh nhân HIV biết bệnh lao lây theo đường hô hấp, 47,2% bệnh nhân biết nhiễm HIV là dễ nhiễm lao, 53,5% bệnh nhân biết phòng lây nhiễm lao là tiêm BCG; 62,8% bệnh nhân biết dấu hiệu đặc trưng là dấu hiệu nghi lao.

- 86,3% bệnh nhân biết nơi điều trị lao là Bệnh viện Lao, 52,1% bệnh nhân cho là điều trị lao có thời gian là 6 tháng và 49,4% bệnh nhân

biết thời gian điều trị dự phòng lao là 9 tháng.

- Đánh giá của bệnh nhân về mức độ nguy hiểm của lao/HIV có tới 72,9% đối tượng cho là rất nguy hiểm và sự quan tâm của gia đình đối với bệnh nhân là 51,2%, của xã hội là 40,4%.

KHUYẾN NGHỊ

1. Cần tuyên truyền về bệnh lao và phòng chống lao một cách thường xuyên với nhiều hình thức khác nhau cho người dân nói chung và người nhiễm HIV nói riêng.

2. Cần có sự phối hợp giữa các đơn vị trong ngành y tế đặc biệt trong Tiểu ban điều phối lao/HIV của Sở Y tế theo Quyết định số 3116 của Bộ Y tế về hoạt động lồng ghép lao/HIV trong việc chỉ đạo công tác phòng chống lao và phòng chống HIV/AIDS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Như Nguyên và Nguyễn Trọng Thắng (2002)**, "Đặc điểm cơ cấu nhiễm HIV/AIDS tại thành phố Hải Phòng 2002-2003", *Tạp chí Y Dược học quân sự*, 30(1), tr. 42-48.
2. **Đào Xuân Vinh (2009)**, "Thực trạng hoạt động tư vấn xét nghiệm tự nguyện phòng chống HIV/AIDS tại 20 tỉnh, thành phố thuộc dự án quỹ toàn cầu năm 2006-2007", *số 1 chuyên đề hình thái học chào mừng 60 năm ngày truyền thống học viện Quân Y, tập 34*, tr. 108-113.
3. **Agizew T.B, Arwady M.A, Yoon J.C et al (2009)**, "Tuberculosis in asymptomatic HIV-infected adults with abnormal chest radiographs screened for tuberculosis prevention", *Int J Tuberc Lung Dis*, 14(1), pp. 45-51.
4. **Nicholas S, Sabapathy K, Ferreyra C et al (2011)**, "Incidence of tuberculosis in HIV-infected patients before and after starting combined antiretroviral therapy in 8 sub-Saharan African HIV programs", *J Acquir Immune Defic Syndr*, 57(4), pp. 311-318.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH HỌC CỦA CHẢY MÁU TIỂU NÃO

Võ Hồng Khôi*, Nguyễn Thị Mai Phương**

Từ khóa: chảy máu tiểu não

SUMMARY

THE RELATION BETWEEN CLINICAL AND RADIOLOGICAL SYMPTOMS OF CEREBELLAR HEMORRHAGE

Grounds: Nowadays, radiology plays an important role not only in diagnosis but also in damage degree and complication of cerebellar hemorrhage. Neurologists can rely on results of radiological diagnosis and the clinical course for prognosis and selecting appropriate treatment method for each patient. **Aims:** To study the relation between clinical and radiological symptoms of cerebellar hemorrhage. **Methods:** We selected in-patients at the Neurology Department of Bach Mai Hospital, with final diagnosis as cerebellar hemorrhage from January 2013 to August 2015. The method of descriptive, cross-sectional, retrospective and prospective study was applied. **Results:** There was a strong correlation between hematoma size and consciousness disorder ($P < 0.05$); In case with the size of hematoma is greater than 3 cm, patients usually comatose with Glasgow Coma Scale of less than 8; Most of patients (69.8%) underwent CT scans in the first three days of the disease; There was a close correlation between hydrocephalus and clinical consciousness disorder ($p < 0.05$). **Conclusions:** Greater size of hematoma was, worse patient consciousness was especially in case of over-3 cm hematoma. With hydrocephalus on scans, consciousness disorder of patient was more serious.

Keywords: Cerebellar hemorrhage.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong nền y học hiện đại, các phương pháp chẩn đoán hình ảnh đóng vai trò quan trọng trong thực hành lâm sàng, giúp ích rất nhiều cho

TÓM TẮT

Cơ sở: Trong nền y học hiện đại, các phương pháp chẩn đoán hình ảnh có vai trò chẩn đoán định khu, mức độ tổn thương và các biến chứng của chảy máu tiểu não. Người thầy thuốc dựa vào những biến đổi trên chẩn đoán hình ảnh và diễn biến lâm sàng để tiên lượng tình trạng bệnh cũng như lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp cho từng bệnh nhân. **Mục tiêu:** Tìm hiểu mối liên quan giữa triệu chứng lâm sàng và hình ảnh học của chảy máu tiểu não.

Phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi lựa chọn vào nghiên cứu những bệnh nhân điều trị nội trú tại Khoa Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai, có chẩn đoán cuối cùng khi ra viện là chảy máu tiểu não từ tháng 1 năm 2013 đến tháng 8 năm 2015. Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu và tiền cứu. **Kết quả:** Có sự liên quan chặt chẽ giữa kích thước khối máu tụ với tình trạng rối loạn ý thức ($P < 0,05$): với khối máu tụ trên 3 cm bệnh nhân có điểm hôn mê Glasgow dưới 8 điểm; đa phần (69,8%) bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính sọ não trong ba ngày đầu tiên của bệnh; có sự liên quan giữa biến chứng tràn dịch não trên hình ảnh học tình trạng lâm sàng ($p < 0,05$). **Kết luận:** Khối máu tụ càng lớn tình trạng ý thức bệnh nhân rối loạn càng nhiều, đặc biệt với kích thước khối máu tụ trên 3 cm. Khi có biến chứng tràn dịch não trên hình ảnh học tình trạng ý thức bệnh nhân cũng tiến triển xấu hơn.

*Bệnh viện Bạch Mai,

**Công ty CP Bệnh viện Giao thông vận tải

Chịu trách nhiệm chính: Võ Hồng Khôi

Email: drvohongkhoi@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 16.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 2.3.2018

Ngày duyệt bài: 8.3.2018

người thầy thuốc chẩn đoán xác định, định khu vị trí tổn thương, mức độ tổn thương và những biến chứng của chảy máu tiểu não. Cùng với diễn biến lâm sàng, những thay đổi trên hình ảnh học của chảy máu tiểu não cũng là cơ sở giúp tiên lượng tình trạng diễn biến của từng trường hợp để có thể lựa chọn các phương pháp điều trị thích hợp và chỉ định phẫu thuật kịp thời.

Cho đến nay ở nước ta việc nghiên cứu về đặc điểm hình ảnh học của những tai biến mạch não ở vùng hố sau, trong đó có chảy máu tiểu não còn nhiều hạn chế. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm tìm hiểu mối liên quan giữa triệu chứng lâm sàng và đặc điểm hình ảnh học của chảy máu tiểu não, với mong muốn góp phần trong việc nghiên cứu bệnh này tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Chúng tôi tiến hành lựa chọn 86 bệnh nhân vào điều trị nội trú tại Khoa Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai có chẩn đoán ra viện là chảy máu tiểu não, từ tháng 1 năm 2013 đến tháng 8 năm 2015. Tiêu chuẩn lựa chọn là những bệnh nhân có bệnh cảnh lâm sàng phù hợp với chẩn đoán tai biến mạch não

và được chụp phim cắt lớp vi tính sọ não hoặc cộng hưởng từ não có kết quả là chảy máu tiểu não. Tiêu chuẩn loại trừ những bệnh nhân liên quan đến chấn thương, chảy máu trong u não hoặc trong ổ nhồi máu não.

2. Phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi tiến hành nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu và tiền cứu. Nhóm các bệnh nhân hồi cứu chúng tôi thu thập thông tin từ những bệnh án của khoa Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai tại Kho lưu trữ của phòng Kế hoạch tổng hợp Bệnh viện Bạch Mai. Nhóm các bệnh nhân tiền cứu được hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng và được chụp phim cắt lớp vi tính sọ não và/hoặc cộng hưởng từ não.

Tất cả bệnh nhân đều được chụp cắt lớp vi tính sọ não trên máy chụp cắt lớp vi tính hai dãy đầu dò của hãng Siemens, chụp cộng hưởng từ não bằng máy HITACHI Airis II, chụp CLVT 64 dãy mạch máu não bằng máy SIEMENS Somatom Sensation tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Bạch Mai.

Các dữ liệu nghiên cứu được điền vào mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất, nhập và xử lý số liệu sử dụng phần mềm thống kê y học SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Liên quan giữa mức độ tăng huyết áp với tình trạng ý thức

Bảng 1: Liên quan giữa mức độ tăng huyết áp với tình trạng ý thức

Điểm Glasgow	Dưới 8		8 – 12		13 – 15		p
	n	%	n	%	n	%	
Mức độ tăng huyết áp							
Bình thường	1	1,2	3	3,45	11	12,8	P < 0,05
Tiền tăng huyết áp	1	1,2	1	1,2	16	18,6	
Tăng huyết áp giai đoạn 1	0	0	9	10,5	13	15,1	
Tăng huyết áp giai đoạn 2	4	4,6	3	3,45	24	27,9	

Nhận xét: Bệnh nhân có điểm hôn mê Glasgow 13 đến 15 hay gặp ở nhóm huyết áp bình thường, tiền tăng huyết áp, tăng huyết áp giai đoạn 1. Bệnh nhân có điểm hôn mê Glasgow dưới 8 gặp chủ yếu ở nhóm tăng huyết áp giai đoạn 2. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (với p < 0,05).

2. Liên quan giữa kích thước khối máu tụ với tình trạng ý thức

Bảng 2: Liên quan giữa kích thước khối máu tụ với tình trạng ý thức

Điểm Glasgow	≤ 3cm		> 3cm		p
	Số trường hợp	Tỷ lệ %	Số trường hợp	Tỷ lệ %	
Dưới 8	1	1,2	5	5,8	P < 0,05
8 – 12	12	14,0	4	4,6	
13 – 15	55	64,0	9	10,4	
Tổng	68	79,2	18	20,8	

Nhận xét: Bệnh nhân có điểm Glasgow từ 13 đến 15 hay gặp ở khối máu tụ dưới 3cm. Bệnh nhân có điểm Glasgow dưới 8 hay gặp ở khối máu tụ trên 3cm. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (với p < 0,05).

3. Liên quan giữa tình trạng ý thức với một số tổn thương trên phim cắt lớp vi tính não

Bảng 3: Liên quan giữa tình trạng ý thức với một số tổn thương

Điểm Glasgow	Dưới 8		8 - 12		13 - 15		p
	Số trường hợp	Tỷ lệ %	Số trường hợp	Tỷ lệ %	Số trường hợp	Tỷ lệ %	
Triệu chứng khác							
Chèn ép thân não	1	1,2	3	3,5	12	14,0	P > 0,05
Chèn ép não thất IV	3	3,5	9	10,5	34	39,5	P > 0,05

Chảy máu não thất IV	4	4,7	6	7,0	20	23,3	P > 0,05
Tràn dịch não	5	5,8	3	3,5	1	1,2	P < 0,05

Nhận xét: Có mối liên quan giữa tình trạng ý thức với triệu chứng tràn dịch não (với $p < 0,05$).

4. Liên quan giữa vị trí chảy máu với loại dị dạng mạch não

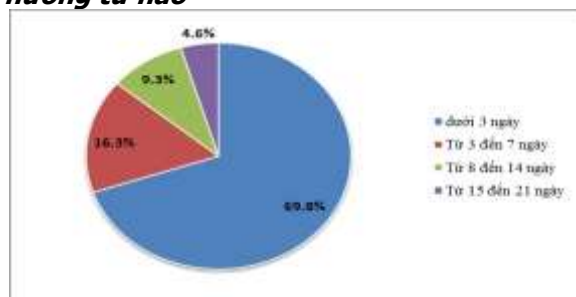
Bảng 4: Liên quan giữa vị trí chảy máu với loại dị dạng mạch não

Vị trí	Bán cầu tiểu não		Thùy nhộng		Cả hai		p
	Số trường hợp	Tỷ lệ %	Số trường hợp	Tỷ lệ %	Số trường hợp	Tỷ lệ %	
Nguyên nhân							
Dị dạng động tĩnh mạch	5	5,8	0	0	0	0	p > 0,05
Phình động mạch não	1	1,2	0	0	2	2,3	
U máu thể hang	1	1,2	1	1,2	0	0	

Nhận xét: Không có sự khác biệt về loại dị dạng mạch máu não giữa bệnh nhân chảy máu ở bán cầu và ở thùy nhộng (với $p > 0,05$).

3. Thời gian từ lúc khởi phát đến khi chụp cắt lớp vi tính não và/hoặc chụp cộng hưởng từ não

Biểu đồ 1: Thời gian từ lúc khởi phát đến khi chụp cắt lớp vi tính não và/hoặc chụp cộng hưởng từ não



Nhận xét: Thời gian từ khi khởi phát đến khi chụp cắt lớp vi tính não và/hoặc chụp cộng hưởng từ não chủ yếu trong vòng ba ngày đầu (69,8%).

IV. BÀN LUẬN

Theo bảng 1, nhóm bệnh nhân có điểm hôn mê Glasgow dưới 8 điểm gặp chủ yếu ở bệnh nhân có tăng huyết áp giai đoạn hai. Như vậy tăng huyết áp giai đoạn hai là một trong các dấu hiệu tiên lượng không tốt trong thể chảy máu não. Cơ tăng huyết áp kịch phát quá cao còn có thể gây phù não và các tổn thương vi thể khác làm ảnh hưởng đến hoạt động của não. Tăng huyết áp còn là yếu tố nguy cơ quan trọng của bệnh vỡ xơ động mạch não và có thể gây tai biến mạch não [1]. Theo INTRACT (Intensive BP Reduction in Acute Cerebral Hemorrhage) đích huyết áp cần đạt là 160/90mmHg và có thể xuống 140mmHg đối với huyết áp tâm thu trong 6 giờ so với lúc đầu 180 mmHg hoặc còn theo ATUCH-II thì yêu cầu giảm trong ba giờ. Sau giai đoạn cấp cần theo dõi huyết áp để tiếp tục điều trị, như trong khuyến cáo dự phòng [2].

Theo bảng 2, nhóm bệnh nhân có kích thước khối máu tụ từ 3cm trở xuống có điểm Glasgow từ 13 đến 15 chiếm 64%, một bệnh nhân có

điểm Glasgow dưới 8. Còn ở nhóm bệnh nhân có kích thước khối máu tụ trên 3cm điểm Glasgow dưới 8 chiếm 5,8%, chỉ có 10,4% bệnh nhân có điểm Glasgow từ 13 đến 15. Bệnh nhân có điểm Glasgow từ 13 đến 15 hay gặp ở khối máu tụ dưới 3cm. Bệnh nhân có điểm Glasgow dưới 8 hay gặp ở khối máu tụ trên 3cm. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$). Như vậy, có mối liên quan chặt chẽ giữa rối loạn ý thức khi vào viện và kích thước khối máu tụ với tiên lượng bệnh. Điểm Glasgow càng cao, diễn biến bệnh càng tốt và ngược lại thể tích khối máu càng lớn thì diễn biến của bệnh càng xấu đi.

Theo các tác giả, kích thước khối máu tụ trên 3cm sẽ gây phù nề và chèn ép các cấu trúc xung quanh như não thất IV, thân não làm cho ý thức càng rối loạn nặng nề. Bệnh nhân cần được chỉ định phẫu thuật khi khối máu tụ ở tiểu não có đường kính lớn trên 3cm, khi máu tụ gây chèn ép thân não hoặc có tràn dịch não, đặc biệt khi có tình trạng ý thức xấu đi [3], [4].

Hầu hết các chảy máu nhỏ không đẩy lệch não thất IV, nhưng khi khối lượng chảy máu tiểu não lớn hoặc phù não thứ phát làm tăng áp lực trong sọ đẩy lệch não thất IV, giãn các não thất bên và não thất III-IV dẫn đến hôn mê sâu có thể gây, ngừng thở đột ngột do chèn ép thân não. Các biểu hiện trên là các triệu chứng và sự tiến triển của chảy máu tiểu não cần được theo dõi chặt chẽ và điều trị toàn diện kịp thời theo cơ chế bệnh sinh [5].

Trong nghiên cứu này, toàn bộ số bệnh nhân nghiên cứu đều được chụp cắt lớp vi tính sọ não. Số bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính trong tuần đầu chiếm 86,1%. Chỉ 4,6% bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính sau 2 tuần khi điều trị ở tuyến dưới chưa đỡ (số bệnh nhân này kèm thêm các triệu chứng của rối loạn tiêu hóa, nghiện rượu, xơ gan, nên chuyển đến Bạch Mai muộn). Ngày nay máy chụp cắt lớp vi tính được trang bị khá phổ biến ở các bệnh viện nên đa số

bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính sớm trong những ngày đầu tiên mắc bệnh. Điều này giúp ích rất nhiều cho việc điều trị và chẩn đoán, làm giảm tỷ lệ tử vong và di chứng tai biến một cách đáng kể.

Kết quả từ bảng 4 cho thấy có mối liên quan giữa tình trạng ý thức với triệu chứng tràn dịch não (với $p < 0,05$). Triệu chứng tràn dịch não liên quan đến sự chèn ép của khối máu tụ gây ứ trệ lưu thông dịch não-tủy. Theo Czernicki T, Marchel A, chảy máu tiểu não thường chèn ép não thất IV, và gây tràn dịch não với tỷ lệ 34,3% [6]. Theo Carlos S.K, yếu tố tiên lượng xấu gồm tăng huyết áp tâm thu trên 200mmHg, khối máu tụ trên 3cm, chảy máu vào trong não thất, thoát vị não, tràn dịch não cấp tính. Các trường hợp này phải điều trị bằng ngoại khoa [7].

Theo kết quả bảng 5, trong số 7 bệnh nhân chảy máu ở bán cầu tiểu não có dị dạng mạch não 5 bệnh nhân có dị dạng thông động-tĩnh mạch não (5,8%), 1 bệnh nhân u máu thể hang (1,2%) và 1 bệnh nhân phình động mạch (1,2%). Dị dạng mạch não do chảy máu ở thùy nhộng chỉ gặp ở 1 bệnh nhân, là loại u máu thể hang. Còn dị dạng mạch não ở chảy máu hai bán cầu với thể phình động mạch não có 2 bệnh nhân (2,3%). Không có sự khác biệt về loại dị

dạng mạch máu não giữa chảy máu ở bán cầu và ở thùy nhộng (với $p > 0,05$).

V. KẾT LUẬN

Có sự liên quan chặt chẽ giữa kích thước khối máu tụ tiểu não và tình trạng rối loạn ý thức, đặc biệt khi kích thước khối máu tụ lớn hơn 3cm. Khi có biến chứng tràn dịch não trên hình ảnh học, ý thức bệnh nhân cũng tiến triển xấu hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Khánh (2009):** Tai biến mạch não- từ yếu tố nguy cơ đến dự phòng, NXB Đại học Huế.
2. **Timothy G.L, Goddeau R.P (2011):** Critical care of patients with acute ischemic and hemorrhagic stroke. Update on recent evidence and International Guidelines Chest 2011; 139 (3) 694-700.
3. **Cohen Z.R, Ram Z (2002):** Management and outcome of non-traumatic cerebellar haemorrhage, Cerebrovasc Dis, 14(3-4):207-13.
4. **Kase C. S (1998):** Intracerebral hemorrhage, Stroke, 3: 649-700.
5. **Nguyễn Văn Thông (2011):** Nhận xét kết quả điều trị nội khoa của chảy máu tiểu não tại Trung tâm Đột quỵ – Bệnh viện Trung ương 108. Kỷ yếu kỷ niệm 55 năm thành lập chuyên ngành thần kinh học Việt Nam (1956 – 2011).
6. **Czernicki T, Marchel A. (2002):** Results of treatment of non-traumatic cerebellar haemorrhages. NeurolNeurochir Pol, 36: 683-96.
7. **Carlos S. K, Mohr J. P, Louis R. C. (1998):** Intracerebral Hemorrhage Stroke, 81-684.

Kiến thức của các bà mẹ có con dưới 6 tháng tuổi về bệnh Viêm gan B tại Phòng Tiêm chủng, Đại học Y Hà Nội năm 2017

Nguyễn Quốc Doanh¹, Nguyễn Văn Thành¹, Lê Thị Thanh Xuân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu cắt ngang nhằm mô tả kiến thức về bệnh viêm gan B của các bà mẹ có con dưới 6 tháng tuổi cho con đến tiêm tại phòng tiêm chủng Đại học Y Hà Nội năm 2017. **Phương pháp:** Số liệu được thu thập qua phỏng vấn trực tiếp 242 đối tượng nghiên cứu theo bộ câu hỏi cấu trúc có sẵn. **Kết quả:** Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có kiến thức về bệnh viêm gan B đạt là 25,2%. Có 88% bà mẹ biết về bệnh VGB là bệnh truyền nhiễm, 95% số bà mẹ có kiến thức đúng khi trả lời người khỏe mạnh vẫn có thể mang vi rút VGB. Tuy nhiên tỷ lệ bà mẹ biết bệnh VGB có thể lây từ mẹ sang con thấp, chiếm 38,8% các đối tượng nghiên cứu. Kiến thức của bà mẹ về biến chứng và cách phòng bệnh viêm gan B còn chưa tốt. Tỷ lệ các bà mẹ trả lời đúng từng biến chứng của bệnh viêm gan như suy gan, xơ gan, ung thư gan, viêm gan mạn đều dưới 33%. Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng về tiêm

vắc xin phòng bệnh viêm gan B chiếm 66,5% còn các cách phòng bệnh khác đều thấp dưới 22%. **Kết luận:** kiến thức về bệnh viêm gan B của các đối tượng nghiên cứu còn hạn chế và vì vậy cần được tiếp tục can thiệp trong thời gian tới.

Từ khóa: kiến thức, bà mẹ, viêm gan B, 2017

SUMMARY

KNOWLEDGE OF MOTHERS HAVING CHILDREN LESS THAN 6 MONTHS ABOUT HEPATITIS B IN VACCINATION DEPARTMENT, HANOI MEDICAL UNIVERSITY IN 2017

Objectives: A cross-sectional study was applied to describe the knowledge of mothers having children less than 6 months about hepatitis B in vaccination department, Ha Noi Medical University in 2017. **Methods:** The data was collected through face-to-face interview with 242 subjects using structured questionnaire. **Results:** The percentage of subjects who had knowledge of hepatitis B was 25.2%. There was 88% of mothers who knew that hepatitis B was contagious, 95% of mothers who know that healthy people were still able to carry the hepatitis B virus. However, the percentage of mothers who knew that hepatitis B can transmit from mother to child was low,

*Viện Đào tạo YHDP và YTCC, Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Doanh
Email: nguyenguocdoanh@gmail.com
Ngày nhận bài: 9.01.2018
Ngày phản biện khoa học: 2.3.2018
Ngày duyệt bài: 14.3.2018

accounted for 38.8% of the subjects. The percentage of mothers had knowledge about complications and prevention of hepatitis B was not good. The percentage of mothers who knew some complications of hepatitis, such as liver failure, cirrhosis, liver cancer, chronic hepatitis, was less than 33%. The proportion of mothers who knew about vaccination against hepatitis B accounted for 66.5% while other preventive measures were less than 22%. **Conclusion:** Knowledge of hepatitis B among mothers was limited and should be intervened in the future.

Key words: knowledge, mothers, hepatitis B, 2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan virus là một nhóm bệnh truyền nhiễm rất phổ biến và nguy hiểm. Nhiễm virus viêm gan, đặc biệt nhiễm vi rút viêm gan B (VGB) là một vấn đề mang tính chất toàn cầu. Việt Nam nằm ở Châu Á là khu vực có sự lưu hành của kháng nguyên bề mặt vi rút viêm gan B (HBsAg) cao nhất thế giới. Tỷ lệ lưu hành HBsAg ở nước ta nằm trong khoảng từ 10-25%. Tỷ lệ nhiễm vi rút VGB mạn tính khoảng 8,8% ở phụ nữ và 12,3% ở nam giới. Lây truyền từ người mẹ mang virus sang con là đường lây truyền quan trọng của virus VGB. Vì vậy tiêm vắc xin VGB cho trẻ sơ sinh là chìa khóa để giảm gánh nặng bệnh tật liên quan đến VGB. Tổ chức y tế thế giới cũng khuyến cáo tất cả trẻ sơ sinh cần được tiêm phòng VGB càng sớm càng tốt sau khi sinh, tốt nhất là trong vòng 24 giờ đầu tiên[1]. Vì vậy, kiến thức của người chăm sóc trẻ, nhất là các bà mẹ, về kiến thức viêm gan B rất quan trọng trong việc đảm bảo cho trẻ có được tiêm vắc xin viêm gan B sơ sinh hay không.

Phòng tiêm chủng trường Đại học Y Hà Nội là đơn vị cung cấp dịch vụ tiêm chủng tới các đối tượng khách hàng từ tháng 8 năm 2015. Các đối tượng khách hàng bao gồm trẻ sơ sinh và trẻ em trong độ tuổi tiêm chủng, phụ nữ trước và trong khi mang thai, người lớn có nhu cầu tư vấn và tiêm phòng bệnh. Trung bình hàng ngày phòng tiêm tiếp đón hơn 80 lượt khách hàng đến tiêm chủng. Việc cung cấp kiến thức về viêm gan B cho đối tượng bà mẹ có con dưới 6 tháng tuổi đưa con đến sử dụng dịch vụ tại phòng tiêm chủng là cần thiết. Từ đó, bà mẹ sẽ có kiến thức phòng bệnh cho bản thân và cho người khác. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào về viêm gan B ở phụ nữ có con dưới 6 tháng tuổi đến sử dụng dịch vụ tại phòng tiêm chủng. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "*Kiến thức của bà mẹ có con dưới 6 tháng tuổi về bệnh viêm gan B tại phòng tiêm chủng Đại học Y năm 2017*" với mục tiêu mô tả kiến thức về bệnh viêm gan B của các bà mẹ có con dưới 6 tháng

tuổi cho con đến tiêm tại phòng tiêm chủng đại học Y Hà Nội năm 2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Phụ nữ có con dưới 6 tháng tuổi tính đến thời điểm thu thập thông tin cho nghiên cứu, cụ thể các bà mẹ sinh con trong quý II năm 2017, đến tiêm tại phòng tiêm chủng Đại học Y Hà Nội và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Áp dụng công thức tính ước lượng 1 tỷ lệ:

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

Với: n : Cỡ mẫu; α : Mức ý nghĩa thống kê ($\alpha = 0,05$); $Z_{(1-\alpha/2)}$: 1,96 (độ tin cậy 95%); p : 0,358. Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đạt về viêm gan B của Bùi Thị Dung năm 2014[5]. $d=0,07$ (Sai số mong muốn). Từ công thức trên ta tính được cỡ mẫu: 186 mẫu.

Cách chọn mẫu: Nghiên cứu tiến hành chọn ngẫu nhiên các bà mẹ có con dưới 6 tháng tuổi đến tiêm tại phòng tiêm chủng đại học Y Hà Nội từ tháng 10/2017 đến hết 12/2017. Thực tế phỏng vấn được 242 bà mẹ.

3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 7/2017–tháng 3/2018, thời gian thu thập số liệu tại phòng tiêm chủng trong tháng 10, 11 và 12 năm 2017.

4. Công cụ và phương pháp thu thập thông tin: Số liệu được thu thập bằng cách phỏng vấn trực tiếp các bà mẹ theo bộ câu hỏi được thiết kế sẵn. Bộ câu hỏi do nhóm thiết kế tham khảo nghiên cứu của Bùi Thị Dung năm 2014 thực hiện tại Hòa Bình [5]. Bộ câu hỏi bao gồm 2 phần chính: 1) Thông tin về bà mẹ có 5 biến gồm: nhóm tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp chính, nơi sinh con và cách sinh; 2) Nhóm kiến thức chung về bệnh VGB gồm 5 biến: VGB là bệnh truyền nhiễm, người trông khỏe mạnh thì có khả năng mang vi rút VGB, bệnh VGB có lây truyền từ mẹ sang con, biến chứng của bệnh, cách phòng bệnh.

5. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch trước khi nhập liệu, sau đó được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm STATA 12. Trong nghiên cứu này, kiến thức chung về bệnh VGB bao gồm 5 câu hỏi. Điểm tối đa cho phần đánh giá kiến thức về bệnh VGB là 12 điểm, đối tượng nghiên cứu trả lời dưới 8 điểm là không đạt, trả lời từ 8 điểm trở lên là đạt.

6. Đạo đức nghiên cứu:

- Nghiên cứu này xin phép sự đồng ý, ủng hộ của lãnh đạo Phòng tiêm chủng Viện Đào tạo YHDP và YTCC, Trường Đại học Y Hà Nội.

- Nghiên cứu được triển khai sau khi đã được Hội đồng xét duyệt đề cương của Viện Đào tạo

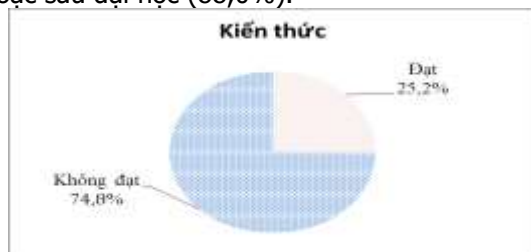
YHDP và YTCC, Trường Đại học Y Hà Nội thông qua. Mọi đối tượng nghiên cứu đều đồng ý và tự nguyện tham gia và sẽ được đảm bảo giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thông tin chung về bà mẹ (n=242)

Nội dung	Tần số	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi	20 – 24 tuổi	25
	25 – 29 tuổi	112
	30 – 34 tuổi	74
	≥ 35 tuổi	31
Trình độ học vấn	THPT/ Trung cấp/ Cao đẳng	29
	Đại học/ Sau đại học	213
Nghề nghiệp	Cán bộ, viên chức	151
	Công nhân, buôn bán/ làm tự do	74
	Khác	17
Nơi sinh	BV tuyến Trung ương	136
	BV tuyến tỉnh	94
	BV tuyến huyện	3
	Phòng khám đa khoa	1
	TYT	3
	Y tế tư nhân	5
Cách sinh	Đẻ thường	112
	Đẻ mổ	130

Kết quả bảng 1 cho thấy tổng số bà mẹ tham gia nghiên cứu là 242, trong đó chủ yếu trong độ tuổi từ 25 – 29 (46,3%). Tuổi trung bình của các bà mẹ $29,6 \pm 5,5$ tuổi, cao nhất là 50 tuổi, thấp nhất là 21 tuổi. Đa số phụ nữ đẻ tại BV tuyến Trung ương (56,2%) và tỷ lệ đẻ mổ là 53,5%. Hầu hết phụ nữ là cán bộ, viên chức (62,4%), số còn lại làm công nhân, buôn bán/làm tự do hoặc nghề khác. Trong nghiên cứu này chủ yếu đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn đại học hoặc sau đại học (88,0%).



Biểu đồ 1. Tỷ lệ bà mẹ đạt về kiến thức chung bệnh VGB (n=242)

Kết quả ở biểu đồ 1 cho thấy trong số 242 bà mẹ có con dưới 6 tháng tuổi được phỏng vấn chỉ có 61 bà mẹ, chiếm 25,2% có kiến thức chung bệnh viêm gan B đạt.

Bảng 2. Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức về khả năng lây truyền bệnh VGB (n=242)

Nội dung	Tần số	Tỷ lệ %
----------	--------	---------

VGB là bệnh truyền nhiễm	213	88,0
Bệnh VGB có lây từ mẹ sang con	94	38,8
Người trông khỏe mạnh vẫn có thể mang VGB	230	95,0

Bảng 2 mô tả kiến thức của bà mẹ về khả năng lây truyền bệnh VGB. Kết quả nghiên cứu cho thấy 88% bà mẹ biết về bệnh VGB là bệnh truyền nhiễm, 95% số bà mẹ có kiến thức đúng về người trông khỏe mạnh vẫn có thể mang vi rút VGB. Tuy nhiên tỷ lệ bà mẹ biết bệnh VGB có thể lây từ mẹ sang con chỉ có 38,8%.

Bảng 3. Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng về biến chứng VGB (n=242)

Nội dung	Tần số	Tỷ lệ %
Biến chứng suy gan	28	11,6
Biến chứng xơ gan	74	30,6
Biến chứng ung thư gan	78	32,3
Biến chứng viêm gan mãn	20	8,3
Tỷ lệ trả lời đầy đủ 4 biến chứng	9	3,7

Kết quả ở bảng 3 cho thấy các kiến thức của bà mẹ về biến chứng bệnh VGB còn hạn chế. Tỷ lệ các bà mẹ trả lời đúng về các biến chứng của bệnh viêm gan B đều thấp dưới 33%. Tỷ lệ các bà mẹ trả lời đầy đủ 4 biến chứng viêm gan B chỉ là 3,7%.

Bảng 4. Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng về cách phòng bệnh VGB (n=242)

Nội dung	Tần số	Tỷ lệ %
Phòng bệnh tiêm phòng vắc xin VGBSS	161	66,5
Phòng bệnh không dùng chung bơm kim tiêm	6	2,5
Phòng bệnh truyền máu an toàn	31	12,8
Phòng bệnh quan hệ tình dục an toàn	51	21,1
Phòng bệnh không dùng chung bàn chải	17	7,0

Kết quả nghiên cứu trình bày trong bảng 4 cho thấy các kiến thức của bà mẹ về cách phòng bệnh VGB còn hạn chế. Cách phòng bệnh được nhiều bà mẹ đề cập nhất là tiêm vắc xin (66,5%). Rất ít các bà mẹ đề cập các cách phòng bệnh khác như không dùng chung bơm kim tiêm, truyền máu an toàn, quan hệ tình dục an toàn và không dùng chung bàn chải (dưới 22%).

IV. BÀN LUẬN

Lây truyền từ người mẹ mang vi rút sang con là đường lây truyền quan trọng của vi rút VGB. Hiểu biết về đường lây truyền, cách phòng bệnh và hậu quả của viêm gan B trên đối tượng phụ nữ có con dưới 6 tháng tuổi có ý nghĩa rất lớn trong việc phòng ngừa sự lây lan của bệnh và việc thực hành đúng trong công tác phòng ngừa bệnh viêm gan B của những người làm công tác y tế. Nghiên cứu này cho kết quả 25,2 % bà mẹ có kiến thức chung về bệnh VGB đạt. Tỷ lệ này cho thấy rất ít các bà mẹ hiểu biết đầy đủ về bệnh VGB. Đây là điều đáng cần được quan tâm bởi việc thiếu kiến thức cũng được coi là một trong những nguyên nhân dẫn tới lây nhiễm bệnh VGB [1]. Kết quả này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu năm 2009 tại Ấn Độ của Rachna Kapoor (35%) [6], thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Xuân Loan và cộng sự năm 2012 tại Long Xuyên, An Giang (50,5%) [7]. Sự khác biệt về tỷ lệ với nghiên cứu của Nguyễn Thị Xuân Loan có thể do cách đánh giá kiến thức chung đạt về bệnh VGB. Mặc dù Nguyễn Thị Xuân Loan đánh giá kiến thức bệnh VGB của các bà mẹ qua nhiều câu hỏi hơn chúng tôi về: sự nguy hiểm của bệnh, đường lây, kiến thức về chủng ngừa, lịch chủng ngừa, tác dụng phụ của vắc xin, thời gian miễn dịch của vắc xin nhưng kiến thức chung vẫn cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [7]. Kết quả này cũng thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Trần Ngọc Dung và cộng sự năm 2010 tại quận Ninh Kiều, thành phố Cần Thơ. Kết quả khảo sát cho thấy người dân có kiến thức đúng về bệnh viêm gan B chiếm 84,8%, về các biểu hiện của bệnh là 24,1%,

đúng về cách phòng ngừa bệnh là 68,4%, về các đường lây là 16,8%. Kiến thức chung về phòng chống bệnh đúng là 52,5%, chưa đúng 47,5%. Như vậy, các bà mẹ đưa con đi tiêm tại phòng tiêm chủng Đại học Y Hà Nội có kiến thức chung về viêm gan B vẫn còn nhiều hạn chế.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn các bà mẹ biết bệnh VGB là bệnh truyền nhiễm (88%). Kết quả này tương đồng với kết quả của nghiên cứu của Ngô Văn Hiến năm 2012 tại Hà Tĩnh (89,5%). Tuy nhiên, tỷ lệ biết đường lây từ mẹ sang con trong nghiên cứu này (38,8%) cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Ngô Văn Hiến (10,1%). Kết quả này có thể được giải thích là các bà mẹ trong nghiên cứu của chúng tôi có trình độ học vấn đại học và sau đại học cao hơn trong nghiên cứu của Ngô Văn Hiến. Về các biến chứng của bệnh VGB: có 32,3% bà mẹ cho biết biến chứng là ung thư gan, 30,6% cho là xơ gan, các tỷ lệ này đều thấp hơn so với nghiên cứu của Ngô Văn Hiến với tỷ lệ tương ứng: ung thư gan (37,6%), xơ gan (39,8%). Đa số các bà mẹ biết tiêm vắc xin VGB là một trong các cách phòng bệnh VGB (66,5%). Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Ngô Văn Hiến (97,9%). Theo chúng tôi sự khác biệt này là do nghiên cứu của Ngô Văn Hiến được thực hiện trên đối tượng bà mẹ có con dưới 1 tuổi và địa điểm nghiên cứu tại Trung tâm y tế Huyện Nghi Xuân, tỉnh Hà Tĩnh, đa số các trạm y tế nơi đây đều được trang bị đầy đủ các tài liệu trang thiết bị phục vụ tiêm chủng. Nghiên cứu của Cao Văn Y tại Ngọc Hà – Ba Đình – Hà Nội có tới 90,3% bà mẹ biết đến cách phòng bệnh VGB là tiêm vắc xin VGB, nghiên cứu của Bùi Thị Dung tại Hòa Bình năm 2014 có 64,2% bà mẹ biết tiêm vắc xin viêm gan B phòng bệnh. Các cách phòng bệnh khác như truyền máu an toàn, không dùng chung bơm kim tiêm, quan hệ tình dục an toàn đều cho tỷ lệ thấp như các nghiên cứu khác [3]. Điều này có thể phản ánh phần nào việc tiếp cận với các thông tin về viêm gan vi rút của các bà mẹ đưa con đi tiêm dịch vụ còn hạn chế do phòng tiêm đại học Y không phải là nơi có thể tiếp nhận chẩn đoán, điều trị viêm gan B.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có kiến thức về bệnh viêm gan B đạt là 25,2%. Có 88% bà mẹ biết về bệnh VGB là bệnh truyền nhiễm, 95% số bà mẹ có kiến thức đúng khi trả lời người khỏe mạnh vẫn có thể mang vi rút VGB. Tuy nhiên tỷ lệ bà mẹ biết bệnh VGB có thể lây từ mẹ sang con thấp, chiếm 38,8% các đối tượng nghiên

cứu. Kiến thức của bà mẹ về biến chứng và cách phòng bệnh viêm gan B còn chưa tốt. Tỷ lệ các bà mẹ trả lời đúng từng biến chứng của bệnh viêm gan như suy gan, xơ gan, ung thư gan, viêm gan mãn đều dưới 33%. Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng về tiêm vắc xin phòng bệnh viêm gan B chiếm 66,5% còn các cách phòng bệnh khác đều thấp dưới 22%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization (2015), "Hepatitis B vaccines. WHO position paper,".
2. Ma G.X., Shive S.E., Fang C.Y. và các cộng sự. (2007), "Knowledge, attitudes, and behaviors of hepatitis B screening and vaccination and liver cancer risks among Vietnamese Americans," *J Health Care Poor Underserved*, **18**(1), tr. 62-73.
3. Bùi Thị Dung, Doãn Ngọc Hải và Nguyễn Bích Diệp (2015), "Kiến thức của các bà mẹ về tiêm phòng vắc xin viêm gan B liều sơ sinh tại huyện Lương Sơn, tỉnh Hoà Bình, năm 2014", *Tạp chí Y học Dự phòng*, **12**(172), tr. 91.
4. Trần Ngọc Dung và Huỳnh Thị Kim Yến (2012), "Nghiên cứu tình hình nhiễm và kiến thức, thái độ, hành vi của người dân về phòng chống lây nhiễm vi rút viêm gan B ở quận Ninh Kiều thành phố Cần Thơ năm 2010", *Tạp chí Y học thực hành*, **822**, tr. 161-164.
5. Bùi Thị Dung (2014), *Kiến thức, thực hành của bà mẹ về tiêm phòng vắc xin viêm gan B liều sơ sinh và một số yếu tố liên quan tại Huyện Lương Sơn, Tỉnh Hoà Bình năm 2014*. Luận văn thạc sĩ y tế công cộng.
6. Rachna Kapoor và Sheetal Vyas (2009), "Awareness and Knowledge of mothers of under five children regarding immunization in Ahmedabad", *Original*, **1**(1), tr. 12-15.
7. Nguyễn Thị Xuân Loan và Nguyễn Thị Từ Vân (2012), "Kiến thức, thái độ hành vi của các bà mẹ về việc chủng ngừa viêm gan B cho trẻ tại thành phố Long Xuyên, An Giang", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, **17**(1).

KẾT QUẢ CHĂM SÓC HEP BAO QUI ĐẦU SINH LÝ Ở TRẺ EM

Vũ Hồng Tuân^{1,2}, Nguyễn Việt Hoa¹

TÓM TẮT¹⁷

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của qui trình chăm sóc bảo tồn bao qui đầu để điều trị hẹp bao qui đầu sinh lý tại khoa phẫu thuật nhi – bệnh viện Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả tiến cứu 43 trẻ hẹp bao qui đầu sinh lý được điều trị bảo tồn với kem Betamethasone 0,05% và tập nong hàng ngày theo 1 qui trình tại khoa phẫu thuật nhi – bệnh viện Việt Đức từ tháng 9 đến tháng 12 năm 2007. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 4,2 tuổi. Phân độ hẹp bao qui đầu trước điều trị theo Kayaba: Loại 1 là 86,1%, loại 2 là 13,9%. Không có biến chứng nào trong quá trình điều trị. Sau thực hiện 1 tháng có 38 trẻ đạt kết quả tốt (88,4%). **Kết luận:** Điều trị hẹp bao qui đầu sinh lý với tập nong hàng ngày kết hợp kem Steroid thu kết quả tốt, cần sự phối hợp chăm sóc tích cực từ gia đình trẻ.

Từ khóa: Hẹp da qui đầu.

SUMMARY

THE RESULT OF TREATMENT PHYSIOLOGIC PHIMOSIS IN CHILDREN

Objective: to evaluate the result of treatment physiologic phimosis at department pediatric in Vietduc hospital. **Material and methods:** Prospective study. 43 boys physiologic phimosis treat by topical steroid (Betamethasone 0,05%) and dilation foreskin daily for one month at department pediatric in Viet

Duc hospital in 2017. **Results:** The average age was 4,2 years. Before operation, classification phimosis by Kayaba: 86,1% type 1 and 13,9% type 2. No complication. After one month of application, 38 boys (88,4%) successful retraction. **Conclusion:** Betamethasone 0,05% ointment with dilation foreskin is an effective alternative, non surgical method of the treatment for the childhood phimosis. However, needs positive care coordination from their family.

Key words: Phimosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp sinh lý (hẹp tiên phát) là hẹp do dính, bao qui đầu dính với qui đầu để bảo vệ qui đầu và lỗ tiểu lúc trẻ mới sinh ra. Đa số bé trai mới sinh (96%) đều có hẹp bao qui đầu sinh lý, đến 3 tuổi, tỉ lệ này giảm dần xuống còn 10% và giảm xuống còn 1% lúc 14 tuổi.

Cắt bỏ bao quy đầu là loại thao tác ngoại khoa cổ xưa nhất và vẫn còn là vấn đề được tranh luận nhiều nhất cho đến tận ngày nay [2]. Tỷ lệ cắt bỏ bao quy đầu khác nhau tùy từng vùng dân cư. Nhìn chung trên thế giới, có khoảng 80% nam giới không bị cắt bỏ bao quy đầu [6]. Tỷ lệ cắt bỏ bao quy đầu sơ sinh bị ảnh hưởng bởi các yếu tố: tôn giáo, xứ sở, tộc người, cương vị xã hội – kinh tế, thái độ của cha mẹ và thầy thuốc.

Tuy cắt bao qui đầu là một phẫu thuật đơn giản trong ngoại khoa nhưng vẫn có những biến chứng như chảy máu, phù nề, nhiễm trùng, tổn thương qui đầu, tổn thương niệu đạo, hay các biến

¹Khoa phẫu thuật nhi - bệnh viện Việt Đức.

²Bộ môn ngoại – trường đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Hồng Tuân

Email: Htuanyk1986@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 27.2.2018

Ngày duyệt bài: 9.3.2018

chứng xa như mất cân đối da bao qui đầu, hẹp lỗ tiểu, rò niệu đạo, hẹp bao qui đầu tái phát.

Nhiều năm gần đây cũng có nhiều báo cáo về các phương pháp bảo tồn bao qui đầu như tách bao qui đầu, dùng các kem steroid bôi bao qui đầu hàng ngày, các biện pháp tập nong bao qui đầu. Tại khoa phẫu thuật Nhi và trẻ sơ sinh – Bệnh viện Việt Đức chúng tôi xây dựng một qui trình hướng dẫn chăm sóc bao qui đầu với sự kết hợp kem steroid mà hay dùng nhất là Betamethasone 0,05% với tập nong bao qui đầu hàng ngày. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mục đích đánh giá sự hiệu quả của qui trình cho các trẻ có hẹp bao qui đầu sinh lý đến khám tại khoa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn chọn lựa bệnh nhân: Các trẻ nam có hẹp bao qui đầu sinh lý, chưa tách bao qui đầu, gia đình đồng ý chăm sóc điều trị bảo tồn, tuân theo sự hướng dẫn của các bác sỹ.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân: Các trẻ nam có hẹp bao qui đầu bệnh lý, gia đình muốn mổ cắt bao qui đầu, các trường hợp hẹp tái phát sau mổ.

Bao gồm 43 bệnh nhân hẹp bao qui đầu sinh lý đến khám và hướng dẫn chăm sóc theo 1 phác đồ tại khoa phẫu thuật nhi và trẻ sơ sinh – Bệnh viện Việt Đức từ 1/9/2017 đến 1/12/2017.

Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu.

Mô tả qui trình khám và hướng dẫn chăm sóc bao qui đầu:

- Bệnh nhân đến khám tại khoa phẫu thuật nhi và trẻ sơ sinh bệnh viện Việt Đức, được chẩn đoán là hẹp bao qui đầu sinh lý.

- Giải thích cho gia đình về tình trạng bao qui đầu.

- Làm mẫu cho gia đình xem cách nong bao qui đầu hàng ngày.

- Cho một thành viên trong gia đình thực hiện thử nong bao qui đầu, người thực hiện là người chăm sóc trẻ hàng ngày. Gia đình đồng ý tham gia, thực hiện đúng theo hướng dẫn hàng ngày.

- Cách chăm sóc theo 1 phác đồ: Ngày làm 1 lần, vào buổi chiều trước khi tắm. Đầu tiên bôi da bao qui đầu bằng kem chống viêm Steroid (hay dùng Betamethasone 0,05%), xoa đều da bao qui đầu trong khoảng 3-5 phút, rồi tập nong bao qui đầu bằng cách kéo da bao qui đầu về phía gốc dương vật trong vòng 3-5 phút. Sau đó trẻ tắm rửa bình thường.

- Khám lại sau 1 tháng.

Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Phân độ hẹp bao qui đầu sinh lý trước khi thực hiện.

- Các biến chứng: Ngẹt bao qui đầu, chảy máu, các biến chứng của dùng kem Steroid.

- Kết quả phân độ bao qui đầu sau thực hiện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình là 4,2 tuổi, trẻ nhỏ nhất là 3 tháng và lớn nhất là 7 tuổi.

Phân loại độ bao qui đầu trước khi nong: Loại 1 là 37 trẻ (86,1%), loại 2 là 6 trẻ (13,9%).

Bệnh nhân hẹp bao qui đầu kết hợp lún dương vật có 15 trẻ (13,3%).

Biến chứng trong quá trình tập: không có trường hợp nào bị ngẹt bao qui đầu hay chảy máu trong quá trình nong.

1 trường hợp gia đình bỏ dở không thực hiện được theo hướng dẫn (2,3%) vì thấy khó.

Kết quả khám lại sau 1 tháng: 42 trẻ thực hiện được đúng theo hướng dẫn (97,7%), phân độ hẹp bao qui đầu sau khi nong: loại 2 có 4 trẻ (9,3%) trong đó có 3 trẻ bị lún dương vật kèm theo, loại 3 có 10 trẻ (23,3%), loại 4 có 21 trẻ (48,8%), loại 5 có 7 trẻ (16,3%).

Kết quả tốt có 38 trẻ chiếm 88,4%, trung bình có 4 trẻ (9,3%), 1 trường hợp xin cắt bao qui đầu.

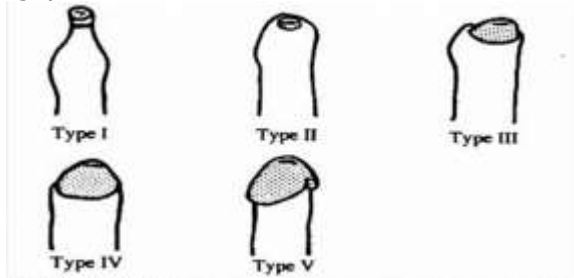
IV. BÀN LUẬN

Hẹp bao quy đầu sinh lý là tình trạng bao quy đầu dính với quy đầu một cách tự nhiên để bảo vệ quy đầu và lỗ tiểu lúc trẻ mới sinh. Cùng với sự phát triển của cơ thể, dương vật của trẻ cũng phát triển theo. Khi các tế bào biểu mô sừng hóa, bong vảy, bắt đầu thoái triển tạo nên các khe giữa quy đầu và bao quy đầu. Kích thước các khe này tăng dần tạo nên khoang bao quy đầu, làm cho quy đầu tách dần khỏi bao quy đầu. Các tế bào bong vảy và sừng hóa hình thành nên chất màu trắng (Smegma) nằm dưới bao quy đầu, ở những nơi mà bao quy đầu chưa tách khỏi quy đầu. Đối với trẻ sau sinh chỉ 4% bao quy đầu tuột lên được, 80% các trường hợp lúc 6 tháng tuổi, 50% lúc 12 tháng tuổi, 20% lúc 2 tuổi và 10% trước 3 tuổi. Độ tuổi trong nghiên cứu trung bình là 4,2 tuổi, trẻ nhỏ nhất là 3 tháng và lớn nhất là 7 tuổi. Kết quả cũng giống các nghiên cứu trước. [1], [6]

Năm 1996, theo nghiên cứu của Kayaba và cộng sự trên trên 603 [1] cậu bé Nhật không cắt bao quy đầu từ 0 đến 15 tuổi đã phân loại bao quy đầu như sau: loại 1 cả bao quy đầu không tuột lên, loại 2 bao quy đầu tuột lên để lộ lỗ tiểu ra ngoài, loại 3 bao quy đầu tuột lên để lộ nửa quy đầu, loại 4 bao quy đầu tuột lên để lộ đến

phần trên vành quy đầu, vị trí bám dính bao quy đầu, loại 5 bao quy đầu tuột lên dễ dàng, để lộ toàn bộ quy đầu.

Về mặt ngoại khoa, chúng ta chỉ định cắt bao quy đầu cho các trường hợp hẹp bao quy đầu bệnh lý. Hẹp bao quy đầu bệnh lý thực sự được đặc trưng bằng lỗ của bao quy đầu bị xơ, màu trắng, hóa cứng, không thể làm lộ quy đầu và rãnh quy đầu khi kéo bao quy đầu về phía gốc dương vật. Bởi nhiều nghiên cứu gần đây đã cho thấy bao quy đầu có nhiều chức năng như: bảo vệ quy đầu và lỗ tiểu, khả năng miễn dịch, nhạy cảm và sự kích thích tình dục, che phủ dương vật khi cương, chức năng sinh dục [2]. Đặc biệt trong phẫu thuật tạo hình, bao quy đầu còn là một chất liệu rất tốt để tạo hình niệu đạo những trường hợp chấn thương niệu đạo, thiếu đoạn niệu đạo bẩm sinh hoặc bị hẹp niệu đạo do các nguyên nhân khác nhau [6].



Phân độ hẹp bao quy đầu theo Kayaba [1]

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi chỉ định cho các trẻ có hẹp bao quy đầu ở nhóm 1 và 2, hay gộp nhất là nhóm 1 là 86,1%. Chúng tôi thấy rằng nếu hẹp bao quy đầu từ loại 3 trở lên thì là hẹp nhẹ, có thể tách phần dính giữa niêm mạc bao quy đầu và quy đầu, lấy bỏ cặn bẩn Smegma, sau đó bao quy đầu đó có thể lộn dễ dàng, chính vì vậy chúng tôi chỉ hướng dẫn chăm sóc cho các trẻ hẹp bao quy đầu sinh lý ở nhóm 1 và 2.

Có 15 trẻ chiếm 13,3% trẻ kết hợp có lún dương vật (hay vùi dương vật), các trẻ có lún dương vật thì thường có hẹp bao quy đầu, việc nong rộng bao quy đầu ở các trẻ này còn có tác dụng điều trị, chuẩn bị cho điều trị lún dương vật sau này. Có nhiều trường hợp không biết về bệnh lý lún dương vật chỉ cố gắng cắt bao quy đầu để giải quyết hẹp bao quy đầu sẽ mang lại khó khăn cho điều trị lún dương vật sau này. Lún dương vật thì thân dương vật sẽ nằm ngang mức hoặc dưới xương mu nên việc tập luyện nong bao quy đầu hàng ngày sẽ khó khăn hơn [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 trường hợp sau tập nong chỉ lên được loại 2, có đến 3 trường hợp có lún dương vật, chứng tỏ việc tập cho các trường hợp lún dương vật là khó hơn các

trường hợp hẹp bình thường. Có 1 trường hợp gia đình không tiến hành được theo hướng dẫn, xin cắt bao quy đầu với lý do không có thời gian thực hiện và thấy khó thực hiện. Tuy vậy với 97,7% gia đình có thể thực hiện theo hướng dẫn, chúng tôi cho rằng qui trình là dễ thực hiện và có thể áp dụng qui trình chăm sóc bao quy đầu cho nhiều trẻ khác.

Trong nghiên cứu thấy sau tập nong bao quy đầu số trẻ đạt kết quả tốt (từ loại 3 trở lên) chiếm 88,4% là tương đương với các nghiên cứu khác. Theo nhiều nghiên cứu hiệu quả đạt được của điều trị hẹp bao quy đầu bằng nong tập hàng ngày kết hợp thuốc Steroid là khoảng 65-95%. Golubovic (1996), Baskin (1997) và Elmore(2002) áp dụng điều trị cho trẻ nhỏ hơn 3 tuổi và kết luận điều trị Steroid áp dụng cho mọi lứa tuổi và mọi thể bệnh hẹp bao quy đầu, tỷ lệ thành công thấp hơn ở nhóm hẹp bao quy đầu có kèm lún dương vật [2] [4].

Các kem steroid tại chỗ đã được thử trong trường hợp hẹp bao quy đầu từ hơn 2 thập kỷ. Nhìn chung, các nghiên cứu sử dụng các loại kem đặc hiệu cho hẹp bao quy đầu đã mang lại kết quả đáng kể. Các con số hiệu quả dao động từ 65 đến 95%[1]. Betamethasone 0,05% là một dẫn xuất của Prednisolone, được cho là hoạt động thông qua hoạt động chống viêm và ức chế miễn dịch tại chỗ, làm da mềm và mỏng hơn. Các nghiên cứu cũng chỉ rõ không có các phản ứng ức chế tuyến thượng thận của kem Betamethasone. Trong nghiên cứu chúng tôi cũng không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng khi bôi kem. Tác giả Lee nghiên cứu ở Hàn Quốc năm 2013 dùng kem bôi hàng ngày thì kết quả tốt là 68,2%[3], nghiên cứu lại sử dụng Betamethasone 0,1% cũng đạt hiệu quả là 76,19% [4]. Trong nước có các tác giả nghiên cứu tại bệnh viện Nhi Đông I với 319 trẻ có hẹp bao quy đầu thì tỷ lệ thành công là 87,7% [5].

V. KẾT LUẬN

Hẹp bao quy đầu sinh lý là hiện tượng bình thường ở trẻ có cơ quan sinh dục ngoài bình thường, việc điều trị bảo tồn với kem Steroid và tập nong hàng ngày thu kết quả tốt. Để điều trị bảo tồn thành công cần sự hợp tác và chăm sóc của gia đình trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. H. Kayaba, H. Tamura, S. Kitajima, Y. Fujiwara, T. Kato, and T. Kato, "Analysis of shape and retractability of the prepuce in 603 Japanese boys," Journal of Urology, vol. 156, no. 5, pp. 1813–1815, 1996.

2. **Sukhbir Kaur Shahid**, Review Article "Phimosis in Children" International Scholarly Research Network, ISRN Urology, Volume 2012, Article ID 707329, 6 pages
3. **Chan Ho Lee, Sang Don Lee** "Effect of Topical Steroid (0.05% Clobetasol Propionate) Treatment in Children With Severe Phimosis" Korean Journal of Urology 2013;54:624-630
4. **B K Rai**, "Nonsurgical Method of Treatment of Childhood Phimosis with the use of Topical Betamethasone" Health Renaissance, September-December 2010; Vol 8 (No.3);176-180
5. **Nguyễn Tiến, Lê Đức Thu Nga, Lê Công Thắng**, "Điều trị bảo tồn hẹp bao quy đầu với kem bôi da Steroid" Y Học TP. Hồ Chí Minh, tập 9, phụ bản số 1, 2005: 28 - 33
6. **Dunsmuir WD, Gordon EM (1999)** The history of circumcision. *BJU Int* 83 [Suppl 1], 1 - 2.
7. **Cuckow P (2006)**. Phimosis and buried penis, *Pediatric Surgery*, pp 557-568.

LIÊN QUAN NỒNG ĐỘ TNF-ALPHA HUYẾT TƯƠNG VỚI MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN THẬN NHÂN TẠO CHU KỲ

Nguyễn Thị Thanh Bình*, Trần Văn Công Thắng**, Lê Việt Thắng***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu mối liên quan nồng độ TNF- α huyết tương với tình trạng nhiễm virus viêm gan và giảm albumin máu ở bệnh nhân suy thận mạn tính thận nhân tạo chu kỳ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 82 bệnh nhân được chẩn đoán suy thận mạn tính giai đoạn cuối lọc máu bằng thận nhân tạo chu kỳ và 31 người bình thường làm nhóm chứng. Tất cả các đối tượng đều được định lượng TNF- α trong huyết tương bằng phương pháp ELISA. **Kết quả:** Nồng độ TNF- α trung bình nhóm bệnh là 755,82pg/ml) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng là 355,42pg/ml, $p < 0,001$. Tỷ lệ bệnh nhân tăng TNF- α huyết tương chiếm 57,3%. Nồng độ TNF- α huyết tương tăng ở nhóm bệnh nhân có nhiễm vi rút viêm gan, giảm albumin máu có ý nghĩa so với nhóm không có các đặc điểm trên, $p < 0,05$. **Kết luận:** Tăng nồng độ TNF- α huyết tương là phổ biến và liên quan đến tình trạng nhiễm virus viêm gan và giảm albumin máu ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ.

Từ khóa: Suy thận mạn, Thận nhân tạo chu kỳ, TNF- α huyết tương, Nhiễm virus viêm gan.

SUMMARY

RELATION BETWEEN CONCENTRATION OF PLASMA TNF-A AND SOME FEATURES OF REGULAR HEMODIALYSIS PATIENTS

Objective: To evaluate relation between concentration of plasma TNF- α with hepatic virus infection, hypoalbuminemia of regular hemodialysis patients. **Subjects and methods:** A cross-sectional study with a study group of 82 chronic renal failure patients (regular hemodialysis), and a control group of 31 healthy people. All above people have done measurement plasma TNF- α by ELISA method.

*Bệnh viện 115, Hồ Chí Minh

**Bệnh viện 175, Bộ Quốc phòng

***Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Lê Việt Thắng

Email: lethangviet@yahoo.com

Ngày nhận bài: 9.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 5.3.2018

Ngày duyệt bài: 14.3.2018

Results: The average value of serum TNF- α in study group (755.82pg/ml) was significant higher than control group (355.42 pg/ml), $p < 0.001$. Rate of increase of plasma TNF- α was 57.3%. Concentration of plasma TNF- α in groups with hepatic virus infection, hypoalbuminemia was significantly higher than those of group without above features, $p < 0.05$. **Conclusion:** Increase of plasma TNF- α is common and related to hepatic virus infection, hypoalbuminemia.

Keywords: Chronic renal failure, regular hemodialysis, plasma TNF- α , hepatic virus infection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mạn tính là biểu hiện thường gặp ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ, có mối liên quan mật thiết, làm giảm chất lượng cuộc sống, chất lượng điều trị ở những bệnh nhân này. Sự xuất hiện các cytokine tiền viêm và viêm ở máu và tổ chức cơ quan báo hiệu quá trình viêm đang xảy ra trong cơ thể bệnh nhân. Các cytokine tiền viêm được tiết ra từ các tế bào trong cơ thể khi cơ thể có tác nhân viêm xâm nhập như vi khuẩn; virus hoặc từ các quá trình viêm hệ thống. Đó là các chất có nguồn gốc protein có hoạt tính sinh học cao, với nồng độ tăng cao trong máu ở những bệnh nhân thận nhân tạo nó làm cho hiệu quả điều trị các rối loạn như tăng huyết áp, thiếu máu... giảm xuống.

Yếu tố hoại tử khối u alpha (Tumor Necrosis Factor-Alpha: TNF- α) là một cytokine có nguồn gốc từ bề mặt màng tế bào. Đây là một yếu tố hoạt hóa tế bào nội mô mạch máu rất mạnh và tăng tính thấm thành mạch và thường liên quan đến pha cấp của quá trình viêm. Mặc dù TNF- α là các cytokine liên quan đến quá trình viêm pha cấp, tuy nhiên nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng tăng nồng độ TNF- α trong huyết thanh gặp ở nhiều bệnh lý mạn tính trong đó có bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ. Khi nồng độ TNF- α tăng trong huyết thanh sẽ kích thích sản sinh các cytokine khác, tăng quá mức nồng độ cytokine này làm

ảnh hưởng đến chất lượng điều trị toàn diện bệnh nhân lọc máu. Từ những lý do trên, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: "*Khảo sát mối liên quan nồng độ TNF- α với một số đặc điểm bệnh nhân suy thận mạn tính giai đoạn cuối điều trị bằng thận nhân tạo chu kỳ*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu gồm 113 người chia 2 nhóm: Nhóm bệnh là 82 bệnh nhân được chẩn đoán suy thận mạn tính điều trị lọc máu bằng TNT chu kỳ.

- Nhóm chứng: là 31 người bình thường có giới tương đồng nhóm bệnh.

**Tiêu chuẩn chọn nhóm bệnh:*

- Bệnh nhân suy thận mạn tính do viêm cầu thận mạn và tăng huyết áp

- Lọc máu bằng thận nhân tạo từ 3 tháng trở lên.

- Tuổi từ 18 trở lên

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ nhóm bệnh*

- Bệnh nhân suy thận mạn kèm theo ung thư
- Bệnh nhân đang mắc bệnh cấp tính hoặc nghi ngờ mắc bệnh ngoại khoa.

**Tiêu chuẩn chọn nhóm chứng:*

- Nam và nữ tuổi từ 18 trở lên

- Khoẻ mạnh

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang so sánh bệnh chứng.

- Bệnh nhân được khai thác tiền sử và bệnh sử.

- Được xét nghiệm công thức máu, sinh hoá máu.

- Định lượng TNF- α huyết tương: Lấy máu tĩnh mạch cả nhóm bệnh và chứng. Chống đông sau đó tách huyết tương. Định lượng TNF- α bằng phương pháp ELISA. Đơn vị tính: pg/ml. Chẩn đoán tăng; giảm TNF- α dựa vào kết quả nồng độ nhóm chứng. Bệnh nhân có giá trị TNF- α > trung vị giá trị nhóm chứng được gọi là tăng.

- *Số liệu được xử lý* bằng phần mềm SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Bảng 3.1. So sánh tuổi, giới nhóm bệnh và chứng

Nhóm		Nữ		Nam		Chung	
		n	%	n	%	n	%
Nhóm chứng	n, %	19	61,3	12	38,7	31	100
	Tuổi trung bình (năm)	39,53 ± 9,48		35,75 ± 10,85		38,06 ± 10,03	
Nhóm bệnh nhân	n, %	51	62,2	31	37,8	82	100
	Tuổi trung bình (năm)	50,9 ± 16,94		47,13 ± 15,22		49,48 ± 16,32	
p		> 0,05				< 0,05	

Nhóm bệnh và chứng có tỷ lệ nam/nữ khác biệt không có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$. Trong nghiên cứu, chúng tôi sử dụng nhóm bệnh và chứng để đạt được mục tiêu nghiên cứu. Vì TNF- α là một chỉ số chưa có khảo sát đưa ra kết luận hằng số sinh học người Việt nam, do vậy việc chọn nhóm chứng người bình thường để từ đó xác định tỷ lệ bệnh nhân có tăng nồng độ TNF- α huyết tương.

Bảng 3.2: So sánh nồng độ TNF- α huyết tương ở nhóm bệnh và chứng

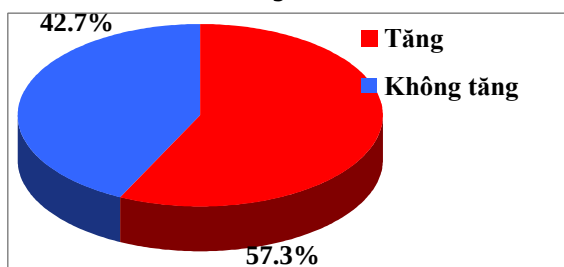
Chỉ tiêu	Nhóm bệnh (n=82)	Nhóm chứng (n=31)	p
TNF- α (pg/ml)	755,82 (558,33 – 920,92)	355,42 (254,89 – 405,07)	< 0,001
Min	299,56	185,83	
Max	2113,6	703,42	

Giá trị trung vị nồng độ TNF- α huyết tương ở nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng có ý nghĩa, $p < 0,001$. Cả giá trị thấp nhất và cao nhất của nhóm bệnh đều cao hơn nhóm chứng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các tác giả trên thế giới: Jin K và CS năm 2017 nghiên cứu nồng độ TNF- α ở 20 bệnh nhân TNT chu kỳ so sánh với 20 người khoẻ mạnh, Babaei M và CS năm 2014 nghiên cứu trên 80 BN TNT chu kỳ và 80 người khoẻ mạnh, kết quả đều cho thấy nồng độ TNF- α huyết tương ở nhóm bệnh đều cao hơn nhóm chứng có ý nghĩa, $p < 0,01$. Khi xem xét lý do bệnh nhân TNTCK tăng nồng độ TNF- α huyết tương chúng tôi nhận thấy: TNF- α là một polypeptid, được tạo ra từ đại thực bào trong cơ thể như một tiền hóc môn không hoạt động và

được tổng hợp trong các tế bào giết tự nhiên, các tế bào u hắc tố, và một vài dòng tế bào ung thư. TNF- α cũng được tiết ra từ tế bào mô mỡ, các vi thể bào đệm, các sao bào và từ nội mạc mạch máu. Vì là một cytokine tiền viêm, hay yếu tố trung gian đóng vai trò đặc biệt quan trọng trong phản ứng viêm nên TNF- α có chức năng miễn dịch bẩm sinh và trung gian đáp ứng vật chủ chống lại một loạt các tác nhân gây nhiễm trùng cơ hội. TNF- α còn có vai trò chết tế bào theo lập trình, có chức năng quyết định sự phát triển bình thường của tế bào lympho.

Tăng nồng độ TNF-alpha chiếm 57,3% số bệnh nhân nghiên cứu. Panuccio V và cộng sự 2012 đã đánh giá tỷ lệ bệnh nhân có tăng nồng độ TNF- α huyết tương ở 100 BN lọc máu gồm 66

BN TNTCK và 34 BN LMB, tỷ lệ tăng TNF- α huyết tương là 78,0% (lấy giá trị tham chiếu TNF- α < 4,1pg/ml. Với những cơ chế viêm, miễn dịch ở bệnh nhân mắc bệnh thận mạn đã giải thích được tại sao bệnh nhân TNTCK lại tăng nồng độ cytokine tiền viêm này. Đây là một kết quả hợp lý bởi TNF- α xuất hiện ở những pha viêm cấp và có liên quan mật thiết đến quá trình viêm nhiễm trùng và không nhiễm trùng. Các yếu tố tiền viêm được nhiều tế bào tiết ra đồng thời, cũng như yếu tố này kích hoạt tế bào viêm, tế bào tổn thương tăng tiết yếu tố kia, trong một vòng xoắn bệnh lý mà các cytokine viêm xuất hiện như minh chứng của bảo vệ, nhưng nếu tiết quá mức lại trở thành yếu tố kích hoạt cho các quá trình tế bào chết theo chương trình.



Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ bệnh nhân tăng TNF- α ở nhóm bệnh (n=82)

Bảng 3.3: Liên quan nồng độ TNF- α theo nhóm bệnh nhân có tình trạng nhiễm hoặc không nhiễm virus viêm gan (n=82)

	TNF- α (pg/ml)	
	Trung vị	Tỷ lệ tăng n (%)
Không nhiễm (n=61)	729,74 (552,14 – 909,3)	33 (54,1)
Có nhiễm (n=21)	814,37 (575,4 – 1058,5)	14 (66,7)
p	< 0,05	> 0,05

Nhóm bệnh nhân nhiễm virus viêm gan có nồng độ TNF- α huyết tương trung bình cao hơn nhóm không nhiễm có ý nghĩa, $p < 0,05$, tuy nhiên tỷ lệ tăng nồng độ TNF- α huyết tương không có sự khác biệt, $p > 0,05$. Ở bệnh nhân TNTCK nhiễm virus viêm gan tồn tại 2 dạng người mang trùng và viêm gan hoạt động. Nhóm nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, các bệnh nhân không biểu hiện tình trạng virus viêm gan đang hoạt động bởi nồng độ các enzyme gan ở nhóm nhiễm và không nhiễm không có sự khác biệt. Như vậy, mặc dù tình trạng viêm gan không hoạt động nhưng vẫn có quá trình viêm xảy ra trên bệnh nhân này, minh chứng cho việc có mối liên quan có ý nghĩa giữa tình trạng nhiễm virus viêm gan và nồng độ TNF- α huyết tương.

Bảng 3.4: Liên quan giữa nồng độ TNF- α với albumin máu (n=82)

Đặc điểm	TNF- α (pg/ml)	
	Trung vị	Tỷ lệ tăng (n, %)
Không giảm albumin (n=61)	674,1 (537,18–878,78)	10 (47,6)
Giảm albumin (n=61)	790,21 (588,86–933,31)	37 (60,7)
p	< 0,05	> 0,05

Có liên quan nồng độ TNF- α huyết tương với tình trạng giảm albumin máu ở bệnh nhân STMT TNT chu kỳ, $p < 0,05$. Nồng độ albumin giảm liên quan đến tăng viêm được giải thích bởi một số yếu tố trên bệnh nhân TNTCK như: giảm tổng hợp, tăng chuyển hoá. Tình trạng giảm albumin là biểu hiện của suy dinh dưỡng ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính bao gồm cả bệnh nhân STMT TNTCK. Quá trình viêm, suy dinh dưỡng là quá trình song hành, tác động qua lại với nhau, tạo một vòng xoắn bệnh lý. Tỷ lệ bệnh nhân TNTCK có hội chứng viêm-suy dinh dưỡng khá cao, điều này khẳng định mối liên quan trong cơ chế giảm albumin, thiếu máu gây tăng nồng độ các cytokine viêm trong đó có TNF- α . Kết quả nghiên cứu của chúng tôi góp phần giải thích và khẳng định mối liên quan này.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu nồng độ TNF- α huyết tương của 82 bệnh nhân suy thận mạn tính do viêm cầu thận mạn tính và THA, so sánh với 31 người bình thường, chúng tôi rút ra một số nhận xét sau:

- Nồng độ TNF- α trung bình nhóm bệnh là 755,82pg/ml) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng là 355,42pg/ml, $p < 0,001$. Tỷ lệ bệnh nhân tăng TNF- α huyết tương chiếm 57,3%.
- Nồng độ TNF- α huyết tương tăng ở nhóm bệnh nhân có nhiễm vi rút viêm gan, giảm albumin máu có ý nghĩa so với nhóm không có các đặc điểm trên, $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sohrabi Z., Eftekhari M.H., Eskandari M.H., et al.** (2015), "Malnutrition-inflammation score and quality of life in hemodialysis patients: is there any correlation?" *Nephrourol Mon.* 7(3):e27445.
2. **Văn Đình Hoa** (2006), "Cytokine". *Miễn dịch học*: 334-343.
3. **Dai L., Golembiewska E., Lindholm B., et al.** (2017), "End-Stage Renal Disease, Inflammation and Cardiovascular Outcomes." *Contrib Nephrol.* 191:32-43.
4. **Khor BH, Narayanan SS, Sahathevan S, et al** (2018), "Efficacy of Nutritional Interventions on Inflammatory Markers in Haemodialysis Patients: A Systematic Review and Limited Meta-Analysis."

- Nutrients. 2018 Mar 23;10(4). pii: E397. doi: 10.3390/nu10040397. Review.
5. **Panuccio V., Enia G., Tripepi R., et al.** (2012), "Pro-inflammatory cytokines and bone fractures in CKD patients. An exploratory single centre study." BMC Nephrol. 13:134. doi: 10.1186/1471-2369-13-134.
 6. **Jin K., Vaziri N.D.** (2017), "Elevated Plasma Cyclophilin A in Hemodialysis and Peritoneal Dialysis Patients: a Novel Link to Systemic Inflammation." Iran J Kidney Dis. 11(1):44-49
 7. **Babaei M., Dashti N., Lamei N., et al.** (2014), "Evaluation of plasma concentrations of homocysteine, IL-6, TNF-alpha, hs-CRP, and total antioxidant capacity in patients with end-stage renal failure." Acta Med Iran. 52(12):893-8.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GHEP MÀNG ỒI TRONG GIAI ĐOẠN CẤP TÍNH ĐIỀU TRỊ BỎNG MẮT DO HÓA CHẤT MỨC ĐỘ NẶNG

Nguyễn Đình Ngân¹, Phạm Ngọc Đông², Lê Xuân Cung²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả bước đầu của phẫu thuật ghép màng ối trong điều trị bỏng mắt mức độ nặng do hóa chất giai đoạn cấp tại Bệnh viện Quân Y 103. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả lâm sàng không đối chứng so sánh dọc trước sau trên 31 mắt (26 bệnh nhân) bỏng kết giác mạc do hóa chất độ 5, độ 6 (theo phân độ của Dua H.S., 2001). Các mắt được phẫu thuật ghép màng ối trong giai đoạn cấp (≤ 10 ngày sau bỏng). **Kết quả:** Trong 31 mắt có 6 bệnh nhân bỏng cả 2 mắt mức độ nặng, 19 bệnh nhân bỏng 1 mắt mức độ nặng. Có 10 mắt bỏng do acid, 21 mắt bỏng do base. Biểu mô bề mặt nhãn cầu tái tạo hoàn toàn ở 100% số mắt sau phẫu thuật với thời gian liền từ 5 đến 38 ngày (trung bình là $16,44 \pm 9,86$ ngày). Bề mặt biểu mô nhãn cầu là 77,4%, chỉ có 4 mắt (12,9%) xuất hiện bong biểu mô tái diễn và 4 mắt (12,9%) có tân mạch giác mạc nặng, 8 mắt (26%) xơ dính cùng đồ từ 1/4 cùng đồ trở lên trong vòng 6 tháng sau phẫu thuật. Sau phẫu thuật 6 tháng, thị lực cải thiện tốt ở 74% (23/31 mắt), chỉ có 1 mắt không cải thiện thị lực do đục thể thủy tinh, dính dính đồng tử. **Kết luận:** Phẫu thuật ghép màng ối trong giai đoạn cấp là phương pháp có hiệu quả trong điều trị bỏng mắt mức độ nặng do hóa chất.

Từ khóa: màng ối, ghép thay thế, bỏng mắt, biểu mô bề mặt nhãn cầu

SUMMARY

EVALUATE THE PRIMARY RESULTS OF INLAY AMNIOTIC MEMBRANE TRANSPLANTATION IN ACUTE PHASE OF SEVERE CHEMICAL EYE BURN

Objectives: to evaluate the primary results of inlay amniotic membrane transplantation in acute phase of severe chemical eye burn at 103 Military hospital. **Patients and methods:** the longitudinal

observational study in 31 severe chemical injured eyes of 26 patients (grade 5 or 6 in Dua H.S. grading system, 2001). All these eyes were transplanted inlay amniotic membrane in acute phase (within 10 days from the injured day). **Results:** There were 6 patients with both severe injured eyes and 19 patients with lateral severe injured eye. There were 10 eyes with acid burn and 21 eyes with base burn. After surgery, the ocular surface was restored in 100% of injured eyes with the healing time from 5 to 38 days (average $16,44 \pm 9,86$ days). Six months postoperatively, the ocular surface was smooth in 77,4% eyes and there were only 4 eyes (12,9%) with recurrent epithelial erosion, 4 eyes (12,9%) with severe corneal neovascularization and 8 eyes (26%) with moderate symblepharon (the length of symblepharon is more than a quarter of conjunctival sac). The visual acuity was ameliorated in 74% (23/31) eyes and there was only one eye with no-changed visual acuity because of cataract and posterior pupil synechia in 6 months postoperatively. **Conclusion:** The inlay amniotic membrane transplantation in acute phase is an effective surgery in treatment severe chemical eye burn.

Key words: amniotic membrane, inlay transplantation, eye burn, ocular surface

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bỏng mắt là một cấp cứu đặc biệt trong nhãn khoa, làm tổn thương không chỉ bề mặt nhãn cầu mà còn cả các cấu trúc nội nhãn dẫn tới hậu quả tổn hại lâu dài thậm chí vĩnh viễn chức năng thị giác của một hoặc cả hai mắt... Trong bỏng mắt do hóa chất, các tác nhân gây bỏng không chỉ gây tổn thương tại thời điểm tai nạn mà còn tiếp tục gây tổn thương ở các giai đoạn sau, đặc biệt trường hợp không được sơ cấp cứu kịp thời. Các tác nhân hóa chất nằm trong mô bề mặt nhãn cầu sẽ xuyên sâu và gây ra cả các biến chứng nội nhãn [1],[4],[6]. Việc điều trị trong giai đoạn cấp (trong 7–10 ngày sau bỏng) quyết định mức độ hồi phục chức năng thị giác sau này [4], [5]. Màng ối với những đặc tính thúc đẩy sự tái tạo biểu mô bề mặt nhãn cầu, ức chế quá trình tạo xơ dưới kết mạc, ức chế các enzyme

¹Bệnh viện Quân y 103

²Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Ngân

Email: ngan.ophtal@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 5.3.2018

Ngày duyệt bài: 15.3.2018

tiêu protein và quá trình viêm mạn tính gây tổn hại bề mặt nhãn cầu từ lâu đã được sử dụng trong bóng mắt do hoá chất giai đoạn cấp. Tuy nhiên đa số các nghiên cứu đều sử dụng ghép màng ối theo kỹ thuật ghép phủ (overlay) với mục đích giảm đau, chống viêm, chống viêm, tăng liên biểu mô dưới màng ối. Do đó kỹ thuật này được chứng minh có hiệu quả giảm đau, chống dính ở bệnh nhân bóng trung bình, nhưng không có tác dụng trên các trường hợp bóng nặng [5],[7].

Tại Việt Nam, một số nghiên cứu đã chứng minh sự an toàn cùng với tính hiệu quả của màng ối trong sửa chữa bề mặt nhãn cầu điều trị bóng mắt do hóa chất ở các giai đoạn khác nhau [1], [2], [3]. Tuy nhiên, hầu như chưa có nghiên cứu nào đánh giá ghép màng ối thay thế (inlay) chỉ trong giai đoạn cấp (trong 7 – 10 ngày sau bóng) ở bóng mắt do hoá chất do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này mục tiêu: *đánh giá kết quả bước đầu của phẫu thuật ghép màng ối thay thế trong điều trị bóng mắt do hóa chất mức độ nặng giai đoạn cấp tính.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân bóng giác mạc mức độ nặng do hóa chất được phẫu thuật ghép màng ối điều trị từ 1/2013 - 1/2017 tại khoa Mắt - Bệnh viện Quân y 103.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn.** Bóng mắt do hóa chất mức độ nặng (độ 5 – 6, phân độ Dua H.S 2001 [6]). Xác định rõ vùng tổn thương bóng tại bề mặt nhãn cầu (pH đo tại vùng tổn thương ≈ 7), tổn thương không biểu mô hoá thêm với điều trị nội khoa. Thời gian phẫu thuật từ 7–10 ngày sau bóng.

- **Tiêu chuẩn loại trừ.** Có tổn thương bóng nặng toàn thân kèm theo không đảm bảo phẫu thuật. Có tổn thương nặng ở mi: hở mi, biến dạng mi, khuyết mi... Bệnh nhân nhỏ tuổi (≤ 6 tuổi) không đánh giá, theo dõi được bằng sinh hiển vi đèn khe sau mổ. Bệnh nhân bỏ theo dõi hoặc không đồng ý tham gia vào nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu mô tả lâm sàng không đối chứng so sánh dọc trước và sau điều trị.

Cỡ mẫu nghiên cứu: chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 35 mắt (31 bệnh nhân)

2.2.2. Phương pháp tiến hành

- **Điều trị trước phẫu thuật:** Ngay sau bóng, bệnh nhân được loại bỏ dị vật, hóa chất trên bề mặt nhãn cầu. Truyền rửa tại chỗ liên tục bằng dung dịch Ringerlactat x 2000ml/ngày trong 3 ngày đầu sau bóng với bóng acid, 7 ngày với bóng kiềm

(đánh giá pH trước và sau truyền rửa). Toàn thân (uống): doxycyclin, vitamin C. Tại chỗ (tra): các dung dịch kháng sinh phổ rộng, chống viêm Corticoid, Atropin 1%, huyết thanh tự thân 50%.

- **Điều trị nội khoa và chăm sóc sau phẫu thuật:** Tra mắt tại chỗ: kháng sinh phòng bội nhiễm, corticoid tra 4 – 6 lần/ngày rồi giảm liều dần với đáp ứng viêm giảm. Huyết thanh tự thân 50% tra 30 phút/lần trong những ngày đầu, sau đó duy trì 10 lần/ngày tới khi bề mặt nhãn cầu biểu mô hóa hoàn toàn. Kháng sinh phòng bội nhiễm. Đặt kính tiếp xúc mềm khi biểu mô hoá đến rìa giác mạc.

Toàn thân: tiếp tục dùng Doxycyclin, vitamin C.

Chăm sóc: Thay băng, rửa mắt tiết tởm bầm trên màng ối, quanh các mũi chỉ, mi mắt, hàng ngày, tách cù đờ hàng ngày bằng que thủy tinh. Tháo kính tiếp xúc và cắt chỉ sau khi bề mặt nhãn cầu biểu mô hoá hoàn toàn.

2.2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

- **Đặc điểm trước phẫu thuật:** Tuổi, giới, nguyên nhân gây bóng, độ bóng

- **Kết quả sau phẫu thuật:** Thời gian liên biểu mô (thời gian bắt đầu liên biểu mô, thời gian liên biểu mô hoàn toàn), tính chất liên biểu mô (bong biểu mô tái diễn, xơ mạch giác mạc, bề mặt nhãn cầu), tình trạng cù đờ và xơ mạch giác mạc.

Tình trạng thị lực: Cải thiện thị lực được phân loại theo N.H.Linh (2010) [2]

+ Cải thiện tốt: TL sau phẫu thuật tăng > ĐNT 3m hoặc TL tăng > 2 hàng.

+ Cải thiện trung bình: TL sau phẫu thuật tăng < ĐNT 3m hoặc TL tăng < 2 hàng.

+ Không cải thiện: TL giảm hoặc không thay đổi.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật: Nghiên cứu tiến hành trên 31 mắt của 25 bệnh nhân có tuổi từ 17–75 (trung bình là 38,54 + 14,76), trong đó có 18 nam, 7 nữ.

Trong 31 mắt có 6 bệnh nhân bóng cả 2 mắt mức độ nặng, 19 bệnh nhân bóng 1 mắt mức độ nặng (số mắt còn lại của các bệnh nhân này có 11 mắt bóng từ độ 1 đến 4, 8 mắt không bị bóng nên không được đưa vào nghiên cứu).

Bảng 1. Tác nhân và độ nặng của bóng mắt do hoá chất trong nhóm nghiên cứu.

Tác nhân bóng \ Độ bóng	Độ 5	Độ 6	Tổng
Acid	6	4	10
Base	13	8	21
Tổng	19	12	31

Không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tỷ lệ mắc bóng nặng (độ 5 và 6) do base với do acid ($p > 0,05$ test χ^2).

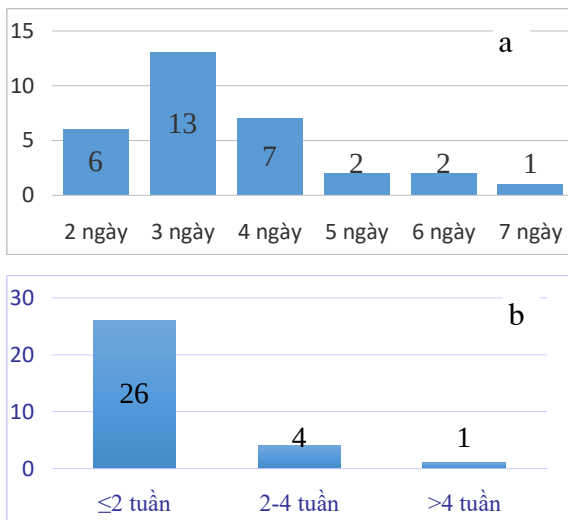
Tổn thương phối hợp:

- Bỏng da mi: 31 mắt, trong đó 11 mắt độ 1, 15 mắt độ 2, 5 mắt độ 3
- Tăng nhãn áp: 10 mắt, trong đó 9 mắt là do base.
- Viêm dính mống mắt: 13 mắt, trong đó 9 mắt là do base
- Đục thể thủy tinh: 7 mắt, trong đó 5 mắt là do base.

Đánh giá các tổn thương liên quan đến nội nhãn (tăng nhãn áp, viêm dính mống mắt, đục thể thủy tinh) tỷ lệ mắc của nhóm bỏng do base cao hơn có ý nghĩa so với nhóm bỏng do acid ($p < 0,05$). Kết quả này cũng phù hợp với đặc điểm của base là xuyên sâu rất mạnh gây tổn thương tế bào, tồn lưu trong tổ chức kéo dài [4].

3.2. Kết quả phẫu thuật**3.2.1. Thời gian liền biểu mô**

- *Thời điểm bắt đầu biểu mô hoá:* Thời điểm bắt đầu biểu mô hóa được quan sát trên lâm sàng bằng nhuộm fluorescein sớm nhất là 2 ngày, muộn nhất là 7 ngày (trung bình: $3,12 \pm 1,31$ ngày). Có trên 80% trường hợp (26/31 mắt) bắt đầu biểu mô hoá trong vòng 4 ngày sau phẫu thuật (biểu đồ 1). Kết quả này sớm hơn so với một số nghiên cứu phẫu thuật sau bỏng 2 tuần [1],[2]. Theo chúng tôi việc ghép màng ối sớm giúp tiếp cận với một số tế bào gốc biểu mô kết mạc ở cùng đồ cũng như loại bỏ được sớm tổ chức hoại tử ở bề mặt nhãn cầu sẽ giúp giảm quá trình viêm và làm mất biểu mô hoá sớm.



Biểu đồ 1. Thời gian bắt đầu biểu mô hóa (a) và biểu mô hóa hoàn toàn (b)

- *Thời gian liền biểu mô hoàn toàn:* Thời gian biểu mô hóa hoàn toàn của các mắt trong nghiên cứu từ 5 đến 38 ngày (trung bình là $16,44 \pm 9,86$ ngày). Trong 31 mắt chỉ có 2 mắt

xuất hiện khuyết biểu mô lâu liền (các mắt này đều là bỏng base độ 6) phải ghép màng ối lần 2, nhưng đều liền biểu mô sau ghép 10 ngày. Có 30/31 mắt liền biểu mô hoàn toàn trong tháng đầu tiên. Kết quả của chúng tôi tốt hơn các nghiên cứu trước đây khi ghép màng ối được thực hiện trong tháng đầu tiên sau bỏng (nhưng chủ yếu là sau bỏng 2 tuần trở ra) (bảng 2). Điều này chứng tỏ việc ghép màng ối sớm giúp mắt bỏng liền biểu mô nhanh hơn, hạn chế được các biến chứng hoại tử vô khuẩn, loét khó hàn gắn.

Bảng 2. Thời gian biểu mô hoá hoàn toàn trong các nghiên cứu

Tác giả	Trung bình (ngày)	SD (ngày)	n (số mắt)
Meller D, 2000	23,7	9,8	13
Ucakhan OO, 2002	24,6	17,3	9
Ricardo JR, 2009	27,8	4,7	10
H.M.Châu, N.H.Linh, 2010	24,4	15,8	35
N.D.Ngân và cộng sự, 2017	16,44	9,86	31

Theo chúng tôi kết quả này có thể do phối hợp 2 yếu tố. Thứ nhất cơ chế của quá trình viêm của bỏng kết giác do hoá chất xuất phát từ các tổ chức hoại tử do bỏng gây hoá ứng động bạch cầu, hoạt hoá các men tiêu viêm của tổ chức ngoại bào (matrix metalloproteinases, MMPs). Các yếu tố này sẽ gây viêm làm chậm liền biểu mô, tiêu tổ chức nhu mô giác mạc và hậu quả là hoại tử vô khuẩn trong giai đoạn sửa chữa sớm sau bỏng (tuần thứ 2 đến hết tuần thứ 3 sau bỏng) [4]. Nếu trong giai đoạn bỏng cấp tổ chức hoại tử được loại bỏ hết sẽ giảm quá trình viêm, hoại tử vô khuẩn ở các giai đoạn sau. Thứ hai màng ối khi được sử dụng ghép lại bề mặt nhãn cầu đã cắt gọt hoại tử cung cấp một chất nền rất tốt cho các tế bào biểu mô phát triển lên trên bề mặt màng ối, thúc đẩy quá trình tái tạo biểu mô thông qua ức chế hoạt động của men tiêu protein, ức chế sự thâm nhiễm bạch cầu và giúp nhân lên những tế bào gốc ở vùng rìa (giác mạc) hay ở cùng đồ (kết mạc) còn sống sót [3],[5].

3.2.2 Tính chất biểu mô

Bảng 3. Đặc điểm biểu mô bề mặt nhãn cầu 6 tháng sau phẫu thuật.

Tính chất liên biểu mô	Số mắt (n)	Tỷ lệ (%)	p
Bề mặt nhãn cầu	Nhẵn	24	77,4
	Xù xì	7	22,5
Bong biểu mô tái diễn	Có	4	12,9
	Không	27	87,1
Tình trạng xơ mạch	Không có	18	61
	Nhẹ	9	29,1

giác giác	Nặng	4	12,9	
-----------	------	---	------	--

- **Tính chất biểu mô bề mặt nhãn cầu:** Ở 31 mắt nghiên cứu trong 6 tháng sau mổ có trên 2/3 trường hợp biểu mô nhãn khác biệt có ý nghĩa thống kê với nhóm biểu mô xù xì ($p < 0,05$, test t-Student). Như vậy ghép màng ối sớm trong bóng mắt đã cải thiện tốt bề mặt nhãn cầu, cung cấp bề mặt nhãn, chứng tỏ sự ổn định của tế bào biểu mô bề mặt.

- **Bong biểu mô tái diễn:** Chỉ có 4 mắt (12,9%) xuất hiện bong biểu mô tái diễn, ít hơn so với số mắt không bong ($p < 0,05$, test t-Student). Điều này chứng tỏ biểu mô bề mặt nhãn cầu (chủ yếu là biểu mô kết mạc) liên kết với nhau và màng đáy khá vững chắc và tế bào biểu mô khoẻ mạnh.

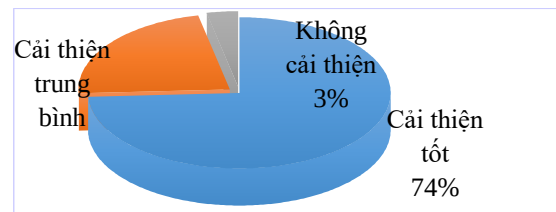
- **Tình trạng xơ mạch:** Tình trạng xuất hiện xơ mạch mức độ nhiều và nhẹ xảy ra trên 13 mắt chiếm 39%, ít hơn số mắt không xuất hiện xơ mạch là 18 mắt chiếm 61%, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$, test t-Student). N.H. Linh (2010) nghiên cứu ghép màng ối giai đoạn muộn (trong vòng 1 tháng sau bóng) nhóm bóng nặng có tỷ lệ xơ mạch ở tháng thứ 6 sau phẫu thuật là 71% (17/24 mắt) [2]. Arora R (2005) ghép phủ màng ối trong bóng cấp cho kết quả 80% số mắt có xơ mạch giác mạc sau 10,14 + 4,4 tháng theo dõi.

Xơ mạch giác mạc là do tình trạng tổn thương tế bào gốc vùng rìa, biểu mô giác mạc được thay thế bằng biểu mô kết mạc mang theo mạch máu. Ngoài ra yếu tố viêm, khuyết biểu mô cũng làm thuận lợi cho xơ mạch phát triển vào giác mạc [4]. Theo chúng tôi mặc dù các đối tượng trong nghiên cứu có tổn thương tế bào gốc vùng rìa trầm trọng (trên 3/4 rìa) nhưng việc cắt lọc hoại tử và ghép màng ối sớm giúp chống viêm, bảo tồn các tế bào gốc giác mạc còn sót lại ở vùng rìa, giảm biến chứng xơ mạch giác mạc.

3.2.3. Tình trạng xơ dính cùng đồ: Tình trạng xơ dính cùng đồ được đánh giá sau phẫu thuật ở tháng thứ 6, cho thấy có 23 mắt có tình trạng cùng đồ tốt chiếm 74% (15 mắt không có dính, 8 mắt có xơ dính dưới 1/4 cùng đồ), 8 mắt có tình trạng cùng đồ trung bình và kém (có xơ dính từ 1/4 cùng đồ trở lên) chiếm 26%. Tỷ lệ này thấp hơn so với trong nghiên cứu của tác giả Arora R (60%) hay tác giả Ricardo JR (40%) và cao hơn so với kết quả trong nghiên cứu của Meller D (7,7%). Tuy vậy có một điểm khá tương đồng là trong nghiên cứu của Arora R, phần lớn những mắt gặp xơ dính (7/9 mắt) đều thuộc nhóm bóng độ 4 (phân độ Roper Hall, tương đương độ 5 và 6 phân độ Dua). Hiện tượng xơ dính cùng đồ sau phẫu thuật đã được các tác giả

(Arora R. Meller D. Ricardo J.R) giải thích là bởi màng ối giúp tăng cường hàn gắn bề mặt nhãn cầu, giảm phản ứng viêm chứ không ngăn chặn được xơ dính cùng đồ sau bóng.

3.2.4. Thị lực sau phẫu thuật: 6 tháng sau phẫu thuật, trên 31 mắt nghiên cứu có 23 mắt có cải thiện thị lực tốt ($> \text{DNT } 3\text{m}$, hoặc tăng 2 hàng thị lực) chiếm 74%, cao hơn số 8 mắt trong nhóm cải thiện thị lực trung bình và không thay đổi chiếm 26% ($< \text{DNT } 3\text{m}$, hoặc tăng ít hơn 2 hàng thị lực), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Chỉ có 1 mắt không cải thiện thị lực do đục thủy tinh thể, dính bất đồng tử do mỏng mắt bị viêm dính.



Biểu đồ 2. Phân bố biến đổi thị lực sau phẫu thuật.

Cải thiện tốt: $> \text{DNT } 3\text{m}$ hoặc tăng 2 hàng

Cải thiện trung bình: $\leq \text{DNT } 3\text{m}$ hoặc tăng ít hơn 2 hàng

Không cải thiện: giảm hoặc không tăng thị lực

3.2.5. Tai biến, biến chứng sau phẫu thuật: Trong 31 mắt nghiên cứu chỉ có 1 mắt (3%) nhiễm trùng màng ghép xuất phát từ bờ mi bị bóng độ 3, trường hợp này sau đó được sử dụng kháng sinh liên tục và điều trị ghép da mi và kết quả ổn định nhưng muộn hơn. Các trường hợp xuất huyết, đọng dịch dưới mảnh ghép khá hiếm (2 mắt, 6%), được phát hiện sớm, rạch màng ối tháo dịch giúp áp phẳng lại mảnh ghép sớm và đều cho kết quả liên biểu mô. Chỉ có 2 mắt (6%) rơi kính tiếp xúc do biến dạng bờ mi và mặt trong mi, phải khâu cò đến khi liên biểu mô hoàn toàn.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật ghép màng ối trong giai đoạn cấp cho kết quả tốt ở bệnh nhân bóng mắt do hóa chất mức độ nặng. Có 100% số mắt biểu mô hóa hoàn toàn sau phẫu thuật, trong đó có 97% (29/31 mắt) biểu mô hóa hoàn toàn chỉ sau 1 lần phẫu thuật. Thời gian biểu mô hóa hoàn toàn từ 5 đến 38 ngày (trung bình là $16,44 \pm 9,86$ ngày). Bề mặt biểu mô nhãn bong là 77,4%, chỉ có 4 mắt (12,9%) xuất hiện bong biểu mô tái diễn và 4 mắt (12,9%) có tổn thương giác mạc nặng trong vòng 6 tháng sau phẫu thuật.

Sau phẫu thuật 6 tháng, thị lực cải thiện tốt ở 74% (23/31 mắt). Chỉ có 8 mắt (26%) xơ dính cùng đồ từ 1/4 cùng đồ trở lên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Minh Tuấn**, "Nghiên cứu màng ối điều trị bong cấp". Luận văn thạc sỹ y học. Đại học y Thành phố Hồ Chí Minh (2005)
2. **Nguyễn Hoàng Linh, Hoàng Thị Minh Châu**, "Đánh giá kết quả của phẫu thuật ghép màng ối trong điều trị bong mắt do hóa chất trong giai đoạn cấp", Tạp chí nhãn khoa (2010), số 5, tập 12 trang 54-68.
3. **Vũ Thị Tuệ Khanh, Hoàng Thị Minh Châu**, "Đánh giá kết quả của phẫu thuật ghép màng ối trong điều trị di chứng bong mắt do hóa chất và

nhật", Nghiên cứu ý học (2004), số 6, tập 32 trang 84-90.

4. **McGhee C.H.J, Crawford A.Z, Meyer J.J, Patel D.V. Chapter 94**: "Chemical and thermal injuries of the eye", in Cornea, editors Mannis M.J and Holland E.J, New York, Elsevier, 20017, 1106-1119
5. **Clare G, Suleman H, Bunce C, Dua H.** Amniotic membrane transplantation for acute ocular burns. *Cochrane Database of Systematic Review*, 2012, Issue 9.
6. **Dua H., King A., Joseph A. A** new classification of ocular surface burns. *Br. J. Ophthalmol.* 2001 November, 85 (11): 1379 – 1383.
7. **Sangwan V.S, Burman S., Tejwani S., Mahesh S.P, Murthy R.** Amniotic membrane transplantation: A review of current indications in the management of ophthalmic disorders. *Indian J Ophthalmol* 2007;55:251-60.

NGHIÊN CỨU ĐÁNH GIÁ SỰ ĐA DẠNG CỦA NẤM MỐC VÀ ĐỘC TỐ CỦA CHÚNG TRONG CÁC MẪU TƯƠNG

Đoàn Văn Thuộc¹, Lại Duy Hưng², Lê Thị Việt Hà³

TÓM TẮT

Nghiên cứu trên các mẫu tương được sản xuất truyền thống và mẫu tương được bán tại Hưng Yên nhằm xác định sự đa dạng của nấm mốc và hàm lượng độc tố trong mẫu tương. Kết quả cho thấy các chủng nấm phân lập được khá đa dạng chủ yếu thuộc 2 chi *Aspergillus* và *Penicillium*. Trong số 9 chủng nấm mốc thuộc chi *Aspergillus* có đến 6 chủng có quan hệ gần gũi với các loài *Aspergillus flavus* và *Aspergillus oryzae*. Kết quả kiểm tra hàm lượng Aflatoxin âm tính cho các mẫu tương bán dùng trong nghiên cứu, sau khi phân lập chủng *Aspergillus* sp. Tb37 có biểu hiện Aflatoxin dương tính. Kết quả đánh giá khả năng sinh tổng hợp protease và amylase của 5 chủng không sinh độc tố và có quan hệ gần gũi với loài *Aspergillus oryzae* chỉ ra 4/5 chủng có khả năng sinh tổng hợp cả 2 loại enzyme này, trong đó chủng *Aspergillus* sp. Tb2 có khả năng sinh enzyme mạnh đã được lựa chọn và giữ giống để sản xuất tương an toàn.

SUMMARY

STUDY ON THE DIVERSITY OF MOLD AND TOXICITY IN FERMENTED SOYBEAN PASTE SAMPLES

Study on soy sauce samples which were conducted from traditional method/or were sold at Hung Yen to determine the diversity of mold and toxicity in soy sauce samples. Most of isolated samples were *Aspergillus* and *Penicillium*. Among nine strains of *Aspergillus*, six species were related to *Aspergillus*

flavus and *Aspergillus oryzae*. Aflatoxin test were negative for all samples. After isolation, *Aspergillus* sp. Tb37 was positive for Aflatoxin test. The biosynthesis of protease and amylase of five non-toxic strains which closely related to *Aspergillus oryzae* indicated that four out of five strains are capable of biosynthesis of both protease and amylase, of which *Aspergillus* sp. Tb2 has stronger potential to produce enzymes that has been selected and maintained for safe production.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Aflatoxin là loại độc tố được sản sinh bởi một số loài nấm thuộc chi *Aspergillus*, ví dụ như *A. flavus*, *A. parasiticus*, và *A. nomius* [1]. Những loại nấm này thường lây nhiễm vào các loại ngũ cốc như lúa gạo, ngô, lạc, đậu. Có một số loại độc tố nấm chính đó là B1, B2, G1, và G2; trong đó loại B1 là loại phổ biến được tìm thấy trong tự nhiên. Độc tố này có thể gây tổn thương hệ thần kinh trung ương, tim, phổi, gây ung thư, ức chế hệ thống miễn dịch hoặc ảnh hưởng đến cấu trúc của DNA. Các sai hỏng về mặt di truyền có thể gây dị tật cho thai nhi, hoặc gây sảy thai [2].

Tương bần có từ khoảng cuối thế kỷ 19 và nó đã trở thành một trong những món ăn đặc sản của Việt Nam. Tương được sản xuất tại thị trấn Bần, xã Yên Nhân, huyện Mỹ Hào tỉnh Hưng Yên được coi là nổi tiếng với phương pháp truyền thống bằng cách ủ trong chum và dùng mốc để ủ. Vì vậy, trong thành phần của tương ngoài nấm mốc hoa cau *Aspergillus oryzae* (loại nấm chủ yếu dùng để lên men tương bần) thì có thể lẫn một số loại nấm khác như ví dụ như *Aspergillus flavus*. Do đó, đề tài này được tiến

¹Đại học Sư Phạm Hà Nội

²Trường THPT Chuyên Trần Phú, Hải Phòng

³Trường THPT Ngô Quyền, Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Văn Thuộc

Email: thuocdv@hnue.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.1.2018

Ngày phản biện khoa học: 5.3.2018

Ngày duyệt bài: 16.3.2018

hành với mục tiêu đánh giá được sự đa dạng của nấm mốc và hàm lượng độc tố nấm trong một số mẫu tương bần thu thập tại Hưng Yên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng

- **Mẫu tương:** Mẫu được lấy ngẫu nhiên tại một số gia đình sản xuất tương truyền thống và một số mẫu tương được bán ngoài thị trường tại thị trấn Bần Hưng Yên.

- **Vi sinh vật:** các chủng nấm phân lập từ tương bần thu thập được ở thị trấn Bần - Hưng Yên.

2. Địa điểm và thời gian:

- **Địa điểm:** đề tài được thực hiện tại phòng thí nghiệm thuộc bộ môn CNSH- Vi Sinh, Trường Đại học Sư Phạm Hà Nội.

- **Thời gian:** 6/2017- 4/2018

3. Phương pháp

- Phân lập các mẫu thu được trên môi trường Crapek-Dox: Sau 3-4 ngày, quan sát mẫu, đếm số lượng khuẩn lạc nấm mốc, chọn những khuẩn lạc nấm mốc riêng biệt để cấy tách.

- Nấm mốc được tách từ các khuẩn lạc riêng rẽ sang các ống Czapek-Dox, nuôi cấy ở 30 °C, loại bỏ các ống nhiễm sau khi đã tách nấm mốc sang các ống khác, cuối cùng thu được giống thuần. Các giống thuần được bảo quản ở tủ lạnh 4°C. Cấy truyền định kì 1 tháng 1 lần.

Quan sát hình thái nấm mốc

- **Phương pháp xẻ rãnh thạch:** Cấy nấm mốc sang môi trường Czapek-Dox. Dùng dao vô trùng xẻ 1 rãnh thạch, đặt 1 lam kính lên bờ rãnh thạch vừa xẻ. Đặt nắp hộp lồng, để nuôi trong tủ ẩm 30°C trong 3-4 ngày. Sau đó, lấy ra quan sát dưới kính hiển vi ở các độ phóng đại 10x, 40x.

- **Phương pháp khối thạch:** Chuẩn bị môi trường Czapek-Dox khô, vô trùng cho thành 1 lớp mỏng. Dùng khoan nút chai khoan thành các khối thạch. Đặt khối thạch lên lam kính vô trùng, cấy các chủng nấm lên khối thạch vừa tạo, đặt lam, nuôi trong tủ ẩm 30°C trong 3-4 ngày. Tiêu bản nấm mốc được quan sát dưới kính hiển vi ở các độ phóng đại 10x, 40x.

Thu sinh khối và tách DNA

- **Nuôi cấy thu sinh khối:** Giống nấm được cấy vào môi trường Crapek-Dox lỏng, nuôi trong tủ lắc ở 30°C với tốc độ 150 vòng/phút từ 2-3 ngày. Thu sinh khối nấm mốc vào các ống Eppendorf, ly tâm với tốc độ 13000 vòng/phút, loại bỏ dịch môi trường, rửa sinh khối thu được

bằng nước cất vô trùng. Bảo quản sinh khối thu được trong tủ lạnh ở nhiệt độ -20°C.

- **Tách DNA tổng số:** Nitơ lỏng được đưa vào trong ống Eppendorf chứa sinh khối. Giã nát sinh khối. Thêm lần lượt đệm SDS, dung dịch 3M CH₃COONa (pH 5,2), isopropanol lạnh để tạo kết tủa DNA. Rửa thu tủa DNA, điện di kiểm tra DNA tổng số trên bản gel agarose.

PCR: Khuếch đại đoạn trình tự gen 18S rDNA bằng phản ứng PCR sử dụng cặp mồi gồm mồi xuôi: ITS4 (5'-CCTCCGCTTATTGATATGC-3') và mồi ngược: ITS5 (5'-GGAAGTAAAAGTCGTAACAAGG-3'). Sản phẩm PCR sau đó được điện di kiểm tra và gửi sang công ty 1st Base (Singapore) để giải trình tự. Trình tự DNA thu được sẽ được so sánh với các trình tự gen trên ngân hàng gen để xác định mức độ tương đồng với các trình tự có sẵn trong ngân hàng gen thế giới. Sử dụng phần mềm MEGA 6.06 để so sánh trình tự nucleotide và xây dựng cây phát sinh chủng loại của chủng nấm mốc tuyển chọn.

Điện di: Dung dịch nhuộm DNA được cho vào hỗn hợp agarose và dung dịch đệm TAE. Đổ hỗn hợp agarose vào khuôn có cài lược. Đặt bản gel vào bể điện di có chứa dung dịch TAE, rút lược và tra mẫu vào các giếng. Chạy điện di với hiệu điện thế là 80 V trong 60 phút. Kiểm tra sản phẩm điện di bằng cách soi và chụp ảnh bản gel dưới đèn UV.

Xác định độc tố nấm: Độc tố nấm được xác định theo bộ kit của công ty Breen Age. Quan sát và đánh giá kết quả độc tố dựa vào các vạch xuất hiện trên que thử.

Xác định hoạt tính enzyme ngoại bào: Hoạt tính enzyme protease và amylase được xác định theo phương pháp khoan lỗ thạch, hoạt tính enzyme được kiểm tra bằng dung dịch nhuộm màu: dùng dung dịch I ốt để kiểm tra hoạt tính amylase và dùng dung dịch (NH₄)₂SO₄ bão hòa để kiểm tra hoạt tính protease.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Tổng số 16 mẫu tương được phân lập, kích thước đa dạng với đường kính 4-6 cm; màu sắc: vàng tươi, vàng đậm, lục xám, xanh xám, đen, một số khuẩn lạc trắng xốp, số lượng nấm mốc dao động từ 10⁴ đến 10⁶ tế bào/ml dịch tương bần. Sau khi tách các khuẩn lạc và làm thuần, 12 chủng nấm mốc đại diện cho các nhóm màu khác nhau được lựa chọn cho nghiên cứu tiếp.

Bảng 1: Đặc điểm hình thái khuẩn khuẩn lạc và cơ quan sinh bào tử của các chủng nấm mốc tuyển chọn

Tên chủng	Đặc điểm
Các chủng mang đặc điểm của chi <i>Aspergillus</i>	
Chủng Tb2	Hệ sợi cơ chất màu trắng, khi hình thành bào tử, khuẩn lạc chuyển sang màu vàng tươi. Hệ sợi khí sinh phân nhánh, bào tử hình cầu, xếp tỏa tròn xung quanh cuống sinh bào tử
Chủng Tb3	Hệ sợi cơ chất màu trắng, khi hình thành bào tử, khuẩn lạc chuyển sang màu vàng xanh. Hệ sợi khí sinh phân nhánh, cuống sinh bào tử dài, đầu phình rộng, các bào tử đính xếp tỏa tròn xung quanh bông hình cầu.
Chủng Tb11	Hệ sợi cơ chất màu trắng, khi hình thành bào tử, khuẩn lạc chuyển sang màu vàng tươi. Khuẩn ti phân nhánh, bông đỉnh hình chùy, bào tử đính xếp thành khối hình tia tỏa tròn.
Chủng Tb32	Hệ sợi cơ chất màu trắng, khi hình thành bào tử, khuẩn lạc chuyển sang màu vàng nhạt. Khối bào tử trần, đỉnh bông to, hình cầu, trên đỉnh bông có xếp 1 đến 2 lớp bào tử hình tia, tỏa tròn.
Chủng Tb36	Hệ sợi cơ chất màu trắng, khi hình thành bào tử, khuẩn lạc chuyển sang màu vàng xanh. Đỉnh bông to, hình cầu, các bào tử xếp chồng lên nhau khoảng 2-5 bào tử đính lại thành 1 chuỗi, cuống sinh bào tử phình rộng
Chủng Tb37	Hệ sợi cơ chất màu đen, khi hình thành bào tử, khuẩn lạc chuyển sang màu xanh đen. Đỉnh bông to, hình cầu, các bào tử hình cầu xếp đính trực tiếp vào bông.
Chủng Tb63	Hệ sợi cơ chất màu trắng, khi hình thành bào tử, khuẩn lạc chuyển sang màu đen. Giá bào tử không phân nhánh, đỉnh bông hình chùy, bào tử xếp tỏa tròn trên đỉnh bông.
Chủng Tb64	Hệ sợi cơ chất màu trắng, khi hình thành bào tử, khuẩn lạc chuyển sang màu xanh. Khuẩn ti phân nhánh nhiều, bào tử đính với nhau tạo thành chuỗi dài, xếp dạng chuỗi dài
Chủng Tb76	Hệ sợi cơ chất màu xanh đen, khi hình thành bào tử, khuẩn lạc chuyển sang màu xanh đen. Hệ sợi khí sinh ngắn, phân nhánh. Bào tử hình cầu, xếp song song hoặc dạng chuỗi trên thể bình
Các chủng mang đặc điểm của chi <i>Penicillium</i>	
Chủng Tb5	Hệ sợi cơ chất màu trắng, khi hình thành bào tử, khuẩn lạc chuyển sang màu xanh, sinh sắc tố màu vàng nâu. Hệ sợi khí sinh ngắn, đầu của sợi khí sinh phân nhánh và mang bào tử đính giống như chiếc chổi, các bào tử đính xếp thành sợi dài.
Chủng Tb55	Hệ sợi cơ chất màu nâu, khi hình thành bào tử, khuẩn lạc chuyển sang màu xám. Khuẩn ti phân nhánh, bào tử hình elip, xếp dạng chổi quanh cuống sinh bào tử, cuống sinh bào tử phân nhánh, thon dài
Chủng Tb61	Hệ sợi cơ chất màu trắng, khi hình thành bào tử, khuẩn lạc chuyển sang màu xanh xám. Khuẩn ti phân nhánh nhiều, bào tử đính nổi dài xếp thành dạng chổi

Kết quả nghiên cứu cho thấy trong tổng số 12 chủng phân lập, 9 chủng mang đặc điểm của chi *Aspergillus* (Tb2, Tb3, Tb11, Tb32, Tb36, Tb37, Tb63, Tb64, Tb76) và 3 chủng mang đặc điểm của chi *Penicillium* (Tb5, Tb55, Tb61). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai và cs [3]

Kết quả định loại các chủng tuyển chọn bằng phương pháp phân tử: DNA của tổng số của các chủng nấm mốc tuyển chọn đã được tách thành công, các sản phẩm PCR sạch có kích thước nằm trong khoảng 550-600 bp. Trình tự gen của các loài được đưa vào so sánh với bản đồ gen của các loài tham khảo trên thế giới.



Hình 2. Kết quả xác định aflatoxin tổng số bằng bộ kit GreenAge

Hàm lượng Aflatoxin tổng số trong các mẫu tương bản được xác định, kết quả cho thấy: không phát hiện độc tố nấm trong các mẫu

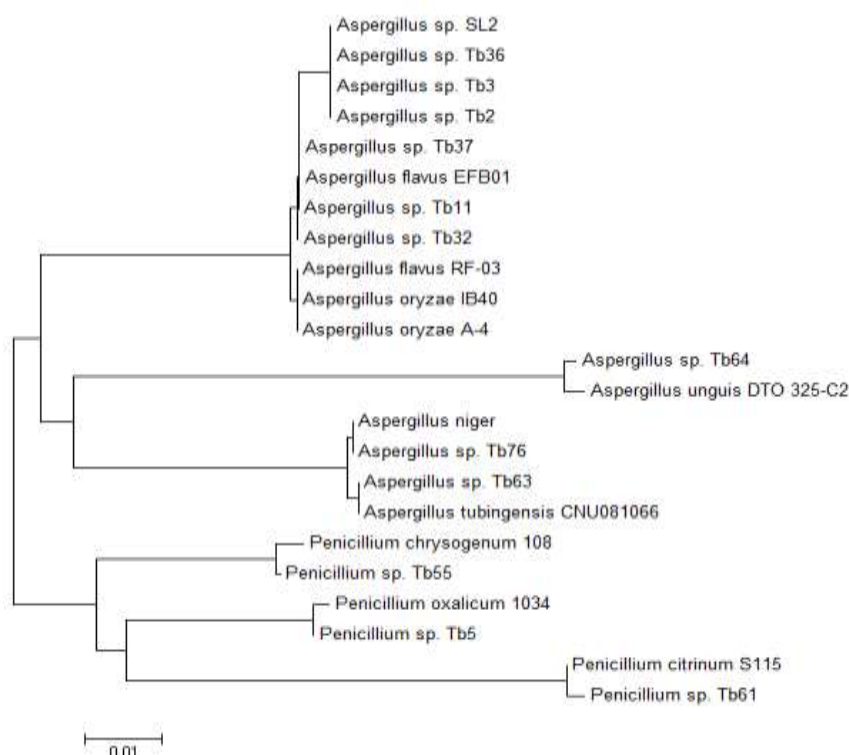
tương nghiên cứu. Sau 1 tuần nuôi cấy các chủng, chủng *Aspergillus* sp. Tb37 có biểu hiện dương tính Aflatoxin. Kết quả này cho thấy, mặc dù chưa xác định được aflatoxin trong các mẫu tương bản sử dụng trong nghiên cứu, tuy nhiên kết quả của nghiên cứu cho thấy trong các mẫu tương này có các chủng có khả năng sản sinh aflatoxin.

Bảng 2. Khả năng sinh tổng hợp Protease và Amylase của 5 chủng nấm mốc có quan hệ gần gũi với loài *A. oryzae*

Tên chủng	Hoạt tính Protease		Hoạt tính Amylase
	Gelatin	Casein	
<i>Aspergillus</i> sp. Tb2	2,1	2,6	2,2
<i>Aspergillus</i> sp. Tb3	1,5	1,8	2,0

<i>Aspergillus</i> sp. Tb11	2	2	1,8
<i>Aspergillus</i> sp. Tb32	0	0	0
<i>Aspergillus</i> sp. Tb36	1,7	1,8	2,0

Nhận xét: chủng *Aspergillus* sp. Tb32 không có khả năng sinh tổng hợp protease và amylase, 4 chủng còn lại đều có khả năng sinh tổng hợp cả 2 loại enzyme kể trên với mức độ mạnh yếu khác nhau. Chủng *Aspergillus* sp. Tb2 có khả năng sinh tổng hợp cả 2 loại enzyme này đều khá cao, đồng thời kết quả mô tả hình thái và so sánh đoạn trình tự gen ITS cho thấy chủng này có quan hệ rất gần gũi với loài *A. oryzae*, do đó chúng tôi đã lựa chọn chủng này để giữ giống để định hướng trong việc sản xuất tương an toàn.



Hình 1. Chủng loại của các chủng nấm mốc phân lập được từ các mẫu tương bản

Nhận xét: Kết quả so sánh trình tự gen của 12 chủng tuyển chọn cho thấy: Trong số 9 chủng thuộc chi *Aspergillus* thì có đến 6 chủng có trình tự gen tương tự như các trình tự gen của các chủng thuộc loài *Aspergillus flavus* và *Aspergillus oryzae* với mức độ tương đồng trên 99 đến 100%. Ba chủng thuộc chi *Penicillium* có mức độ tương đồng cao (trên 99%) về trình tự đoạn gen 18S rDNA với các loài khác nhau. Xác định Aflatoxin trong các mẫu tương bản và đánh giá khả năng sinh aflatoxin của một số chủng tuyển chọn.

V. KẾT LUẬN

Chúng tôi đã phân lập và đánh giá được mức độ đa dạng của các chủng nấm mốc trong các mẫu tương bản thu thập được. Các chủng nấm khá đa dạng chủ yếu thuộc 2 chi *Aspergillus* và *Penicillium*. Trong số 9 chủng nấm mốc thuộc chi *Aspergillus* có đến 6 chủng có quan hệ gần gũi với các loài *Aspergillus flavus* và *Aspergillus oryzae*.

Kết quả kiểm tra hàm lượng Aflatoxin cho thấy: các mẫu tương bản dùng trong nghiên cứu có aflatoxin âm tính, tuy nhiên trong các chủng nấm mốc phân lập được thì có 1 chủng (*Aspergillus* sp. Tb37) có biểu hiện Aflatoxin dương tính.

Đã đánh giá khả năng sinh tổng hợp protease và amylase của 5 chủng không sinh độc tố và có quan hệ gần gũi với loài *Aspergillus oryzae*. Kết quả cho thấy 4/5 chủng có khả năng sinh tổng hợp cả 2 loại enzyme này, trong đó chủng *Aspergillus* sp. Tb2 có khả năng sinh enzyme mạnh đã được lựa chọn và giữ giống để sản xuất tương an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Payne GA, Brown MP (1998).** Genetics and physiology of aflatoxin biosynthesis. Annual Review of Phytopathology 36, 329–362.
2. **Kumar P, Mahato DK, Kamle M, Mohanta TK, Kang SG (2017)** Aflatoxin: A global concern for food safety, human health and their management. *Frontiers in Microbiology*. 7, 2170.
3. **Nguyễn Thu Mai, Nguyễn Bảo Lộc, Lâm Thị Việt Hà (2009)** Phân lập và định danh sơ bộ một số loài *Aspergillus* trên hạt đậu phộng ở chợ Xuân Khánh- TP Cần Thơ. *Tạp chí khoa học Trường Đại học Cần Thơ*. 11:301-309.
4. **Nguyễn Thành Đạt, Nguyễn Duy Thảo, Vương Trọng Hào (1990)** Thực hành vi sinh vật học, NXB Giáo dục.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VI PHẪU THUẬT VỠ TÚI PHÌNH ĐỘNG MẠCH THÔNG SAU TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

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 thông sau tại Bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu 47 bệnh nhân chẩn đoán vỡ túi phình động mạch thông sau, được điều trị vi phẫu thuật tại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01 năm 2016 đến tháng 10 năm 2017. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $59,47 \pm 1,7$, tỷ lệ nam/nữ: 1/2,6. Nhức đầu đột ngột dữ dội 91,2%, hội chứng màng não 93,6%, liệt dây thần kinh III chiếm 25,5%. Phân độ lâm sàng trước mổ theo Liên hiệp Quốc tế phẫu thuật Thần kinh (WFNS) I 12,8%, WFNS II 42,6%, WFNS III 36,7% và WFNS IV 8,5%. Mức độ chảy máu theo phân độ Fisher 1 (10,6%), Fisher 2 (42,6%), Fisher 3 (10,6%), Fisher 4 (36,2%). Kẹp cổ túi phình chiếm 97,9%, bóc túi phình 2,2%. Kết quả sau mổ theo Rankin cải tiến lần lượt mức độ tốt (Rankin 1-2) 66,1%, trung bình (Rankin 3) 19,1%, mức độ xấu (Rankin 4) 12,6%. Kết quả chụp mạch máu não kiểm tra: hết hoàn toàn túi phình đạt 97,9%, thừa cổ túi 2,1%. Kết quả phục hồi lâm sàng phụ thuộc vào lứa tuổi mắc bệnh và tình trạng lâm sàng trước mổ. **Kết luận:** Vi phẫu thuật điều trị vỡ túi phình động mạch thông sau là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả, giảm tỷ lệ tử vong và các biến chứng.

Từ khóa: Vi phẫu thuật thần kinh, vỡ túi phình động mạch não, túi phình động mạch thông sau.

SUMMARY

THE OUTCOME OF MICROSURGERY OF THE POSTERIOR COMMUNACATING ARTERY RUPTURED ANEURYSMS AT BACH MAI HOSPLITAL

Objective: To evaluate the outcome of microsurgical treatment of the posterior communicating artery ruptured aneurysms (PcomA) at Bach mai hospital. **Method:** A prospective study was carried out among 47 patients with reptured aneurysms of the PcomA. operated at Bach Mai hospital, from June/2014 to Oct/2017. **Results:** the mean age of patients: 59.47 ± 1.7 years, the ratio of male and female was 1:2.6, the common symptoms: were sudden headache (91.2%), meningeal syndrome 93.6%, palsy of III nerve 25.5%. The preoperative WFNS I: 12.8%, WFNS II: 42.6%, WFNS II: 36.7%, WFNS IV: 8.5%. Arachnoid hemorrhage by Fisher 1 (10.6%), Fisher 2 (42.5%), Fisher 3 (10.6%), Fisher 4 (36.2%). Clipping in 97.9%, wrapping in 2.2%. The clinical outcome assessed by Modyfied Rankin Score: good (Rankin 1-2): 66.1%, fair

(Rankin 3): 19.1%, poor (Rankin 4): 12.6%. The postoperative angiography indicating compleydic appeareared aneurysm: 97.9%, remnat aneurysm 2.1%. The clinical recovery depended on patient's age and preoperative clinical status. **Conclusions:** The microsurgical treatment of ruptured PComA aneurysm was safe and effective, which helps to reduce complications and mortality.

Keywords: Microneurosurgery, Ruptured aneurysm, posterior communicating artery aneurysm.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Túi phình động mạch thông sau là vị trí hay gặp nhất của đoạn động mạch cảnh trong đoạn trong sọ. Khi túi phình vỡ gây nhiều biến chứng nặng nề, di chứng tàn tật cao ở những bệnh nhân còn sống sót. Tỷ lệ tái vỡ túi phình trong hai tuần đầu chiếm 20% và một nửa trong số này tử vong trước khi có sự can thiệp của y tế. Vi phẫu thuật loại bỏ hoàn toàn túi phình ra khỏi hệ thống tuần hoàn não là phẫu thuật kinh điển, hiệu quả với tính an toàn cao hạn chế tối đa các biến chứng tái vỡ túi phình, do đó giảm tỷ lệ tử vong cũng như các chi phí cần thiết cho điều trị bệnh. Xuất phát từ những lý do trên chúng tôi thực hiện nghiên cứu này tại Bệnh viện Bạch Mai với mục tiêu đánh giá kết quả điều trị vi phẫu thuật vỡ túi phình động mạch thông sau.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: gồm 47 bệnh nhân được chẩn đoán là vỡ túi phình động mạch thông sau, được tiến hành phẫu thuật loại bỏ túi phình tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 06 năm 2014 đến tháng 10 năm 2016.

Phương Pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu. Tất cả các triệu chứng lâm sàng khi vào viện và trước phẫu thuật được ghi nhận theo biểu mẫu định sẵn, phân loại lâm sàng theo phân độ của Liên hội Phẫu thuật Thần kinh Thế giới (WFNS), đánh giá mức độ chảy máu trên phim chụp cắt lớp vi tính theo phân loại của Fisher, xác định chẩn đoán vỡ túi phình động mạch thông sau qua đánh giá phim chụp mạch não cắt lớp vi tính đa dãy và đối chiếu với phẫu thuật. Tất cả các bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật loại bỏ túi phình động mạch thông sau vỡ khi đã có chẩn đoán xác định, loại trừ các trường hợp WFNS > 4. Kết quả lâm sàng sau mổ được đánh giá thông qua thang điểm Rankin cải tiến và tìm một số nguyên nhân ảnh hưởng đến

*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: 10.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 6.3.2018

Ngày duyệt bài: 14.3.2018

kết quả phục hồi lâm sàng cũng như các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến tỷ lệ tử vong của bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi: tuổi trung bình là $59,47 \pm 1,7$ (thấp nhất là 20, cao nhất là 87). Nhóm tuổi mắc bệnh cao nhất là 50-60 chiếm 42,6%.

3.2. Giới: Nam 15/47 bệnh nhân chiếm 31,9%, nữ 32/47 bệnh nhân chiếm 68,1%. Tỷ lệ nam/nữ: 1/2,6.

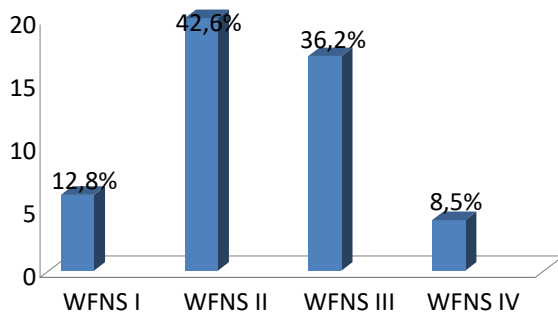
3.3. Lâm sàng khi vào viện

Bảng 3.1. Bảng các triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Nhức đầu	43	91,2
Hội chứng màng não	44	93,6
Buồn nôn, nôn	21	53,2
Giảm thị lực	18	38,3
Liệt dây thần kinh III	12	25,5
Liệt nửa người	8	17,0
Liệt dây thần kinh II	2	10,6
Suy giảm tri giác	6	12,8
Co giật, động kinh	4	8,5

Triệu chứng nhức đầu và hội chứng màng não là hai dấu hiệu hay gặp nhất ở các bệnh nhân vỡ túi phình động mạch thông sau, Triệu chứng liệt dây thần kinh III chúng tôi gặp 38,3% và liệt thần kinh II gặp 25,5%. Có 12,8% bệnh nhân có biểu hiện suy giảm tri giác ngay sau khi phát hiện vỡ túi phình, các bệnh nhân này khi đến khám với điểm Glasgow 8-9 điểm.

3.4. Phân độ lâm sàng trước mổ



Biểu đồ 3.1. Biểu đồ mức độ lâm sàng trước mổ

Trước mổ chúng tôi gặp tình trạng lâm sàng nhẹ (WFNS I, II): 55,4%), trung bình (WFNS III): 36,2% và mức độ nặng (WFNS IV): 8,5%.

3.5. Đặc điểm hình ảnh trên phim chụp cắt lớp vi tính

Bảng 3.2. Bảng đặc điểm trên phim chụp cắt lớp vi tính

Đặc điểm	Số trường hợp (n= 47)	Tỷ lệ %
Độ Fisher	1	5
	2	20
	3	5
	4	17
Kích thước túi (1 túi hình thoi)	< 5 mm	21
	5-10mm	24
	> 10mm	1
Kích thước cổ túi (1 túi hình thoi)	≤ 4 mm	41
	> 4mm	5
Hình dáng túi	Hình túi	46
	Hình thoi	1
Đặc điểm túi phình	Bờ đều	7
	Bờ không đều	31
	Hai đáy (đồng hồ cát)	8
Số lượng túi phình	1 túi	32
	2 túi	13
	≥ 3 túi	2

Mức độ chảy máu dưới nhện chủ yếu là Fisher độ 2 chiếm 42%. Túi phình hay gặp là hình túi chiếm 97,9% và có kích thước vừa từ 5-10mm (51,1%), cổ túi phình phần lớn có kích thước dưới 4 mm (87,2%) với đặc điểm bờ không đều (66,0%). Trong nghiên cứu bệnh nhân có nhiều túi phình chiếm tỷ lệ 32,0%.

3.6. Phương pháp phẫu thuật: chúng tôi tiến hành kẹp cổ túi phình cho 46/47 bệnh nhân chiếm 97,8% và 1/47 bệnh nhân sử dụng phương pháp bóc túi phình chiếm 2,2% đây là trường hợp túi phình không cổ.

3.7. Kết quả phẫu thuật

Bảng 3.3. Bảng kết quả phẫu thuật

Kết quả (phân độ)	Số trường hợp	Tỷ lệ%
Tốt (Rankin 1-2)	32	68,1
Trung bình (Rankin 3)	9	19,1
Xấu (Rankin 4-5)	6	12,8
Tổng	47	100

Sau mổ nhóm bệnh nhân chiếm tỷ lệ tốt đạt 68,1%, trung bình chiếm 19,1% và kết quả xấu là 12,8%. Tất cả các bệnh nhân xấu đều có mức độ nặng độ 4-5 chiếm 12,8%.

3.8. Kết quả chụp lại mạch não: chúng tôi chụp được 46/47 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 97,9% và nhận thấy kết quả hết hoàn toàn túi phình 43/46 bệnh nhân đạt 91,5%, còn thừa cổ túi 3/46 chiếm 6,5%. 1 bệnh nhân không chụp được do tình trạng sau mổ quá nặng.

3.9. Các yếu tố ảnh hưởng:

Bảng 3.4. Bảng liên qua thời điểm mổ và kết quả lâm sàng sau mổ

		Thời điểm phẫu thuật			Tổng
		< 3 ngày	4-7 ngày	> 7 ngày	
Lâm sàng sau mổ	Tốt (Rankin 1-2)	5 (10,6%)	7 (14,9%)	20 (42,6%)	32 (68,1%)
	Trung bình (Rankin 3)	5 (10,6%)	1 (2,1%)	3 (6,4%)	9 (19,1%)
	Xấu (Rankin 4-5)	1 (2,1%)	3 (6,4%)	2 (4,3%)	6 (12,8%)
	Tổng	11 (23,4%)	11 (23,4%)	25 (53,2%)	47 (100%)

$$\chi^2 = 8,979 \quad (p < 0,05)$$

Kết quả lâm sàng sau mổ có sự phụ thuộc vào mức độ lâm sàng trước mổ, các bệnh nhân có độ lâm sàng trước mổ càng nhỏ thì sự phục hồi về lâm sàng càng tốt, có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

+ Tuổi trung bình trong nghiên cứu này là $59,47 \pm 1,7$, độ tuổi thường mắc bệnh là 50-60 chiếm 42,6%. Tỷ lệ nam/nữ là 1/2,6. Nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình tương đương với Shi L với độ tuổi trung bình mắc bệnh là 60,2 và tỉ lệ nam/nữ là 1/4,1. Tỷ lệ mắc bệnh giữa hai giới trong nghiên cứu của chúng tôi cũng giống các tác giả khác là giới nữ mắc bệnh cao hơn nam giới.

+ Hầu hết các tác giả khi nghiên cứu về vỡ túi phình động mạch não thường có nhận định chung về triệu chứng lâm sàng thường gặp là dấu hiệu nhức đầu đột ngột, dữ dội, không giảm khi dùng thuốc giảm đau thông thường. Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ này khá cao trong nhóm nghiên cứu chiếm 91,2%. Dấu hiệu màng não chúng tôi gặp 93,6% với các biểu hiện cứng gáy, có dấu hiệu Kernig và Brudzinski. Theo Lê Văn Thịnh và Lê Đức Hình ghi nhận có 100% các trường hợp có triệu chứng gáy cứng [1].

+ Dấu hiệu liệt nửa người chiếm tỷ lệ 17,0%. Suy giảm thị lực chiếm 38,3%, liệt dây thần kinh III là 25,5%. So sánh trong mổ cho thấy khi túi phình động mạch thông sau ngoài vị trí phát triển hướng về dây thần kinh III gây chèn ép trực tiếp, khi túi phình vỡ có thể gây viêm dính quanh dây thần kinh. Các tác giả cũng nhận thấy tỷ lệ liệt dây thần kinh III trong khoảng từ 18 đến 29%.

+ Tỷ lệ bệnh nhân co giật, động kinh trong vỡ phình động mạch não dao động từ 1,5 đến 25% tùy từng tác giả. Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ này chiếm 8,5%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương như của Hankey G.J (10%) và Lê Văn Thịnh (8%) [1].

+ Phân độ lâm sàng trước mổ chúng tôi nhận thấy đa số bệnh nhân có độ lâm sàng nhẹ (WFNS độ I-II) chiếm 55,4%, mức độ lâm sàng trung bình (WFNS III) chiếm 36,2% và mức độ nặng (WFNS IV) là 8,5%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như các tác giả khác là mức độ

lâm sàng thường gặp là độ 2 [6]. Tuy nhiên tỷ lệ bệnh nhân có độ lâm sàng (WFNS độ 3) của chúng tôi nhiều hơn có thể do cách áp dụng bảng phân loại của từng tác giả khác nhau.

+ Đặc điểm cận lâm sàng: Tình trạng chảy máu dưới nhện của nghiên cứu chúng tôi gặp chủ yếu Fisher độ II chiếm 42,6% và Fisher độ 4 chiếm 36,2%. Trong số 47 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi thấy đa số là túi phình có kích thước từ 5- 10mm chiếm 51,1% và kích thước cổ túi phình có kích thước dưới 4mm chiếm phần lớn (87,2%) với đặc điểm bờ túi phình không đều (66,0%). Chúng tôi gặp 1/47 bệnh nhân có túi phình hình thoi chiếm 2,1%. Theo Albuquerque thì tỷ lệ túi phình hình túi chiếm cao nhất 94,8%, còn túi phình hình thoi và phình bóc tách ít gặp [3]. Tỷ lệ đa túi phình trong các nghiên cứu dao động trong khoảng 15 đến 20%, Ricardo và cộng sự khi tiến hành nghiên cứu đa trung tâm nhận thấy tỷ lệ nguy cơ vỡ túi phình ở những bệnh nhân nhiều túi phình cao hơn 2,6% lần ở những bệnh nhân có túi phình đơn độc [7]. Tác giả Golshani thấy tỷ lệ vỡ túi phình động mạch thông sau là 1,4%/năm [4]. Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy bệnh nhân mắc nhiều túi phình chiếm tỷ lệ 32,0%.

+ Kết quả phẫu thuật: Kết quả phẫu thuật tùy thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên cũng như trung tâm hồi sức của từng khu vực. Kết quả phẫu thuật tốt của chúng tôi là 68,1% và trung bình chiếm 19,1%, tỷ lệ xấu có 6 bệnh nhân chiếm 12,8%. Tuy nhiên đây là đánh giá trong tháng đầu sau mổ do đó tỷ lệ bệnh nhân của chúng tôi còn thấp hơn so với các tác giả khác có thể do cách chọn bảng phân loại sau phẫu thuật khác nhau giữa các nghiên cứu. Kết quả chụp lại mạch não sau phẫu thuật đạt tỷ lệ hết toàn bộ túi phình là 97,9%, còn thừa một phần cổ túi là 2,1%. Tỷ lệ này của chúng tôi cũng tương đương như các tác giả khác [5]. Các tác giả can thiệp nội mạch có tỷ lệ tắc hoàn toàn túi phình sau can thiệp từ 55% đến 80% các trường hợp [2]. Qua kết quả này có thể thấy sự

vượt trội của vi phẫu xử lý vỡ túi phình động mạch thông sau.

Chúng tôi cũng nhận thấy kết quả hồi phục lâm sàng sau mổ khi đánh giá mức độ lâm sàng trước mổ với các độ lâm sàng càng nhỏ thì sự hồi phục lâm sàng càng tốt (với $p < 0,05$).

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi nhận thấy vi phẫu thuật điều trị vỡ túi phình động mạch thông sau là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả. Tỷ lệ đạt kết quả tốt sau mổ cao 68,1% và trung bình chiếm 19,1%. Tỷ lệ loại bỏ hoàn toàn túi phình ra khỏi hệ tuần hoàn não chiếm 97,7%. Kết quả hồi phục lâm sàng phụ thuộc vào lứa tuổi và mức độ lâm sàng trước phẫu thuật, vì thế cần phải có sự phối hợp giữa các chuyên khoa trong việc chẩn đoán sớm, hạn chế các biến chứng do vỡ tái phát túi phình, từ đó giảm tỷ lệ tử vong và tàn tật của bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Thịnh, Lê Đức Hình và cộng sự (2009), Tai biến mạch não – Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí, *Nhà xuất bản Y Học*: 250-259.
2. Vũ Đăng Lưu (2012), Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phình động mạch não vỡ bằng can thiệp nội mạch, *Luận án Tiến sĩ Y học*, Trường Đại học Y HN.
3. Albuquerque F.C, Fiorella D.J, Han PP (2005), Endovascular management of intracranial vertebral artery dissecting aneurysms. *Neurosurg Focus*, vol 18 (2):E3
4. Golshani K, Ferrell A, Zomorodi A, Smith T.P (2010), A review of the management of posterior communicating artery aneurysms in the modern era, *Surgical Neurology Int*, vol 1: 88
5. He W, Gandhi C.D, Quinn J (2010), True aneurysms of the communicating Artery: A systematic review and meta-analysis of Individual patient data, *World Neurosurg*, vol 75:64-72
6. Lee K.C, Lee K.S, Shin Y.S (2003), Surgery for Posterior Communicating Artery Aneurysms, *Surg Neurol*, vol 59: 107- 113.
7. Ricardo J.F, Robert M.S, Connolly E.S (2012), The natural course of unruptured cerebral aneurysms, *Neurosurgery*, vol 71 (4): N7.

ỨNG DỤNG PHƯƠNG PHÁP SẮC KÝ LỎNG HIỆU NĂNG CAO (HPLC) VÀ ĐIỆN DI MAO QUẢN (CE - C⁴D) TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ TIÊN LƯỢNG BỆNH NHÂN NGỘ ĐỘC CẤP PARAQUAT

Vũ Anh Phương^{1,2}, Tạ Thị Thảo², Hà Trần Hưng^{1,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá giá trị xét nghiệm định lượng paraquat bằng sắc ký lỏng hiệu năng cao (HPLC) và điện di mao quản detector độ dẫn không tiếp xúc (CE - C⁴D) trong chẩn đoán mức độ nặng và tiên lượng bệnh nhân ngộ độc paraquat. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu. **Kết quả:** từ 1/2017 đến 8/2017 có 199 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được chọn vào nghiên cứu. Nam (61,8%) gặp nhiều hơn nữ, tuổi trung bình: $34,4 \pm 15,9$, độ tuổi lao động 64,8%. Nồng độ PQ huyết tương định lượng bằng hai phương pháp HPLC và CE - C⁴D có tương quan tuyến tính chặt chẽ ($r=0,985$). Nồng độ PQ huyết tương và điểm SIPP đều có giá trị tiên lượng tử vong tốt (diện tích dưới đường cong tương ứng là 0,938 và 0,944), ngưỡng chẩn đoán tương ứng là 1,1 $\mu\text{g/ml}$ (độ nhạy và độ đặc hiệu là 86,8%, 93,1%) và điểm SIPP 9 (độ nhạy và độ đặc hiệu: 83,5%, 100%). Ngoài ra, tỷ lệ suy thận cấp và tổn thương gan tăng dần khi điểm SIPP tăng. **Kết luận:** Nồng độ paraquat

huyết tương khi vào viện định lượng bằng CE - C⁴D tương đương với HPLC, có giá trị tiên lượng tử vong và tiên triển tổn thương gan, thận ở bệnh nhân ngộ độc cấp paraquat.

Từ khóa: Paraquat, ngộ độc, HPLC, CE - C⁴D

SUMMARY

THE APPLICATION OF HPLC AND CE-C⁴D IN DIAGNOSIS AND SURVIVAL PREDICTION FOR THE PATIENTS WITH ACUTE PARAQUAT POISONING

Objective: to assess the value of plasma paraquat (PQ) quantitative test using HPLC and CE - C⁴D in severity diagnosis and survival prediction for the patients with acute paraquat poisoning. **Subjects and Methods:** The prospective observational study. **Results:** there were 199 patients with PQ poisoning included in the study during the time from 1/2017 to 8/2017. Male (61.8%) were more than female, the mean age was 34.4 ± 15.9 years old, 64.8% were in working age. Plasma PQ concentrations measured by HPLC and CE-C⁴D methods had close linear correlation ($r = 0.985$). Plasma PQ levels and SIPP scores had a good prognostic value (area under the curve was 0.938 and 0.944, respectively), the diagnostic threshold was 1.1 $\mu\text{g/ml}$ (sensitivity and specificity were 86.8%, 93.1%) and SIPP score 9 (sensitivity and specificity: 83.5%, 100%). In addition, the rate of acute renal failure and hepatic injuries increased as the SIPP score increased. **Conclusion:** The plasma

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường ĐHKHTN-ĐHQGHN

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Anh Phương

Email: vuanhphuong_pcc@yahoo.com

Ngày nhận bài: 6.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 5.3.2018

Ngày duyệt bài: 14.3.2018

paraquat concentrations on admission quantitated by CE-C⁴D were equivalent to that of HPLC, and valuably predicted fatal outcome and the progression of liver and kidney damage in acute PQ poisoned patients.

Keywords: Paraquat, Poisoning, HPLC, CE - C⁴D

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Paraquat (*paraquatary bipyridyl*) là thuốc diệt cỏ hiện đang được sử dụng rộng rãi ở Việt Nam. Tuy nhiên, paraquat (PQ) lại là một chất hóa học vô cùng độc với người. Tỷ lệ tử vong do ngộ độc PQ rất cao, thường khoảng 70-80%. Tại Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai số lượng bệnh nhân ngộ độc PQ không ngừng gia tăng và trở thành một vấn nạn vô cùng nghiêm trọng [1].

Trong chẩn đoán và điều trị ngộ độc cấp PQ, xét nghiệm định lượng PQ trong huyết tương đóng vai trò đặc biệt quan trọng, giúp xác định mức độ nặng của ngộ độc, tiên lượng bệnh nhân. Tại Trung tâm chống độc - bệnh viện Bạch Mai hiện đang sử dụng hai thiết bị là sắc ký lỏng hiệu năng cao với detector DAD (HPLC-DAD) và phương pháp điện di mao quản sử dụng detector độ dẫn không tiếp xúc (CE - C⁴D) để xét nghiệm độc chất. Với mong muốn có thể phổ biến xét nghiệm định lượng sớm nồng độ PQ huyết tương từ các bệnh viện từ trung ương đến địa phương để xác định mức độ nặng và tiên lượng khả năng sống của bệnh nhân chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá giá trị xét nghiệm định lượng paraquat bằng HPLC và CE - C⁴D trong chẩn đoán và tiên lượng độ nặng ở bệnh nhân ngộ độc PQ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Tất cả các bệnh nhân có 2 tiêu chuẩn sau:

- Bệnh nhân uống thuốc trừ cỏ PQ và có biểu hiện lâm sàng ngộ độc PQ.
- Xét nghiệm định tính độc chất nước tiểu tìm thấy PQ.

Tiêu chuẩn loại bệnh nhân

- Bệnh nhân có tiền sử bệnh phổi, thận, gan.
- Những bệnh nhân ngộ độc đồng thời các chất độc khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả tiến cứu.

Tiến hành nghiên cứu: Bệnh nhân vào viện được khai thác thông tin về tuổi, giới, nghề nghiệp, tên loại thuốc trừ cỏ, thành phần, lượng uống, thời gian uống đến khi đến viện, các biện pháp điều trị ở tuyến trước.

- Lấy nước tiểu ngay làm xét nghiệm định

tính nhanh để có chẩn đoán xác định.

- Khám lâm sàng: loét miệng họng, vật vã, kích thích, thở nhanh, thiếu niệu, khó thở, suy hô hấp, đau bụng, vàng da...

- Kết quả cận lâm sàng khi vào viện: khí máu, sinh hóa, huyết học.

- Xét nghiệm độc chất: định tính PQ nước tiểu, định lượng PQ huyết tương bằng cả hai phương pháp khi vào viện:

+ Lấy máu tĩnh mạch vào ống nghiệm có chứa chất chống đông, ly tâm lấy huyết tương.

+ Mẫu huyết tương được xử lý và phân tích bằng hai phương pháp HPLC và CE - C⁴D đã xây dựng. Mỗi mẫu được phân tích lặp lại 3 lần (n=3), tính kết quả trung bình. Phương pháp định lượng là phương pháp đường chuẩn.

+ Kết quả nồng độ PQ trong mẫu (µg/ml) trong dung dịch thử được tính dựa vào đường chuẩn.

- Thu thập kết quả điều trị: Tỷ lệ tử vong tại viện, sau 3 tháng: ghi số điện thoại của BN và người nhà, gọi điện thoại xác định tình trạng BN sống/tử vong sau 3 tháng.

Các chỉ số nghiên cứu chính:

- Nồng độ PQ huyết tương khi vào viện.
- Tính điểm SIPP sửa đổi (severity index of paraquat poisoning: chỉ số độ nặng của ngộ độc PQ) dựa trên nồng độ PQ huyết tương khi vào viện [2].

$SIPP = [nồng\ độ\ PQ\ huyết\ tương\ (µg/ml)] \times [thời\ gian\ từ\ khi\ uống\ đến\ định\ lượng\ (h)]$

- Tỷ lệ tử vong sau 3 tháng.

Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 16.0. Số liệu được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, hoặc trung vị và tứ phân vị nếu phân bố không chuẩn, tính diện tích dưới đường ROC.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 1/2017 đến 8/2017 có 199 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được chọn vào nghiên cứu.

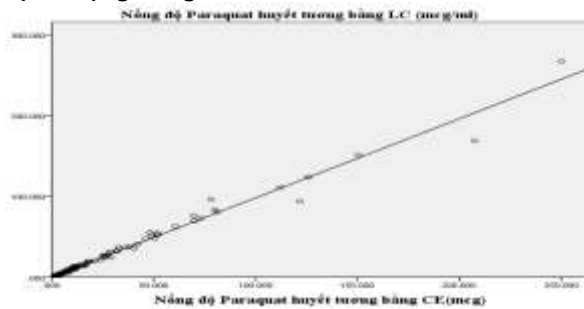
3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $34,4 \pm 15,9$ (thấp nhất là 12 tuổi, cao nhất là 84 tuổi), hay gặp nhất là lứa tuổi lao động 20 - 50 tuổi (64,8%), đáng quan ngại là nhóm bệnh nhân trẻ em và vị thành niên (dưới 20 tuổi) cũng gặp với tỷ lệ không nhỏ (15,1%). Nam (61,8%) gặp nhiều hơn nữ. Tỷ lệ nam: nữ $\approx 1,5:1$.

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu, 100% là ngộ độc qua đường tiêu hóa (đường uống) và 100% bệnh nhân ngộ độc là do tự tử.

3.2. Giá trị của định lượng paraquat huyết tương bằng HPLC và CE - C⁴D trong chẩn

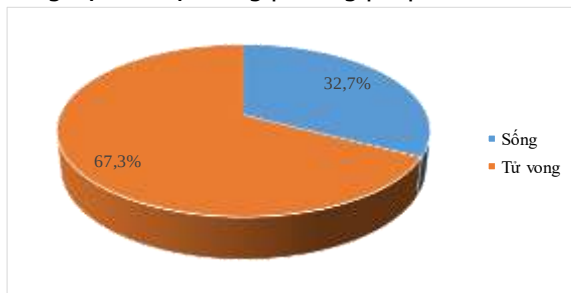
đoán mức độ nặng và tiên lượng bệnh nhân

Tương quan giữa nồng độ PQ huyết tương định lượng bằng HPLC và CE – C⁴D

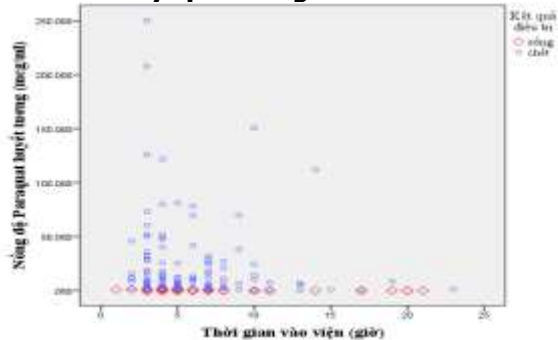


Biểu đồ 1: Tương quan nồng độ PQ huyết tương định lượng bằng CE - C⁴D và HPLC

Nhận xét: nồng độ PQ huyết tương định lượng bằng hai phương pháp có tương quan tuyến tính chặt chẽ theo công thức: $y = 0,979x + 0,367$ với $r = 0,985$ và $p < 0,001$. Trong đó y là nồng độ đo được bằng phương pháp HPLC và x là nồng độ đo được bằng phương pháp CE – C⁴D.



Biểu đồ 2: Tỷ lệ tử vong

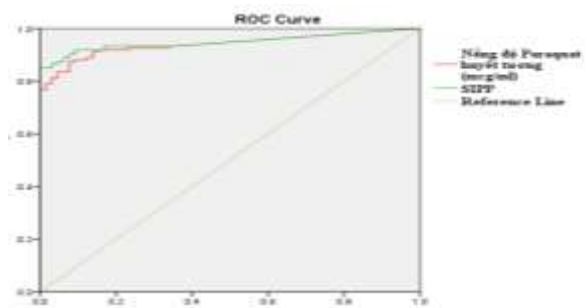


Biểu đồ 3: Nồng độ Paraquat huyết tương ở hai nhóm sống và tử vong

Nhận xét: ở nhóm bệnh nhân sống nồng độ PQ huyết tương khi vào viện đều rất thấp, nhóm bệnh nhân có nồng độ PQ huyết tương ở thời điểm vào viện cao thì đều tử vong.

Điểm SIPP ở hai nhóm sống và tử vong

Điểm SIPP có sự khác biệt rõ giữa nhóm sống (trung vị 16,8, tứ phân vị 0 – 2,8) và nhóm tử vong (trung vị 44, tứ phân vị 16,3 – 119,8) với $p < 0,001$.



Biểu đồ 4: Giá trị tiên lượng tử vong của nồng độ PQ huyết tương và điểm SIPP

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong của nồng độ PQ huyết tương (0,938) thấp hơn so với điểm SIPP 0,944 (95%CI: 0,91 – 0,978). Với nồng độ PQ huyết tương: điểm cut-off là 1,1µg/ml. Tại giá trị này thì độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng là 86,8%, 93,1%. Với chỉ số SIPP: điểm cut-off là 9. Tại giá trị này thì độ nhạy và độ đặc hiệu tương ứng là 83,5%, 100%.

Khi phân tích hồi quy đa biến các yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân ngộ độc PQ cho thấy chỉ có nồng độ PQ huyết tương là yếu tố độc lập tiên lượng tử vong ở bệnh nhân ngộ độc PQ với OR là 7,37 (95%CI: 3,13 – 17,4).

Bảng 1: Các yếu tố tiên lượng tử vong

Yếu tố	OR	95%CI
Nồng độ PQ huyết tương	7,37	3,13 – 17,4
Creatinin	1,01	1,0 – 1,01
Lactat	1,33	0,91 – 1,94
BE	1,02	0,85 – 1,2
Kali máu	0,9	0,21 – 3,92

Giá trị tiên lượng tiên tiến tổn thương các tạng ở bệnh nhân ngộ độc PQ

Bảng 2: Điểm SIPP liên quan tiên tiến tổn thương thân - gan

	SIPP ≤ 5	5 < SIPP ≤ 10	SIPP > 10	p
Tổn thương thận (n= 94)	20 21,3%	9 9,6%	65 69,1%	0,002
Tổn thương gan (n=46)	2 4,3%	4 8,7%	87%	

Nhận xét: tỷ lệ suy thận cấp tăng dần khi điểm SIPP tăng. Chỉ có 46 bệnh nhân có tổn thương gan và trong đó phần lớn là bệnh nhân có chỉ số SIPP > 10 (87%).

IV. BÀN LUẬN

Nồng độ PQ huyết tương định lượng bằng hai phương pháp HPLC và CE-C⁴D có tương quan tuyến tính chặt chẽ cho thấy kỹ thuật đơn giản CE-C⁴D có thể áp dụng thay thế HPLC trong chẩn đoán độ nặng khi vào viện và tiên lượng bệnh nhân ngộ độc PQ.

Tỷ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi là 67,6%. Tỷ lệ này tương tự với kết quả của Vũ Mai Liên [1], Nguyễn Thị Thanh Tâm [3]. Khi so sánh với các tác giả nước ngoài, kết quả của chúng tôi khá tương đồng: Senarathna và cộng sự nghiên cứu năm 2002 – 2006 tại Srilanka có tỷ lệ tử vong là 77,1% [4], nghiên cứu của Gil (2008) trên 375 bệnh nhân tại Hàn Quốc có tỷ lệ tử vong là 71,7% [5], nghiên cứu của Hsu (2012) trên 207 bệnh nhân ở Trung Quốc có tỷ lệ tử vong là 68,6% [6].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ PQ huyết tương khi vào viện giúp tiên lượng tử vong. Giá trị nồng độ PQ huyết tương tiên lượng tử vong đã được xuất sắc chứng minh trong các nghiên cứu của Proudfoot [7] cho thấy có thể tử vong nếu nồng độ PQ huyết tương > 1 mg/L sau khi uống 4 giờ và lớn hơn 0,1µg/ml nếu xét nghiệm sau uống 24 giờ. Nghiên cứu của Gil (2008) thì có thể tử vong nếu nồng độ PQ huyết tương lớn hơn 0,12µg/ml trong 5 giờ sau uống; 0,02µg/ml trong 12 giờ sau uống; 0,01 µg/ml trong 24 giờ sau uống [5].

Tuy nhiên, giá trị nồng độ PQ huyết tương cần đánh giá theo thời gian. Do đó nhiều tác giả đề xuất dùng điểm SIPP. Khảo sát giá trị tiên lượng tử vong của 2 giá trị nồng độ PQ huyết tương và chỉ số SIPP cho thấy cả 2 giá trị này đều tốt, đáng tin cậy trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân ngộ độc PQ.

PQ gây tổn thương cầu thận và ống thận. Thận là cơ quan thải trừ của PQ ra khỏi cơ thể, vì vậy nếu suy chức năng thận thì khả năng tự đào thải PQ sẽ giảm. Đây cũng là vòng xoắn bệnh lý dẫn đến tổn thương thận xảy ra đồng thời với ngộ độc PQ nặng lên. Ở nghiên cứu của chúng tôi, điểm SIPP thời điểm vào viện liên

quan với tỷ lệ tổn thương thận. Ở bệnh nhân ngộ độc PQ còn có tổn thương gan, tổn thương gan thường gặp từ ngày thứ 3 trở đi và tổn thương này có thể phục hồi [9]. Ở nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 46 bệnh nhân có tổn thương gan và trong đó phần lớn là bệnh nhân có chỉ số SHIPP > 10.

V. KẾT LUẬN

Nồng độ PQ huyết tương khi vào viện định lượng bằng CE - C⁴D tương đương với HPLC. Xét nghiệm định lượng này có giá trị tiên lượng tử vong và tiến triển suy thận, tổn thương gan ở bệnh nhân ngộ độc cấp PQ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Mai Liên and Hà Trần Hưng (2012). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các bệnh nhân ngộ độc Paraquat tại Trung tâm chống độc bệnh viện Bạch Mai. *Nghiên Cứu Học*, 97(5), 35–41.
2. Sawada Y., Yamamoto I., Hirokane T., et al. (1988). Severity index of paraquat poisoning. *Lancet*, 1(8598), 1333.
3. Nguyen Thi Thanh Tam, Ha Tran Hung (2016). The relationship between the resin hemoperfusion and three-month survival rate of acute paraquat poisonings. *VJMP*, 10, 87–91.
4. Senarathna L., Eddleston M., Wilks MF., et al. (2009). Prediction of outcome after paraquat poisoning by measurement of the plasma paraquat concentration. *QJM Int J Med*, 102(4), 251–259.
5. Gil H.-W., Kang M.-S., Yang J.-O., et al. (2008). Association between plasma paraquat level and outcome of paraquat poisoning in 375 paraquat poisoning patients. *Clin Toxicol*, 46(6), 515–518.
6. Hsu CW., Lin JL., Lin DT., et al. (2012). Early Hemoperfusion May Improve Survival of Severely Paraquat-Poisoned Patients. *PLoS ONE*, 7(10).
7. Proudfoot AT., Stewart MS., Levitt T., et al. (1979). Paraquat poisoning: significance of plasma-paraquat concentrations. *Lancet* 2(8138), 330–332.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM ĐỒNG NHIỄM VIRUS VIÊM GAN C (HCV) TRÊN BỆNH NHÂN NHIỄM HIV TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Trương Thái Phương¹, Nguyễn Liên Hương²

TÓM TẮT

Tổng quan: Tỷ lệ nhiễm phối hợp giữa HCV ở bệnh nhân HIV (+) rất cao vì có chung đường lây

truyền. Nghiên cứu đặc điểm đồng nhiễm HCV trên bệnh nhân nhiễm HIV có giá trị trong đánh giá mô tả đặc điểm nhiễm trùng phối hợp HCV/HIV. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ đồng nhiễm virus viêm gan C (HCV) và đặc điểm đồng nhiễm virus viêm gan C (HCV) (tải lượng HCV trong máu, genotype HCV) trên bệnh nhân nhiễm HIV, tại bệnh viện Bạch Mai. **Phương pháp:** Nghiên cứu thực hiện trên 159 mẫu bệnh phẩm của bệnh nhân HIV(+), thời gian từ tháng 9 năm 2014 đến tháng 9 năm 2015. Nghiên cứu mô tả tiến cứu, tỷ lệ đồng nhiễm virus viêm gan C (HCV) trên bệnh nhân nhiễm HIV, đặc điểm đồng nhiễm HCV/HIV. Kỹ thuật

¹Khoa vi sinh BV Bạch Mai

²Đại học Dược Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trương Thái Phương

Email: Thaiphuong.vsbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 28.2.2018

Ngày duyệt bài: 7.3.2018

sử dụng trong nghiên cứu xác định anti - HCV bằng ELISA sử dụng bộ sinh phẩm Murex HCV Ag/Ab Combination (Abbott), đo tải lượng HCV RNA bằng kỹ thuật Real-time PCR (mẫu có anti - HCV (+)), sử dụng bộ sinh phẩm COBAS[®] AmpliPrep/ COBAS[®] TaqMan[®] HCV Test (Roche) trên hệ thống máy AmpliPrep/COBAS TaqMan 96 (Roche). Xác định kiểu gen HCV (mẫu bệnh phẩm có tải lượng HCV RNA > 10³ IU/ml) được xác định bằng kỹ thuật Real time RT PCR sử dụng TaqMan probe với đoạn mã đặc hiệu type ở vùng gen "lõi" (core) của HCV thực hiện trên hệ thống máy CFX96[™] Real-time PCR Systems (Bio-Rad) sinh phẩm HCV genotype Plus Real-TM (Sacace biotechnologies - Italia) xác định các genotype HCV 1,2,3,4,5,6. **Kết quả:** 1. Tỷ lệ đồng nhiễm virus viêm gan C (HCV) trên bệnh nhân nhiễm HIV tại bệnh viện Bạch Mai trong nhóm nghiên cứu là 74,2%, tỷ lệ HCV RNA ở bệnh nhân anti - HCV (+) là 94,1%. 2. Đặc điểm đồng nhiễm virus viêm gan C (HCV) (tải lượng HCV trong máu, genotype HCV) trên bệnh nhân nhiễm HIV: bệnh nhân đồng nhiễm HCV/HIV có tải lượng HCV từ 10³ - 10⁵ IU/ml là 36,9 % và tải lượng HCV > 10⁵ IU/ml là 58,6. Kiểu gen của phân bố như sau; HCV Genotype 1: 54/106 chiếm tỷ lệ 51%; HCV Genotype 6: 38/106 là 35,8%; HCV Genotype 3: 7/106 là 6,6%; HCV genotype 2: 2/106 là 1,9%; Đồng nhiễm genotype 1 và 3 là 2/106 (1,9%); genotype 1 và 6 là 3/106 (2,8%). Nhiễm HCV genotype 1 có tải lượng HCV > 10⁵ IU/ml chiếm tỷ lệ là 52,3 % cao hơn so với nhóm đồng nhiễm HCV genotype 6 chiếm tỷ lệ là 36,9%. **Kết luận:** Nghiên cứu đặc điểm đồng nhiễm virus viêm gan C trên bệnh nhân nhiễm HIV có vai trò rất quan trọng, cần thực hiện thêm các xét nghiệm sàng lọc đồng nhiễm virus viêm gan B và các bệnh lý phối hợp khác để tăng cường công tác quản lý, chăm sóc và điều trị bệnh nhân HIV/AIDS có hiệu quả.

Từ khóa: virus HIV, virus viêm gan C HCV, tỉ lệ đồng nhiễm, đặc điểm đồng nhiễm.

SUMMARY

RESEARCH ON CHARACTERISTICS OF HEPATITIS C VIRUS (HCV) COINFECTION IN PATIENTS WITH HIV IN BACH MAI HOSPITAL

Background: The prevalence of HCV coinfection in patients with HIV(+) is very high because of common transmission routes. It is worth to study on HCV coinfection characteristics in HIV-infected patients to assess and describe the HCV/HIV coinfection characteristics. **Objectives:** To determine the Hepatitis C virus (HCV) coinfection rate and HCV hepatitis C virus (HCV) coinfection characteristics (HCV viral load in the blood, HCV genotype) in patients with HIV in Bach Mai Hospital. **Methods:** The study was conducted on 159 specimens were taken from HIV-positive patients, between September 2014 and September 2015. The study described perspective the HCV co-infection rate in HIV-infected patients, characteristics of HCV/HIV co-infection. The technique was used in the study to determine anti-HCV by ELISA using the Murex HCV Ag/Ab Combination (Abbott) kit, HCV RNA load was measured by Real-time PCR (samples with anti-HCV(+)), using the COBAS[®] AmpliPrep/COBAS[®] TaqMan[®] HCV Test (Roche) on the AmpliPrep/COBAS TaqMan 96 (Roche) System.

The HCV genotype (samples with HCV RNA ≥ 103IU/ml) was determined by Real time RT PCR using TaqMan probe with type-specific primers in the "core" gene locus of HCV on the CFX96TM Real-time PCR Systems (Bio-Rad) HCV genotype Plus Real-TM (Sacace biotechnologies - Italy) System identified HCV genotypes 1,2,3,4,5,6. **Results:** 1. The prevalence of Hepatitis C virus (HCV) co-infection in HIV patients in Bach Mai Hospital was 74.2%, the HCV RNA rate in patients with anti-HCV was 94.1%. 2. Characteristics of hepatitis C virus (HCV) coinfection (HCV viral load in the blood, HCV genotype) in HIV patients: the rate of patients with HCV/HIV co-infection whose HCV load of 10³-10⁵IU/ml was 36.9% and those with HCV load more than 10⁵IU/ml was 58.6%. The genotype distribution was as follows; HCV genotype 1: 54/106, accounted for 51%; HCV genotype 6: 38/106 (35.8%); HCV Genotype 3: 7/106 (6.6%); HCV genotype 2: 2/106 (1.9%); Genotype 1 and 3 co-infection was 2/106 (1.9%); Genotypes 1 and 6 co-infection was 3/106 (2.8%). HCV Genotype 1 infection with HCV load more than 10⁵ IU/ml was 52.3%, higher than that of HCV Genotype 6 co-infected with 36,9%. **Conclusions:** Studying the characteristics of Hepatitis C virus co-infection in HIV-infected patients is very important, further screening for Hepatitis B virus co-infection and other co-morbidities is needed to improve effectively the management, care and treatment for HIV/AIDS patients.

Key words: HIV virus, Hepatitis C virus HCV, coinfection rate, coinfection characteristics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiều nghiên cứu ở trong nước và ngoài nước cho thấy tỷ lệ nhiễm phối hợp giữa HCV ở bệnh nhân HIV(+) rất cao vì có chung đường lây truyền. Trong số người nhiễm HIV trên thế giới, có khoảng 4 - 5 triệu người là đồng nhiễm HCV [1][5] Việt Nam nằm trong khu vực lưu hành viêm gan nặng, tỷ lệ lưu hành HCV cao khoảng 3%, đối tượng nhiễm HIV chủ yếu là qua đường tiêm chích ma túy.

Tại bệnh viện Bạch mai hàng năm có số lượng bệnh nhân đến khám và điều trị được làm xét nghiệm HIV cũng như xét nghiệm xác định nhiễm HCV chiếm một tỷ lệ đáng kể. Quản lý điều trị những bệnh nhân đồng nhiễm HIV và viêm gan virus là một thử thách lớn (theo dõi điều trị, theo dõi độc tính của thuốc, đánh giá nguy cơ kháng thuốc). Nghiên cứu đặc điểm đồng nhiễm HCV trên bệnh nhân nhiễm HIV có giá trị trong đánh giá mô tả đặc điểm nhiễm trùng phối hợp HCV/HIV trên bệnh nhân. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu xác định tỷ lệ đồng nhiễm và mô tả đặc điểm đồng nhiễm virus viêm gan C (HCV) trên bệnh nhân nhiễm HIV.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Mẫu máu của bệnh nhân có kết quả khẳng định HIV dương tính theo chiến lược III của Tổ chức Y tế Thế giới được chỉ định xét nghiệm xác định nhiễm HCV tại khoa Vi sinh bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9 năm 2014 đến tháng 9 năm 2015.

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả tiến cứu, xác định tỷ lệ đồng nhiễm virus viêm gan C (HCV) trên bệnh nhân nhiễm HIV, mô tả đặc điểm đồng nhiễm HCV/HIV.

Tính toán cỡ mẫu: Cỡ mẫu lấy mẫu thuận lợi trong thời gian nghiên cứu tổng số có 159 mẫu.

+ Đánh giá tình trạng đồng nhiễm HCV/HIV: Xác định tỷ lệ anti – HCV trên mẫu HIV(+); xác định kết quả đo tải lượng HCV trên bệnh nhân có anti – HCV(+)

+ Những bệnh nhân có kết quả tải lượng HCV > 10³ IU/ml được làm genotype HCV.

Biên số nghiên cứu:

- Các yếu tố nhân khẩu học: Tuổi, giới
- Kết quả xét nghiệm anti – HCV, đo tải lượng HCV, xác định genotype HCV

2.3 Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được triển khai thực hiện tại khoa Vi sinh Bệnh viện Bạch Mai

2.4. Các kỹ thuật trong nghiên cứu:**2.4.1 Phương pháp thu thập mẫu bệnh phẩm:**

Mỗi bệnh nhân được lấy 3 ml máu vào ống không có chất chống đông để xét nghiệm xác định anti – HCV, 4ml máu vào ống chống đông EDTA để xét nghiệm đo tải lượng HCV RNA, genotype HCV (thực hiện theo Sổ tay Hướng dẫn lấy mẫu – khoa Vi sinh).

2.4.2 Kỹ thuật thực hiện

2.4.2.1 Xét nghiệm huyết thanh miễn dịch xác định anti – HCV bằng kỹ thuật ELISA sử dụng bộ sinh phẩm Murex HCV Ag/Ab Combination (Abbott)

2.4.2.2 Xét nghiệm đo tải lượng HCV RNA bằng kỹ thuật Real-time PCR (mẫu có anti – HCV (+)), sử dụng bộ sinh phẩm COBAS® AmpliPrep/ COBAS® TaqMan® HCV Test (Roche) và thực hiện trên hệ thống máy AmpliPrep/COBAS TaqMan 96 (Roche).

2.4.2.3 Xét nghiệm xác định kiểu gen HCV (mẫu bệnh phẩm có tải lượng HCV- RNA > 10³ IU/ml) được xác định bằng kỹ thuật Real time RT PCR sử dụng TaqMan probe với đoạn mồi đặc hiệu type ở vùng gen “lõi” (core) của HCV thực hiện trên hệ thống máy CFX96™ Real-time PCR Systems (Bio-Rad), sử dụng bộ sinh phẩm HCV genotype Plus Real-TM (Sacace biotechnologies – Italia) xác định các genotype HCV 1,2,3,4,5,6.

2.5 Thu thập và xử lý số liệu: Các số liệu được thu thập trên máy vi tính, được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Đánh giá sự khác biệt về tỷ lệ và mối tương quan dựa vào thuật toán kiểm định χ^2 , với $p < 0,05$ sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

2.6 Các yêu cầu về đạo đức nghiên cứu:

- Các đơn vị chủ quản: đồng ý cho phép tiến hành nghiên cứu

- Số liệu nghiên cứu: được đảm bảo bí mật.

- Nghiên cứu không áp dụng thử nghiệm lâm sàng, không sử dụng các thủ thuật xâm lấn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1 Tỷ lệ đồng nhiễm virus viêm gan C (HCV) ở bệnh nhân nhiễm HIV****3.1.1 Tỷ lệ anti – HCV (+) trên bệnh nhân nhiễm HIV**

Để nghiên cứu đồng nhiễm HCV trên bệnh nhân HIV(+) chúng tôi tiến hành thực hiện xét nghiệm xác định anti – HCV của 159 mẫu bệnh phẩm của bệnh nhân HIV(+), có kết quả như sau:

Bảng 3.1: Tỷ lệ anti – HCV (+) của bệnh nhân nhiễm HIV

Dấu ấn virus		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Anti – HCV	Âm tính	41	25,8
	Dương tính	118	74,2
	Tổng cộng	159	100

3.2. Kết quả đo tải lượng HCV của bệnh nhân có anti – HCV(+) trên đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.2 Tỷ lệ HCV-RNA (+) trong 118 bệnh nhân có anti – HCV(+)

Kết quả	n (số lượng)	Tỷ lệ (%)
HCV-RNA(+)	111	94,1
HCV-RNA(-)	7	5,9
Cộng	118	100

Kết quả của bảng 3.2 cho chúng ta thấy 94,1% (111/118) mẫu có HCV- RNA(+).

3.2 Đặc điểm đồng nhiễm virus viêm gan C (HCV) (tải lượng của HCV trong máu, genotype của HCV) ở bệnh nhân nhiễm HIV**3.2.1 Đặc điểm phân bố tải lượng HCV trong máu của đối tượng nghiên cứu**

Bảng 3.3 Phân bố kết quả đo tải lượng HCV trên mẫu bệnh nhân HIV(+) của đối tượng nghiên cứu

Đo tải lượng HCV (IU/ml)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 10 ³	5	4,5
> 10 ³ – 10 ⁵	41	36,9
> 10 ⁵	65	58,6
Tổng	111	100

Kết quả của bảng 3.3 cho thấy bệnh nhân đồng nhiễm HCV/HIV trong đối tượng nghiên cứu

cứu của chúng tôi có kết quả tải lượng HCV trong máu khá cao: 58,6% bệnh nhân có tải lượng HCV $>10^5$ IU/ml, dưới 5% bệnh nhân có kết quả tải lượng HCV $<10^3$ IU/ml.

3.2.2 Đặc điểm phân bố genotype HCV của đối tượng nghiên cứu

Để nghiên cứu đặc điểm genotype HCV trên bệnh nhân đồng nhiễm HCV/HIV chúng tôi thực hiện xét nghiệm xác định genotype HCV mẫu máu của 106 bệnh nhân có kết quả tải lượng HCV $>10^3$ IU/ml kết quả như sau:

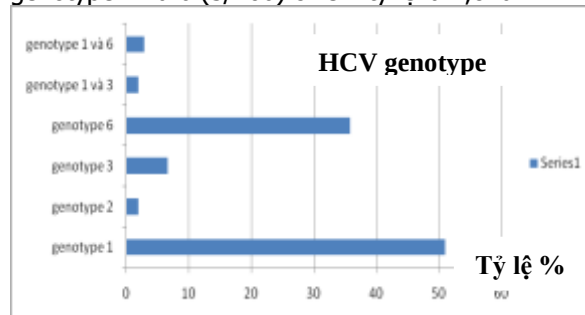
Bảng 3.4 Kiểu gen (genotype) HCV của bệnh nhân đồng nhiễm HCV/HIV trên đối tượng nghiên cứu

Genotype HCV	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
HCV genotype 1	54	51
HCV genotype 2	2	1,9
HCV genotype 3	7	6,6
HCV genotype 6	38	35,8
Đồng nhiễm genotype 1 và 3	2	1,9
Đồng nhiễm genotype 1 và 6	3	2,8
Cộng	106	100

Kết quả ở bảng 3.4: trong 106 bệnh nhân xác định có 4 kiểu gen HCV (genotype):

- HCV genotype 1 (54/106) chiếm tỷ lệ 51%.
- HCV genotype 6 (38/106) chiếm tỷ lệ 35,8%.
- HCV genotype 3 (7/106) là 6,6%, HCV genotype 2 có 2 trường hợp chiếm tỷ lệ 1,9%.

Ngoài ra chúng tôi phát hiện được 5 trường hợp đồng nhiễm 2 genotype HCV: đồng nhiễm HCV genotype 1 và 3 (2/106) là 1,9%, đồng nhiễm HCV genotype 1 và 6 (3/106) chiếm tỷ lệ là 2,8%.



Biểu đồ. Phân bố genotype HCV của đối tượng nghiên cứu

3.3 Phân bố tải lượng HCV và genotype HCV trên bệnh nhân đồng nhiễm HCV/HIV

Bảng 3.5 Kiểu gen (genotype) HCV với tải lượng HCV trong máu

HCV RNA IU/ml	10^3 - 10^5 n, %	$>10^5$ n, %	Tổng cộng
Genotype 1	20(48,8%)	34(52,3%)	54
Genotype 2	2(4,9%)	0	2

Genotype 6	14(34,1%)	24(36,9%)	38
Genotype 3	0	7(10,8%)	7
Genotype 1 và 3	2 (4,9%)		2
Genotype 1 và 6	3 (7,3%)		3
Tổng cộng	41	65	106

Kết quả ở bảng 3.5 cho thấy bệnh nhân đồng nhiễm HCV/HIV nhiễm HCV genotype 1 có tải lượng HCV $>10^5$ IU/ml chiếm tỷ lệ là 52,3% cao hơn so với nhóm đồng nhiễm HCV/HIV genotype 6 chiếm tỷ lệ là 36,9%.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Tỷ lệ nhiễm virus viêm gan C (HCV) ở bệnh nhân HIV (+)

Tỷ lệ đồng nhiễm HCV/HIV trong nghiên cứu của chúng tôi là 74,2% (bảng 3.1) tương tự như nghiên cứu của một số tác giả trong và ngoài nước. Tại thành phố Hồ Chí Minh tỷ lệ này là: 73,7% [3], ở Hà Nội tỷ lệ nhiễm HCV trên bệnh nhân HIV (+) dao động trong khoảng (72%-93,7 %) [6][4]. Nghiên cứu của Hoàng Anh Tuấn năm 2014 trên người nhiễm HIV/AIDS tại bệnh viện A Thái Nguyên, kết quả cho thấy: đồng nhiễm HCV/HIV là 67%. Ở Mỹ tỷ lệ nhiễm HCV trên bệnh nhân HIV (+) là 72% - 95% [5]

Virus viêm gan C (HCV) có nhiều cơ chế né tránh đáp ứng miễn dịch của cơ thể cho nên trên 85% trường hợp nhiễm HCV có HCV RNA kéo dài hàng chục năm do đó anti-HCV có thể tồn tại nhiều năm ngay cả khi hết virus trong máu [6], trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ HCV RNA ở bệnh nhân anti - HCV (+) là 94,1% (111/118).

4.2 Đặc điểm đồng nhiễm virus viêm gan C (HCV) trên bệnh nhân nhiễm HIV

111 mẫu bệnh phẩm có kết quả HCV- RNA (+) thì bệnh nhân có tải lượng HCV từ 10^3 - 10^5 IU/ml chiếm tỷ lệ 36,9% và 58,6% là tỷ lệ bệnh nhân có tải lượng HCV cao $>10^5$ IU/ml.

106 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có phân bố kiểu gen (genotype) HCV như sau: bảng 3.8 và biểu đồ 3.3

- HCV Genotype 1: 54/106 chiếm tỷ lệ 51%
- HCV Genotype 6: 38/106 là 35,8%
- HCV Genotype 3: 7/106 chiếm tỷ lệ 6,6%
- HCV genotype 2: 2/106 chiếm tỷ lệ 1,9%

Ngoài ra chúng tôi còn phát hiện được 5 trường hợp đồng nhiễm genotype 1 và 3 là 2/106 (1,9); genotype 1 và 6 là 3/106 (2,8%). Đây là những genotype HCV phổ biến ở Châu Á nói chung và Việt Nam nói riêng tương tự được nghiên cứu trước đây [7][6][3]. Kiểu gen HCV 1 và 6 cũng là các kiểu gen lưu hành chủ yếu ở

Việt Nam. Trong một nghiên cứu ở Đức tác giả đã cho nhận xét đồng nhiễm HCV/HIV gặp nhiều hơn ở HCV genotype 1, genotype 3, với nhiễm HCV genotype 1 thời gian theo dõi điều trị là 48 tuần, còn với nhiễm HCV genotype 2,3 là 24 tuần với liệu trình Ribavirin và peg-interferon [2].

Kết quả ở bảng 3.5 cho thấy bệnh nhân đồng nhiễm HCV/HIV nhiễm HCV genotype 1 có tải lượng HCV > 10^5 IU/ml chiếm tỷ lệ là 52,3% cao hơn so với nhóm đồng nhiễm HCV/HIV genotype 6 chiếm tỷ lệ là 36,9%.

Việc xác định genotype HCV được áp dụng chỉ định xét nghiệm xác định trước khi tiến hành liệu trình điều trị viêm gan C, genotype của HCV có liên quan đến liệu trình điều trị và tiên lượng điều trị bệnh nhân. Theo hướng dẫn của Bộ Y tế trong tài liệu Hướng dẫn quản lý, điều trị và chăm sóc HIV/AIDS ban hành năm 2015. Người nhiễm HIV cần được sàng lọc virus viêm gan B (HBV) và virus viêm gan C (HCV) để xác định tình trạng đồng nhiễm, chỉ định điều trị ARV cho người nhiễm HIV có viêm gan C giống như chỉ định điều trị cho người nhiễm HIV đơn thuần. Điều trị viêm gan C bằng peg-interferone và ribavirin chỉ nên được bắt đầu khi người nhiễm HIV có số CD4 > 200 tế bào/mm³, chưa có bằng chứng về lợi ích của điều trị ARV sớm cho người nhiễm HIV và viêm gan C có CD4 > 500 tế bào/mm³. Vì vậy những thông tin xét nghiệm viêm gan C trên bệnh nhân nhiễm HIV có vai trò quan trọng trong việc quản lý, theo dõi và điều trị bệnh nhân HIV/AIDS.

V. KẾT LUẬN

Từ các kết quả nghiên cứu chúng tôi nhận thấy rằng, với bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS cần tiếp tục được thực hiện các xét nghiệm sàng lọc đồng nhiễm viêm gan B và viêm gan C và các bệnh lý phổi hợp khác để tăng cường công tác quản lý, chăm sóc và điều trị có hiệu quả cho đối tượng bệnh nhân HIV/AIDS phần đầu thực hiện theo mục tiêu chiến lược quốc gia 90 – 90 – 90 trong công tác quản lý, chăm sóc và điều trị HIV/AIDS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO.AIDS.(2005). "epidemicupdate 2004. Accessed February"
2. Jurgen Kurt Rockstroh and Ulrich Spengler.(2004). "HIV and Hepatitis C virus Co – infection". The Lancet infectious Diseases Vol 4.
3. Trương Thị Xuân Liên. (1994). "Tình hình nhiễm virus viêm gan C tại thành phố Hồ Chí Minh". Luận án Phó tiến sĩ Khoa học y dược, Viện vệ sinh dịch tễ Trung ương.
4. Vũ Tường Vân, Nguyễn Thị Hạnh, Nguyễn Xuân Quang và cộng sự. (2002). "Bước đầu nghiên cứu tình hình nhiễm trùng bệnh viện Bạch Mai". Kỳ yếu công trình nghiên cứu khoa học 2001 – 2002: phối hợp virus viêm gan B và virus viêm gan C, trên bệnh nhân HIV (+) tại tr. 471 – 478.
5. Miriam J Alter. (2006). "Epidemiology of Hepatitis and HIV Co – infection". Journal of Hepatology 44. S6 – S9.
6. Bùi Thị Mai An. (2003). "Đánh giá hiệu quả của các kỹ thuật sàng lọc HIV, HCV, HBV đối với máu của người cho tại viện huyết học – truyền máu (1997 – 2002)". Luận án tiến sĩ y học. Đại học Y HN.
7. Vũ Văn Đức. (2003). "Nhận xét tỷ lệ nhiễm virus viêm gan C ở bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS và viêm gan virus tại viện Y học lâm sàng các bệnh nhiệt đới từ 1999 đến 2003". Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II. Đại học y Hà Nội.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ BUỒNG TRỨNG GIAI ĐOẠN IC-II BẰNG PHẪU THUẬT KẾT HỢP VỚI HÓA CHẤT

Nguyễn Trọng Diệp*, Phạm Văn Bình*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của ung thư biểu mô buồng trứng (UTBMT) giai đoạn IC-II. Đánh giá kết quả điều trị UTBMT giai đoạn IC-II bằng phương pháp phẫu

thuật kết hợp với hóa chất phức đồ paclitaxel-carboplatin tại bệnh viện K. **Phương pháp:** mô tả tiền cứu. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi thường gặp là > 50 tuổi (57,5%), đa số BN đã mãn kinh (62,7%). Triệu chứng báo hiệu thường gặp nhất là đầy tức bụng dưới (53,3%). Siêu âm phát hiện 100% các trường hợp có u buồng trứng, độ nhậy là 86,7%. Nồng độ CA 12.5 huyết thanh > 35 U/ml trong 66,7%. Tỷ lệ tăng (>35U/ml) và giá trị trung bình CA 12.5 của giai đoạn II cao hơn so với giai đoạn IC (80% so với 55%) và (552,6 so với 220,2 U/ml) (p<0,05). Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là 56,3±3,0 tháng, sống thêm không bệnh trung bình là 45,4±3,4 tháng.

*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn trọng Diệp

Email: drtrongdiep@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 5.3.2018

Ngày duyệt bài: 15.3.2018

Tỷ lệ sống thêm 5 năm toàn bộ là 71,9%, không bệnh 41,2%. **Kết luận:** UTBMBT tiến triển âm thầm, triệu chứng thường là đau tức bụng không điển hình, chẩn đoán siêu âm có độ nhạy cao, CA 12.5 tăng trong đa số các trường hợp và liên quan đến giai đoạn bệnh. Kết quả điều trị bằng phẫu thuật kết hợp với hóa chất UTBMBT ở giai đoạn IC-II khả quan về thời gian sống thêm toàn bộ là 56,3±3,0 tháng, sống thêm không bệnh là 45,4±3,4 tháng.

Từ khoá: Ung thư buồng trứng, Hoá trị, phẫu thuật

SUMMARY

STUDY ON CLINICAL, PARA CLINICAL CHARACTERISTICS AND THE RESULTS OF TREATMENT OF STAGE IC-II EPITHELIAL OVARIAN CANCER BY SURGERY COMBINED WITH PACLITAXEL-CARBOPLATIN REGIMEN AS ADJUVANT CHEMOTHERAPY

Objects: Researching on clinical, paraclinical characteristics of stage IC-II epithelial ovarian cancer. Evaluating the results of treatment of stage IC-II epithelial ovarian cancer by surgery combined with paclitaxel - carboplatin regimen as adjuvant chemotherapy. **Methods:** Prospective observation study **Results:** The most common age was above 50 years (57,5%), the majority of patients was postmenopausal (62,7%). The most common symptom reported was abdominal pain (53,3%). Ultrasound detected 100% of the cases of ovarian tumors, the sensitivity of ultrasound was 86,7%. Serum CA 12.5 levels that is above 35 U/ml was reported in 66,7%. The rate (> 35U/ml) and average value of CA 12.5 of the stage II were higher than stage IC (80% vs 55%) and (552.6 vs 220.2U/ml) (p < 0.05). Median overall survival was 56.3 ± 3.0 months, median disease free survival was 45.4 ± 3.4 months. 5 - year overall survival rate was 71.9% and 5 - year disease free survival rate was 41.2%. **Conclusion:** Diagnosis and surgical treatment combined with paclitaxel - carboplatin adjuvant chemotherapy regimen in stage IC-II epithelial ovarian cancer give the results of median overall survival was 56.3 ± 3.0 months, disease free survival was 45.4 ± 3.4 months.

Keywords: ovarian cancer, chemotherapy, surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng (UTBT) là bệnh phổ biến trong các ung thư phụ khoa. Tại Mỹ năm 2008 ghi nhận 24.000 trường hợp mắc mới và 16.000 phụ nữ tử vong vì căn bệnh này. Tại Việt Nam, năm 2010 có 2085 phụ nữ mắc bệnh UTBT [1],[7]. Về mô bệnh học, có tới 80 - 90% UTBT là loại biểu mô. UTBMBT có đặc điểm tiến triển âm thầm, vì vậy có tới 70-80% được phát hiện khi đã ở giai đoạn tiến triển (FIGO III,IV), có tiên lượng xấu, tỷ lệ sống thêm 5 năm chỉ là dưới 5%. Giai đoạn IC và II thường được điều trị bằng phẫu thuật kết hợp với hoá chất, tiên lượng cũng như kết quả điều trị triển vọng hơn nhiều so với giai đoạn tiến triển. Chúng tôi viết bài này

với 2 Mục tiêu:

- Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng UTBMBT giai đoạn IC- II.

- Đánh giá kết quả điều trị UTBMBT giai đoạn IC- II bằng phẫu thuật kết hợp với hóa chất phác đồ Paclitaxel- Carboplatin tại Bệnh viện K.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: BN được chẩn đoán và điều trị bệnh viện K từ tháng 1/2007 đến 11/2012. Gồm 75 BN có các tiêu chuẩn sau:

- Được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học là UTBMBT

- Giai đoạn IC, II theo phân loại của FIGO năm 2008

- Thể trạng chung tốt: PS (performance status) 0-1

- Điều trị bằng phương pháp phẫu thuật kết hợp với hoá chất bổ trợ phác đồ paclitaxel - carboplatin.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp mô tả, tiền cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

3.1.1. Tuổi

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Tuổi	< 30	30-39	40-49	50-59	≥ 60
Tỷ lệ %	12	10,5	20	37,5	20

3.1.2. Tình trạng kinh nguyệt

Bệnh nhân mãn kinh chiếm đa số 62,7%, còn kinh 37,3%.

3.1.3. Triệu chứng cơ năng

Bảng 2. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng	Số BN	Tỷ lệ(%)
Đầy tức bụng dưới	40	53,3
Bụng to ra	33	44,0
Rối loạn đại - tiểu tiện	17	22,7
Tự sờ thấy u	16	21,3
Gầy sút cân	11	14,7
Ra máu âm đạo bất thường	8	10,7
Ăn uống kém	7	9,3
Tình cờ qua khám định kỳ	7	9,3

3.1.4. Triệu chứng thực thể

Bảng 3. Triệu chứng thực thể

Triệu chứng	Số BN	Tỷ lệ (%)
Sờ thấy u qua khám bụng	47	62,7
Thăm âm đạo, trực tràng thấy u	68	90,7
Cổ tử cung	21	28,0

3.1.5. Chẩn đoán siêu âm.

Bảng 4. Đặc điểm u trên siêu âm

Đặc điểm u	Số BN	Tỷ lệ(%)
Siêu âm: Thấy u	75	100,0
Không thấy u	0	0

Cấu trúc u: U nang	19	25,3
U hỗn hợp	51	68,0
U đặc	5	6,7
Các dấu hiệu gợi ý u ác tính		
Có vách không đều	35	46,7
Có nụ sùi trong u	50	66,7
Có dịch ổ bụng	28	37,3
Xâm lấn xung quanh	17	22,6
Kích thước u: ≤ 10 cm	39	52,0
> 10 cm	36	48,0
Vị trí u		
1 bên	57	76,0
2 bên	18	24,0

3.1.6. Nồng độ CA 12.5 huyết thanh bệnh nhân trước điều trị.

Bảng 5. Mối liên quan giữa nồng độ CA 12.5 huyết thanh tại thời điểm chẩn đoán với giai đoạn bệnh

Nồng độ CA 12.5 Huyết thanh	Giai đoạn				Tổng	
	IC		II			
	n	%	n	%	n	%
≤ 35 U/ml	18	45,0	7	20,0	25	33.3
> 35 U/ml	22	55,0	28	80,0	50	66,7
Tổng	40	100,0	35	100,0	75	100,0
p = 0,022						

p = 0,022

3.1.7. Đặc điểm mô bệnh học

Bảng 6. Phân loại mô bệnh học ung thư biểu mô buồng trứng

Loại mô học	Số BN	Tỷ lệ (%)
UTBM tuyến thanh dịch	39	52,0
UTBM tuyến nhày	21	28,0
UTBM dạng nội mạc	7	9,3
UTBM tế bào sang	0	0
UTBM tuyến không biệt hoá	2	2,7
UTBM tế bào chuyển tiếp	3	4,0
UTBM tế bào vảy	0	0
UTBM hỗn hợp	3	4,0
Tổng	75	100

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Sống thêm toàn bộ.

- Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là $56,3 \pm 3,0$ tháng.

- Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 3 năm là 79,9%, 5 năm là 71,9%

3.2.2. Sống thêm không bệnh.

- Thời gian sống thêm không bệnh trung bình là $45,4 \pm 3,4$ tháng

- Tỷ lệ sống thêm không bệnh 3 năm là 62,8%, 5 năm là 41,2%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

4.1.1. Tuổi và tình trạng kinh nguyệt:

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy UTBMBT có độ tuổi thường gặp trên 50 tuổi (57,5% BN), đa số đã mãn kinh (62,7% BN) điều này cũng phù hợp với nhận xét kinh điển [2],[7].

4.1.2. Triệu chứng báo hiệu: Triệu chứng báo hiệu thường gặp nhất là đầy tức bụng dưới gặp ở 53,3% BN, bụng to ra gặp 44% BN. Có 7 BN không có triệu chứng, phát hiện qua khám sức khỏe định kỳ (9,3% BN). Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian từ khi BN có triệu chứng tới khi nhập viện trung bình là $1,01 \pm 2,13$ tháng. Tỷ lệ nhập viện trước 1 tháng là 72% BN. Các triệu chứng khác xuất hiện khi bệnh ở giai đoạn II là: đau bụng dưới 18,8% BN, rối loạn đại-tiểu tiện 22,7% BN, ra máu âm đạo bất thường 10,7% BN, gầy sút 14,7% BN, ăn uống kém-chậm tiêu 9,4% BN. Chan JK cũng đưa ra nhận xét rằng không có dấu hiệu nào là đặc hiệu cho UTBT [5].

4.1.3. Đặc điểm u trên siêu âm: Trong nghiên cứu, siêu âm phát hiện 100 % các trường hợp có u buồng trứng. Trong đó u có hỗn hợp và u đặc chiếm đa số các trường hợp (74,7 % BN), u dạng nang là 25,3% BN. Về các dấu hiệu gợi ý ác tính trên siêu âm, tỷ lệ u có nụ sùi trong nang là cao nhất (66,7% BN), u có vách không đều là 46,7% BN, u có dấu hiệu xâm lấn tiểu khung là 22,6% BN. Trong tổng số 75 BN chỉ có 10 trường hợp u nang đơn thuần và không có bất kỳ dấu hiệu gợi ý ác tính trên siêu âm. Như vậy là siêu âm có độ nhạy khá cao trong chẩn đoán UTBMBT trong nghiên cứu của chúng tôi (86,7%). Nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngọc Phượng cho thấy độ nhạy của siêu âm trong chẩn đoán UTBMBT là 94,2% [3], của tác giả khác và cộng sự là 88% [7].

4.1.4. Nồng độ CA 12.5 huyết thanh tại thời điểm chẩn đoán:

Trong nghiên cứu, ở giai đoạn IC, 55% BN có nồng độ CA 12.5 > 35U/ml, giai đoạn II là 80% BN. So sánh với các nghiên cứu của tác giả khác: Lê Thị Vân [4] nghiên cứu UTBMBT giai đoạn IIIC có tới 98,4% BN có nồng độ CA 12.5 > 35U/ml, nghiên cứu của Chang JK UTBMBT giai đoạn III 95% BN có nồng độ CA 12.5 > 65U/ml [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ trung bình của CA 12.5 trong huyết thanh BN trước điều trị: giai đoạn IC là 220,2 U/ml thấp hơn của giai đoạn II là 552,6 U/ml, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Như vậy nồng độ trung bình của CA 12.5 huyết thanh trước điều trị tăng dần theo giai đoạn bệnh.

4.2. Kết quả điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% BN có thông tin theo dõi sau điều trị. Thời gian theo dõi trung bình $22,9 \pm 17,2$ tháng, gần nhất là 5 tháng, dài nhất 65 tháng. Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu có 68 trường hợp còn sống chiếm 90,7%, 6 BN tử vong chiếm 9,3%, 14 BN tái phát chiếm 18,7%.

Thời gian thời gian sống thêm toàn bộ trung bình là $56,3 \pm 3,0$ tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 3 năm là 79,9%, 5 năm là 71,9%.

Thời gian sống thêm không bệnh trung bình là $45,4 \pm 3,4$ tháng. Tỷ lệ sống thêm không bệnh 3 năm là 62,8%, 5 năm là 41,2%.

Chan và CS nghiên cứu BN UTBMBT giai đoạn sớm (giai đoạn IA, IB, độ mô học III hoặc tủy tế bào sáng, II) điều trị bằng phẫu thuật kết hợp với hoá chất bổ trợ phác đồ Paclitaxel-Carboplatin cho kết quả: tỷ lệ sống 5 năm toàn bộ là 81,7%, không bệnh là 81,7% [5]. Thử nghiệm lâm sàng ở châu Âu (ICON1 và ACTION) ở BN UTBMBT giai đoạn sớm (IA,IB độ mô học III hoặc tủy tế bào sáng, II) cho tỷ lệ sống thêm 5 năm toàn bộ là 82%, không bệnh là 76% [6].

Kết quả sống thêm 5 năm của các tác giả nêu trên đều cao hơn của chúng tôi. Tuy nhiên điều đó có thể lý giải là do tỷ lệ BN ở giai đoạn I của các nghiên cứu này cao hơn của chúng tôi và bao gồm cả giai đoạn IA,IB độ mô học 3, tủy tế bào sáng.

V. KẾT LUẬN

- Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.

+ UTBMBT tiến triển âm thầm, triệu chứng báo hiệu thường là đau tức bụng không điển hình, chẩn đoán siêu âm có độ nhạy cao, CA

12.5 tăng trong đa số các trường hợp và liên quan đến giai đoạn bệnh.

- Kết quả điều trị.

+ Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình giai đoạn IC và II là $56,3 \pm 3,0$ tháng. Thời gian sống thêm không bệnh là $45,4 \pm 3,4$ tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm là 71,9%, không bệnh là 41,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Bá Đức, Đào Ngọc Phong (2008)**, "Dịch tễ học bệnh ung thư". Nhà xuất bản Y học, tr. 19 - 21.
2. **Vũ Bá Quyết (2010)**, Nghiên cứu giá trị của CA 12.5 trong chẩn đoán giai đoạn và theo dõi điều trị bệnh ung thư biểu mô buồng trứng, Luận án tiến sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Thị Ngọc Phượng và CS (2000)** "Nghiên cứu dự đoán độ lành ác u khối u buồng trứng bằng siêu âm và CA 12.5, CA 15.3 trong huyết thanh", Y học TP Hồ Chí Minh 2000, Vol.4, No. 4: tr.216-220.
4. **Lê Thị Vân (2011)**, Đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn IIIC bằng phương pháp phẫu thuật kết hợp với hóa chất tại bệnh viện K từ 2005-2010. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Chan JK, Tian C, Monk BJ, et al (2008)**, "Prognostic factors for high-risk early-stage epithelial ovarian cancer: a Gynecologic Oncology Group study", Cancer 2008; 112:2202.
6. **Colombo N, Guthrie D, Chiari S, et al (2003)**, "International Collaborative Ovarian Neoplasm trial 1: a randomized trial of adjuvant chemotherapy in women with early-stage ovarian cancer", J Natl Cancer Inst 2003; 95:125.
7. **DeVita, Vincent T, et al (2008)**, "Principles & Practice of Oncology, 8th Edition", Part 3 - Practice of Oncology > Chapter 42 - Gynecologic Cancers > Section 5: Ovarian Cancer, Fallopian Tube Carcinoma, and Peritoneal Carcinoma.

ĐẶC ĐIỂM CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ Ở BỆNH NHÂN ĐƯỢC PHẪU THUẬT LẤY ĐĨA ĐỆM, HÀN XƯƠNG LIÊN THÂN ĐỐT VÀ NẸP VÍT CỘT SỐNG CỔ LỖI TRƯỚC

Hoàng Gia Du*

TÓM TẮT

Tổng quan: Phẫu thuật lấy thoát vị đĩa đệm, ghép xương và cố định cột sống cổ được sử dụng rộng rãi

*Khoa Chấn thương chỉnh hình và Cột sống Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Gia Du

Email: hoanggiadu76@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 6.3.2018

Ngày duyệt bài: 16.3.2018

trong phẫu thuật cột sống hiện nay. Việc đánh giá đặc điểm chẩn đoán hình ảnh ở những bệnh nhân này đóng vai trò quan trọng trong phẫu thuật. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm chẩn đoán hình ảnh ở những bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ được mổ theo phương pháp ACDF. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu gồm 30 bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ được phẫu thuật theo phương pháp ACDF. Các phương tiện Xquang, cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ cột sống cổ được sử dụng để đánh giá đặc điểm chẩn đoán hình ảnh. **Kết quả:** 36,7% bệnh nhân mất đường cong sinh lý cột sống cổ trên Xquang, 50% bệnh nhân giảm chiều cao đĩa đệm

trên cắt lớp vi tính, thoát vị đĩa đệm 1 tầng chiếm đa số với 83,3% trên cộng hưởng từ, 41,7% thoát vị tầng C5/6, 61,1% thoát vị đĩa đệm trung tâm. **Kết luận:** Cộng hưởng từ là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán bệnh lý thoát vị đĩa đệm cột sống cổ, tuy nhiên để đánh giá chi tiết các tổn thương bất thường khác về xương và phục vụ tốt hơn trong phẫu thuật chúng ta nên sử dụng thêm Xquang và cắt lớp vi tính.

Từ khóa: Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ, chẩn đoán hình ảnh, ACDF

SUMMARY

IMAGING OF CERVICAL DISC HERNIATION IN PATIENTS UNDERWENT ANTERIOR CERVICAL DISCECTOMY AND FUSION (ACDF)

Background: ACDF is widely used in spine surgery today. The evaluation of imagings of cervical disc herniation take an important role in surgery.

Objectives: To describe the imagings of cervical disc herniation in patients had operated ACDF. **Materials**

and Methods: Prospective study. Thirty patients with cervical disc herniation who underwent ACDF were included. Radiographs, computed tomography, and magnetic resonance imaging were used to evaluate the imaging of these patients. **Results:** Loss of sagittal alignment in radiograph were 36,7%, 50% patients had narrow of intervertebral disc in computed tomography, one level disc herniation in magnetic resonance were 83,3%, disc herniation concentrated on C5/6 with 41,7%, 61,1% patients were centre disc herniation type. **Conclusions:** Magnetic resonance was gold standard in diagnosing of cervical disc herniation, but we need to use radiograph and computed tomography for the details of bone abnormal and application for surgery.

Keywords: Cervical disc herniation, imagings, ACDF

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ là bệnh lý thường gặp, một trong những nguyên nhân chính gây ra chèn ép thần kinh vùng cổ. Năm 1927, Gutzeit một tác giả người Đức đã lần đầu tiên mô tả thoát vị đĩa đệm cột sống cổ nhân một trường hợp chèn ép rễ thần kinh cổ 6 do đĩa đệm. Hiện nay việc chẩn đoán bệnh lý TVĐĐ đã đạt được những bước tiến vượt bậc do áp dụng các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh hiện đại: chụp cắt lớp vi tính (CLVT), chụp cộng hưởng từ (CHT)...[3]. Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh chủ yếu là chụp Xquang quy ước, chụp cắt lớp vi tính, chụp cắt lớp ống tuỷ cản quang và chụp cộng hưởng từ. Hiện nay với sự phát triển của khoa học kỹ thuật, Xquang ít được áp dụng để chẩn đoán bệnh lý thoát vị đĩa đệm. Tuy nhiên thông qua hình ảnh Xquang cột sống cổ chúng ta có thể đánh giá được các tổn thương kèm theo để có phương án điều trị cũng như phẫu thuật tốt nhất cho người bệnh. Chụp cắt lớp vi tính cột sống cổ tuy không giúp chẩn đoán

xác định thoát vị đĩa đệm nhưng rất có giá trị trong điều trị và tiên lượng kết quả phẫu thuật. Hình ảnh chụp cộng hưởng từ là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán bệnh lý thoát vị đĩa đệm cột sống nói chung và cột sống cổ nói riêng [1]. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm tìm hiểu một số đặc điểm chẩn đoán hình ảnh thoát vị đĩa đệm cột sống cổ ở các bệnh nhân được điều trị phẫu thuật lấy đĩa đệm cột sống cổ, hàn xương liên thân đốt và cố định bằng nẹp vít cột sống cổ phía trước.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Gồm 30 bệnh nhân được chẩn đoán xác định thoát vị đĩa đệm cột sống cổ và được phẫu thuật bằng phương pháp lấy đĩa đệm, hàn xương liên thân đốt và nẹp vít cột sống cổ lõi trước tại khoa Chấn Thương Chỉnh Hình và Cột Sống bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8 năm 2015 đến tháng 8 năm 2016. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định TVĐĐ cột sống cổ dựa trên lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh.

Phương pháp nghiên cứu mô tả tiến cứu: Các thông tin được thu thập theo mẫu bệnh án thống nhất: Trực tiếp hỏi bệnh, thăm khám và đánh giá bệnh nhân trước mổ. Quan sát và đánh giá các hình ảnh cận lâm sàng qua phim chụp.

Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh

- **Xquang quy ước:** thẳng nghiêng, Xquang động, chếch 3/4 đánh giá:

+ Tổn thương liên quan đường cong sinh lý cột sống cổ.

+ Hình ảnh mất vững cột sống cổ.

+ Hình ảnh xẹp đốt sống.

+ Hẹp khe liên đốt sống.

+ Hẹp lỗ ghép cột sống cổ.

+ Mỏ xương phía trước đốt sống liền kề.

- **Cắt lớp vi tính:** đánh giá tình trạng vôi hóa đĩa đệm, dây chằng, mỏ xương đốt sống, trượt đốt sống...

- **MRI (1,5 Tesla):** Chẩn đoán xác định và phân loại thoát vị đĩa đệm:

+ Vị trí thoát vị.

+ Số tầng thoát vị.

+ Đặc điểm thoát vị đĩa đệm: Thoát vị trung tâm, cạnh trung tâm, thoát vị vào lỗ ghép, thoát vị có mảnh rời không.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 30 trường hợp được chẩn đoán xác định thoát vị đĩa đệm cột sống cổ. Được phẫu thuật lấy đĩa đệm thoát vị, hàn xương liên thân đốt và nẹp vít cột sống cổ lõi trước tại khoa Chấn Thương Chỉnh Hình và Cột Sống bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8 - 2015 đến 8 - 2016 chúng tôi thu được kết quả như sau.

Đặc điểm chung: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu $\bar{x} \pm SD = 54,3 \pm 11,00$ tuổi. Tỷ lệ nam/nữ = 1/1.

Bảng 1: Hình ảnh Xquang trước mổ

Hình ảnh Xquang	Số lượng	Tỷ lệ %
Mất đường cong sinh lý	11/30	36,7
Hẹp khe liên đốt sống	15/30	50
Mỏ xương phía trước đốt sống liên kề	10/30	33,3

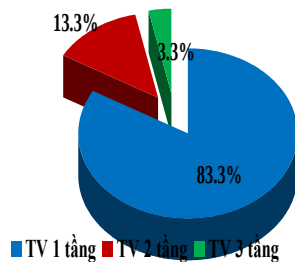
Nhận xét: Hẹp khe liên đốt sống chiếm tỷ lệ nhiều nhất 50%. Mất đường cong sinh lý cột sống cổ 36,7%. Mỏ xương phía trước đốt sống liên kề 33,3%.

Bảng 2: Kết quả hình ảnh chụp cắt lớp cột sống cổ

Hình ảnh cắt lớp	Số lượng	Tỷ lệ %
Hẹp khe liên đốt sống	15/30	50
Mỏ xương phía trước đốt sống	10/30	33,3

Nhận xét: Hình ảnh hẹp khe liên đốt sống chiếm tỷ lệ cao nhất 50%. Mỏ xương phía trước đốt sống liên kề 33,3%.

Hình ảnh cộng hưởng từ cột sống cổ



Biểu đồ 1: Phân bố tầng thoát vị

Nhận xét: Số người bệnh thoát vị 1 tầng đĩa đệm chiếm tỷ lệ cao nhất 83,3%. Thoát vị 2 tầng chiếm tỷ lệ 13,3%. Thoát vị 3 tầng chiếm tỷ lệ ít nhất 3,3%.

Bảng 3: Vị trí thoát vị đĩa đệm

Vị trí	C3-C4	C4-C5	C5-C6	C6-C7	Tổng
Tần suất	6	14	15	1	36
Tỷ lệ %	16,7%	38,9%	41,7%	2,7%	100%

Nhận xét: Thoát vị đĩa đệm C5 – C6 chiếm tỷ lệ cao nhất 41,7%. Thoát vị đĩa đệm C6 – C7 chiếm tỷ lệ thấp nhất 2,7%, hay gặp hơn là thoát vị C3-C4 chiếm tỷ lệ 16,7%.

Bảng 4: Các hình thái TVĐĐ cổ

Hình thái TVĐĐ	Tần suất	Tỷ lệ %
Ra trước	0	0
Thoát vị trung tâm	22	61,1

Ra sau	Thoát vị cạnh trung tâm (P)	7	19,4	100
	Thoát vị cạnh trung tâm (T)	6	16,7	
	Thoát vị vào lỗ ghép (P)	1	2,8	
	Thoát vị vào lỗ ghép (T)	0	0	
	Thoát vị di trú	0	0	
Thoát vị vào thân đốt sống		0	0	
Tổng		36	100	

Nhận xét: Không gặp trường hợp nào thoát vị ra trước hay thoát vị vào thân đốt sống. Thoát vị ra sau chiếm 100% tổng số người bệnh thuộc nhóm nghiên cứu. Trong đó thoát vị trung tâm chiếm đa số với 61,1%, thoát vị vào lỗ ghép chiếm tỷ lệ thấp nhất 2,8%, không gặp trường hợp nào thoát vị di trú.

IV. BÀN LUẬN

Hình ảnh Xquang cột sống cổ: Hình ảnh Xquang cột sống cổ ít có giá trị trong chẩn đoán xác định bệnh lý thoát vị đĩa đệm cột sống cổ. Tuy nhiên hình ảnh Xquang cột sống cổ có thể gián tiếp gợi ý đến thoát vị đĩa đệm cột sống cổ như cột sống mất đường cong sinh lý, lệch vẹo cột sống, trượt đốt sống ra trước, hẹp khe gian đốt sống... Có thể thấy hình ảnh thoát vị Schmorl biểu hiện là những nốt xơ hóa và lõm vào thân đốt sống. Hình ảnh Xquang chệch 3/4 có thể đánh giá lỗ liên hợp.

Hình ảnh mất đường cong sinh lý: Chúng tôi tiến hành chụp Xquang cột sống cổ thẳng – nghiêng tư thế tĩnh và tư thế động (cúi tối đa, ngửa tối đa) cho tất cả người bệnh thuộc nhóm nghiên cứu. Chúng tôi nhận thấy rằng có 11/30 người bệnh cho hình ảnh mất đường cong sinh lý cột sống cổ chiếm tỷ lệ 36,7% (bảng 1).

Khi nghiên cứu người ta thấy do sự thoái hóa của cột sống cổ, sự co cơ để đối kháng lại triệu chứng đau là nguyên nhân chính gây biến đổi đường cong sinh lý cột sống. Quá trình thoái hóa lâu ngày làm giảm tầm vận động của cột sống gây gù, lệch vẹo cột sống cổ. Những người bệnh này khi phẫu thuật ngoài việc giải phóng chèn ép tủy, rễ thần kinh thì cần cố gắng thiết lập lại giải phẫu sinh lý của cột sống cổ.

Hình ảnh giảm chiều cao khe liên đốt sống: Nghiên cứu của chúng tôi trên 30 người bệnh cho kết quả 15/30 người bệnh có hình ảnh giảm chiều cao khe liên đốt sống tại tầng thoát vị chiếm tỷ lệ 50% (bảng 1).

Đĩa đệm là mô được nuôi dưỡng kém, chủ yếu được nuôi dưỡng bằng cơ chế thẩm thấu do đó quá trình thoái hóa diễn ra nhanh. Quá trình

thoái hóa làm đĩa đệm mất nước, giảm tính đàn hồi. Dưới tác dụng của lực bên ngoài trong quá trình sinh hoạt, lao động làm đĩa đệm xẹp lại và bề rộng ra gây giảm chiều cao đĩa đệm.

Mỏ xương phía trước đốt sống liền kề:

Nghiên cứu của chúng tôi gặp 10/30 người bệnh có mỏ xương phía trước đốt sống liền kề chiếm tỷ lệ 33,3% (bảng 1). Nguyễn Quốc Dũng [1] nghiên cứu 52 bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống cổ thấy 82,69% có mỏ xương phía trước đốt sống liền kề. Hoàng Văn Chiến [2] nghiên cứu tỷ lệ này là 7,29%.

Bệnh thoái hóa cột sống gặp chủ yếu ở người trên 40 tuổi. Mỏ xương do thoái hóa thường xuất hiện đồng thời ở nhiều thân đốt sống, nhất là vùng cổ và thắt lưng. Mỏ xương chỉ xuất hiện ở 1 – 2 thân đốt sống thường gặp trong thoái hóa cột sống sau chấn thương hoặc di chứng của lao. Ở mức độ nặng mỏ xương giữa các thân đốt sống dính sát vào nhau tạo thành cầu xương. Thoái hóa cột sống cổ thường gây ra mỏ xương ở mẫu bán nguyệt, là nguyên nhân gây chèn ép rễ thần kinh và động mạch đốt sống. Trên lâm sàng đặc trưng bởi hội chứng cổ - đầu, cổ - vai - cánh tay. Hình ảnh Xquang thẳng thấy phì đại mẫu bán nguyệt, phim chếch 3/4 thấy lỗ ghép bị hẹp.

Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính cột sống cổ: Hình ảnh CLVT cột sống cổ cho ta biết tình trạng xương đốt sống, các thương tổn kèm theo gây hội chứng chèn ép tủy, rễ thần kinh không phải do thoát vị đĩa đệm như: Cột hóa dây chằng dọc sau, mỏ xương phía sau thân đốt sống, phì đại mẫu khớp...

Nghiên cứu của chúng tôi trên 30 người bệnh cho thấy: Mỏ xương phía trước đốt sống liền kề 33,3%, hẹp khe liên thân đốt sống 50% (bảng 2). Thoái hóa cột sống và thoái hóa đĩa đệm luôn đi song song với nhau, khi có thoái hóa TVĐĐ cột sống cổ và phì đại mỏ xương, mẫu khớp thì điều trị nội khoa sẽ không có kết quả mà phải phẫu thuật lấy đĩa đệm thoát vị và lấy bỏ cả chồi xương. Nhờ có sự trợ giúp của phương tiện phẫu thuật hiện đại như khoan mài, kìm gặm xương chuyên dụng mà việc phẫu thuật lấy bỏ chồi xương trở nên dễ dàng hơn rất nhiều. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sau khi phẫu thuật lấy bỏ đĩa đệm thoát vị và chồi xương thì cải thiện lâm sàng của người bệnh sau phẫu thuật rất tốt.

Kết quả chụp cộng hưởng từ cột sống cổ: Chụp cộng hưởng từ cột sống cổ được chỉ định khi trên lâm sàng có biểu hiện hội chứng chèn ép tủy, rễ thần kinh hay nghi ngờ có tổn

thương kèm theo ở tủy sống. Khảo sát các lớp cắt theo mặt phẳng đứng dọc (sagittal), mặt phẳng nằm ngang (axial), mặt phẳng đứng ngang (coronal) cho ta nhiều thông tin về cột sống cổ của người bệnh: Vị trí, số lượng đĩa đệm thoát vị, tình trạng đĩa đệm còn hay không còn chứa nhân nhầy, tình trạng quá phát mỏ xương gây hẹp ống sống, hẹp lỗ ghép, tình trạng vôi hóa dây chằng dọc sau, dày dây chằng vàng gây hẹp ống sống, có phù tủy kèm theo không...

Phân bố tầng thoát vị đĩa đệm: Trong số 30 người bệnh thuộc nhóm nghiên cứu đã được chụp cộng hưởng từ cột sống cổ trước mổ chúng tôi nhận thấy rằng:

Thoát vị đĩa đệm một tầng chiếm tỷ lệ 83,3%. Thoát vị đĩa đệm 2 tầng chiếm tỷ lệ 13,3%, thoát vị 3 tầng chiếm tỷ lệ 3,3% (biểu đồ 1). Nghiên cứu của Trương Thanh Tinh và cộng sự [4] với 63 người bệnh thoát vị đĩa đệm cột sống cổ được phẫu thuật lõi trước tại Bệnh viện Trường Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh từ 1/2011 đến 12/2011 cho thấy phẫu thuật 1 tầng chiếm tỷ lệ 56%, 2 tầng 33%, 3 tầng chiếm 11%.

Vị trí đĩa đệm thoát vị trên phim cộng hưởng từ: Thoát vị đĩa đệm C6-C7 gặp với tỷ lệ thấp nhất 2,7%, C3-C4 (16,7%), nhiều hơn là C4-C5 (38,9%), hay gặp nhất là thoát vị C5-C6 chiếm tỷ lệ 41,7% (bảng 3). Nguyễn Quốc Dũng [1]. Nghiên cứu 52 người bệnh thoát vị đĩa đệm cột sống cổ thấy gặp nhất là thoát vị C5-C6 chiếm tỷ lệ 36,61%, C4-C5 (26,79%), C3-C4 (23,21%), C6-C7 (11,67%), ít gặp nhất là C7-T1 chiếm tỷ lệ 1,79%. Kelsy J.L và cộng sự [6] nghiên cứu 40 người bệnh thoát vị đĩa đệm cột sống cổ thấy thoát vị C3-C4 (2,5%), C4-C5 (7,5%), C5-C6 (32,5%), C6-C7 (42,5%), C7-T1 (7,5%), thoát vị 2 tầng C45-C56 (5%), C56-C67 (2,5%).

Cột sống cổ là phần linh hoạt nhất của cột sống, trong sinh hoạt cũng như trong lao động đĩa đệm C5-C6 tham gia nhiều vào các động tác cúi, uốn của cột sống cổ. Vì vậy đĩa đệm C5-C6 sớm bị thoái hóa hơn, điều đó giải thích lý do vì sao chúng ta hay gặp thoát vị đĩa đệm C5-C6 hơn các vị trí khác. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của một số tác giả khác như Bucciero [7], tuy nhiên cũng có một số tác giả nước ngoài gặp thoát vị C6-C7 nhiều hơn.

Một số hình thái thoát vị đĩa đệm cột sống cổ trên MRI: Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi 100% là thoát vị đĩa đệm ra sau, không gặp thoát vị ra trước hay thoát vị vào thân đốt sống. Giải thích cho điều này chúng tôi thấy rằng chỉ thoát vị đĩa đệm ra sau mới gây chèn ép

vào tủy hay rễ thần kinh và gây lên các triệu chứng lâm sàng buộc người bệnh phải đến viện khám. Hình thái thoát vị hay gặp nhất là thoát vị trung tâm 61,1%, cạnh trung tâm 36,1%, thoát vị vào lỗ liên hợp 2,8% (bảng 3).

Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ thể trung tâm và cạnh trung tâm chiếm tỷ lệ cao nhất, điều đó hoàn toàn phù hợp với đặc điểm giải phẫu của cột sống cổ. Do các sợi dây chằng dọc sau phân bố đồng đều ở mặt trước ống sống cổ mà không tập chung phân bố ở giữa, đồng thời vòng sợi đĩa đệm ở phía sau yếu hơn nửa phía trước đó là nguyên nhân chính là tăng tỷ lệ thoát vị đĩa đệm trung tâm và cạnh trung tâm. Do đặc điểm của gờ xương quanh bề mặt của thân đốt sống, đặc điểm khớp luschka cũng góp phần làm cho tỷ lệ thoát vị vào lỗ ghép ít gặp hơn.

V. KẾT LUẬN

Mỗi phương tiện chẩn đoán hình ảnh đều có giá trị trong chẩn đoán TVĐĐ cột sống cổ, cần phối hợp kết quả của một vài phương pháp để có thể chẩn đoán chính xác nhất mức độ thoát vị đĩa đệm cột sống cổ và các tổn thương xương kèm theo nhằm đưa ra được kết quả điều trị phẫu thuật tối ưu nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Quốc Dũng (2005).** "Một số nhận xét về hình ảnh cộng hưởng từ thoát vị đĩa đệm cột sống cổ", *Y học thực hành*, 503(2), 66-67.
2. **Hoàng Văn Chiến (2016).** "Đánh giá kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo có khớp", Luận văn tiến sĩ Y học, Học Viện Quân Y.
3. **Nguyễn Văn Thạch, Hoàng Gia Du (2010).** "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống cổ bằng kính hiển vi phẫu thuật tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 10 (2), 200-204.
4. **Trương Thanh Tình N. M. A., Võ Tấn Sơn, (2012).** "Điều trị vi phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cổ lối trước", *Kỷ yếu Hội nghị phẫu thuật thần kinh Việt Nam lần thứ 13*, 106.
5. **Nguyễn Công Tô, Nguyễn Đình Hưng (2007).** Sử dụng Cespace hàn liên thân đốt trong phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống cổ", *Tạp chí Ngoại khoa*, 1, 34-38.
6. **Kelsey J.L. G. P. B., Walter S.D., et al. (1984).** An epidemiological study of acute prolapsed cervical intervertebral discs", *J Bone joint Surg*, 66(6), 907-914.
7. **Bucciero A. C. A. (1998).** Soft cervical herniation. An analysis of 187 cases", *Journal of Neurosurgical Sciences*, 42(3), 125-130.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ TÁC NHÂN HÓA HỌC VÀ CHỈ SỐ SỨC KHỎE CÓ LIÊN QUAN TẠI KHU CÔNG NGHIỆP ĐỒ SƠN, HẢI PHÒNG

Hoàng Quốc Cường¹, Hoàng Xuân Bách¹, Đặng Xuân Sơn¹,
Nguyễn Thị Minh Ngọc², Phạm Văn Thức²

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành trên Khu công nghiệp Đồ Sơn, Hải Phòng nhằm xác định xác định một số tác nhân hóa học trong môi trường quanh khu công nghiệp Đồ Sơn, Hải Phòng, đánh giá một số chỉ số sức khỏe có liên quan của cộng đồng dân cư lân cận, và đề xuất công nghệ xử lý nước hộ gia đình lọc kim loại nặng. Phát hiện sự ô nhiễm asen trong nước ngầm (trung bình $234,07 \pm 140,74 \mu\text{g/L}$). Chưa phát hiện tình trạng nhiễm thủy ngân, chì, cadimi, cyanua và crom trong cộng đồng dân cư quanh khu CN Đồ Sơn. Hàm lượng asen trong nước tiểu 24h trung bình cao $122,8 \pm 70,97 \mu\text{g/L}$. Có sự tương quan thuận giữa mức độ tiếp xúc asen với triệu chứng lâm sàng. Bộ lọc than

hoạt tính từ cây thầu dầu tía có tính năng tốt, có thể khuyến cáo sử dụng trong cộng đồng.

Từ khóa: Kim loại nặng, ô nhiễm, nước ngầm, asen, chỉ số sức khỏe.

SUMMARY

THE SURVEY OF CHEMICAL AGENTS AND RELATED HEALTH INDICATORS IN DO SON INDUSTRIAL ZONE, HAI PHONG CITY

The study was conducted in the residential area of Do Son Industrial Zone in Hai Phong with the objectives: Identification of some chemical agents in the environment around the Do Son industrial zone; Identification of some relevant health indicators including respiratory and other internal diseases of neighboring populations; Proposed interventions. There was arsenic contamination in groundwater: an average arsenic content of $234.07 \pm 140.74 \mu\text{g/L}$; Related health indicators: No mercury, lead, cadmium, cyanide and chromium were detected in the communities surrounding Do Son. Detection of elevated 24h arsenic, an average concentration of $122.8 \pm 70.97 \mu\text{g/L}$. There was a significant correlation between arsenic exposure and clinical symptoms. It is

¹Trường THPT Chuyên Trần Phú, Hải Phòng

²Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Thức

Email: pvthuc@yahoo.com

Ngày nhận bài: 12.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 2.3.2018

Ngày duyệt bài: 14.3.2018

possible to use the technology of slow filtration tank with activated charcoal from *Ricinus communis* L plants to filter arsenic from underground water source for community.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kim loại nặng đóng vai trò quan trọng, ảnh hưởng đến các sản phẩm tiêu thụ hằng ngày của con người. Nồng độ kim loại nặng trong tự nhiên tồn tại ở mức độ vài phần triệu (ppm) đến vài trăm phần triệu [1]. Con người có thể bị phơi nhiễm với kim loại nặng trong môi trường thông qua một số con đường chính như: sử dụng đất, nước bị ô nhiễm kim loại, hít phải kim loại nặng từ đất và nước. Việc phơi nhiễm kim loại nặng có thể dẫn tới các tổn thương thần kinh, tổn thương thận, tim mạch, hệ tiêu hóa, hệ hô hấp, ung thư và có thể dẫn tới tử vong trong một số trường hợp nhiễm độc cấp tính khác [2].

Phơi nhiễm kim loại nặng có thể thông qua nhiều đường khác nhau, tùy thuộc vào từng kim loại. Trong đó, nguồn phơi nhiễm chính của đa số kim loại nặng là thông qua nguồn nước, thực phẩm, hoặc phơi nhiễm từ không khí.

Cùng với sự phát triển của nền kinh tế nói chung và nền kinh tế biển nói riêng, vấn đề ô nhiễm môi trường biển cũng đang là một trong những vấn nạn cần được quan tâm đặc biệt đối với vùng xung quanh các khu công nghiệp (KCN) tại Hải Phòng. Bên cạnh đó, mật độ giao thông và mật độ dân cư sinh sống xung quanh các khu vực này vẫn ở mức độ cao, nguy cơ tiếp xúc với các yếu tố ô nhiễm môi trường ngày càng tăng. Ngoài ra, các nghiên cứu cũng chỉ ra chất lượng của các thiết bị lọc nước trên thị trường còn chưa được kiểm soát hiệu quả, nhiều thiết bị không có khả năng lọc các kim loại nặng tốt. Tuy nhiên, hiện tại chưa có nghiên cứu nào đánh giá tác động của các yếu tố ô nhiễm môi trường biển trong đó có các kim loại nặng lên sức khỏe người dân đặc biệt là các rối loạn hô hấp và các bệnh nội khoa khác tại Hải Phòng. Do vậy nghiên cứu này được tiến hành để xác định một số tác nhân hóa học trong môi trường quanh khu công nghiệp Đồ Sơn, Hải Phòng, đánh giá một số chỉ số sức khỏe có liên quan của cộng đồng dân cư lân cận, từ đó đề xuất công nghệ xử lý nước hộ gia đình lọc kim loại nặng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Địa điểm nghiên cứu: KCN Đồ Sơn, Hải Phòng là KCN có quy mô lớn với >30 công ty, nhà máy, xí nghiệp; dân cư sinh sống quanh KCN đông; có khu nuôi trồng thủy sản lân cận; giáp biển.

2. Xác định một số tác nhân hóa học trong môi trường quanh KCN Đồ Sơn:

2.1. Xác định tác nhân hóa học tại các đầm nuôi thủy sản quanh Đồ Sơn, Hải Phòng

+ Lấy mẫu nước xét nghiệm: nước vùng ven bờ, theo hướng dẫn lấy mẫu QCVN10 MT: 2015/BTNMT; cách lấy mẫu nước: tuân theo TCVN 5998: 1995; ISO 5667-9: 1992 và ISO 5667- 1.

+ Vị trí lấy mẫu thỏa mãn: địa điểm thuận lợi cho việc tích tụ các chất ô nhiễm của khu vực cần khảo sát, số lượng điểm lấy mẫu đảm bảo đại diện cho khu vực khảo sát.

+ Đánh giá chất lượng nước biển vùng ven bờ theo QCVN 10-MT:2015/BTNMT.

2.2. Xác định mức độ ô nhiễm các chỉ tiêu hóa học trên một số động vật, thực vật thủy sinh tại các khu vực nghiên cứu

+ Thực phẩm xét nghiệm: là mẫu thực phẩm sống ở tầng đáy, được nuôi hoặc đánh bắt tại địa bàn nghiên cứu (tôm, ốc, cá trê, cá quả)

+ Mẫu thực phẩm được lấy theo Thông tư: 14/2011/TT-BYT; kết quả được đánh giá theo QCVN 8-3:2012/BYT.

2.3. Xác định mức độ ô nhiễm các chỉ tiêu hóa học trong nguồn nước ăn uống, sinh hoạt tại các cộng đồng dân cư khu vực nghiên cứu

+ Chọn mẫu có chủ đích, tại mỗi gia đình lấy một mẫu nước ăn uống, sinh hoạt để xét nghiệm các chỉ tiêu hóa học và sinh học; cách lấy mẫu theo TCVN 6663-1: 2011, ISO 5667-1: 2006.

+ Đánh giá kết quả xét nghiệm theo QCVN 01:2009/BYT với nguồn nước sử dụng cho mục đích ăn uống và QCVN 02:2009/BYT đối với các nguồn nước sử dụng cho mục đích sinh hoạt.

3. Xác định một số chỉ số sức khỏe có liên quan

Công thức tính cỡ mẫu $n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$

Với n: Cỡ mẫu nghiên cứu. p: tỷ lệ ước đoán quần thể (do đây là nghiên cứu mới, nên chọn $p = 0,5$ để được cỡ mẫu lớn nhất). $Z_{1-\alpha/2}$: tương ứng với độ tin cậy 95%, $\alpha = 0,05$ thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$. α : Mức ý nghĩa thống kê. d: Sai số tuyệt đối: Lấy $d = 0,05$.

Tính ra được cỡ mẫu tối thiểu là 384. Trên thực tế chúng tôi điều tra 470 người.

4. Điều tra đánh giá tình hình bệnh tật tại cộng đồng

Các tiêu chuẩn và chỉ số nghiên cứu:

+ Đặc điểm cơ bản của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, dân tộc, trình độ học vấn, nghề nghiệp

+ Trạng thái sức khỏe: Thông qua phỏng vấn từng hộ gia đình bằng bộ câu hỏi, chúng tôi khảo sát tình hình nghi ốm của cộng đồng, cơ cấu bệnh tật tại cộng đồng trong thời gian 4 tuần trước khi tiến hành điều tra.

+ Quần thể được chia thành 2 nhóm: tiếp xúc và không tiếp xúc với Asen dựa trên lượng Asen ước tính xâm nhập vào cơ thể L= YMDCV (Y:số năm dùng giếng khoan, M: số tháng dùng giếng

khoan trong năm, D: Ngày trong tháng (30 ngày), C: nồng độ As trong nước sử dụng, V: Thể tích nước ăn uống trong ngày). Không tiếp xúc khi $L < 6000 \mu\text{g}$.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Một số tác nhân hóa học trong môi trường và thực phẩm quanh KCN Đồ Sơn

Bảng 1: Kết quả xét nghiệm nguồn nước

Chỉ tiêu XN	Nước ao, hồ nuôi hải sản (n=15)	Nước giếng khoan (n=150)	Nước mưa (n=10)	Nước máy (n=10)
Chì (mg/l)	KPH (<0,0003)	KPH (<0,0003)	KPH (<0,0003)	KPH (<0,0003)
Asen ($\mu\text{g/l}$)	$37,16 \pm 12,74$	$234,07 \pm 140,74$	$7,4 \pm 8,85$	$5,17 \pm 0,91$
Thủy ngân ($\mu\text{g/l}$)	KPH (<0,2)	KPH (<0,2)	KPH (<0,2)	KPH (<0,2)
Cadimi (mg/l)	KPH (<0,0002)	KPH (<0,0002)	KPH (<0,0002)	KPH (<0,0002)
Crom ($\mu\text{g/l}$)	$0,122 \pm 0,02$	$0,299 \pm 0,012$	$0,211 \pm 0,012$	$0,128 \pm 0,01$
Cyanua (mg/l)	KPH (<0,02)	KPH (<0,02)	KPH (<0,02)	KPH (<0,02)

Kết quả xét nghiệm nguồn nước quanh khu công nghiệp Đồ Sơn cho thấy, chưa phát hiện tình trạng nhiễm các kim loại nặng như chì, thủy ngân, cadimi, crom và cyanua trong các nguồn nước nuôi hải sản cũng như các nguồn nước sử dụng cho ăn uống và sinh hoạt. Phát hiện có hàm lượng asen vượt giới hạn cho phép trong nguồn nước giếng khoan. Trong các nguồn nước nuôi thủy sản, nước mưa và nước máy hàm

lượng asen trong giới hạn bình thường.

Trong mẫu nước ngầm, chúng tôi phát hiện có tình trạng ô nhiễm asen với nồng độ $234,07 \pm 140,74 \mu\text{g/L}$.

Trên các mẫu thực phẩm chỉ điểm, nồng độ các kim loại chì, asen, thủy ngân, cadimi, crom và cyanua trong các mẫu thủy sản sống ở tầng đáy (tôm, ốc, cá quả, cá trê) đều nằm trong giới hạn cho phép.

Ảnh hưởng của kim loại đối với sức khỏe

Bảng 2: Kết quả xét nghiệm kim loại trong mẫu máu và nước tiểu của người dân

Chỉ tiêu	Phương pháp	KPH
Asen ($\mu\text{g/L}$) (Nước tiểu)	AAS	$122,8 \pm 70,97$
Thủy ngân ($\mu\text{g/L}$) (Nước tiểu)	AAS	$2,82 \pm 1,74$
Cadimi ($\mu\text{g/L}$) (máu)	AAS	KPH
Crom ($\mu\text{g/L}$) (Nước tiểu)	AAS	$8,46 \pm 5,34$
Cyanua ($\mu\text{g/L}$) (Nước tiểu)	HPLC	KPH

Nhận xét: Nồng độ asen trong nước tiểu 24 giờ cao hơn so với tiêu chuẩn, nồng độ trung bình của asen trong nước tiểu là $122,8 \pm 70,97 \mu\text{g/L}$.

Kết quả nghiên cứu tại thực địa cho thấy, nguồn nước và thực phẩm của các hộ dân khu vực nghiên cứu chỉ bị ô nhiễm asen trong số các kim loại nặng được xét nghiệm. Do vậy, chúng tôi tập trung phân tích tình trạng nhiễm asen trong môi trường và ảnh hưởng của asen đối với sức khỏe cộng đồng dân cư khu vực nghiên cứu.

Do quá trình methyl hóa có xu hướng dẫn đến việc lưu giữ trong mô thấp hơn của arsenic

vô cơ quá trình methyl hóa thường được xem như là một cơ chế giải độc [3]. Nước là các con đường chính Asen đi vào cơ thể con người. Trong cơ thể con người, asen vô cơ (IA) được chuyển hóa thành monomethylated arsenic (MMA) và tiếp tục thành dimethylated arsenic (DMA). Nồng độ asen trong nước tiểu được sử dụng để đánh giá mức độ phơi nhiễm asen và sự chuyển hóa của nó ở từng cá thể. Tỷ lệ nồng độ của MMA/IA và DMA/MMA trong nước tiểu được coi là đặc trưng cho khả năng methyl hóa asen sơ cấp và thứ cấp của cơ thể.

Bảng 3: Các biểu hiện bệnh tìm thấy ở các đối tượng nghiên cứu

Triệu chứng bệnh	Nhóm không tiếp xúc (n=100)		Nhóm Tiếp xúc (n= 370)		p
	SL	%	SL	%	
Suy nhược cơ thể	46	46,9	239	64,6	<0,05
Bệnh Tiêu hóa	28	28,6	198	53,7	<0,05
Bệnh Hô hấp	32	32,7	47	39,9	>0,05
Bệnh Tim mạch	51	51,0	215	58,3	>0,05
Bệnh Tiết niệu	6	6,1	27	7,3	>0,05
Suy nhược Thần kinh	40	40,0	239	64,7	<0,05

Bị rụng tóc	12	12,2	94	25,6	<0,05
Rối loạn cảm giác	4	4,1	70	19,0	0,008
Rối loạn vận mạch	22	22,4	121	32,8	<0,05
Dày sừng	0	0,0	13	3,6	<0,05
Rối loạn sắc tố da	2	2,0	17	4,6	<0,05
Khối u	2	2,0	15	4,1	<0,05
Bệnh lý về thai sản	6/27	23,7	31/96	32,7	<0,05

Nhận xét: không có sự khác biệt về tỷ lệ các triệu chứng của bệnh đường hô hấp, bệnh tim mạch, bệnh đường tiết niệu giữa 2 nhóm ($p>0,05$). Trong khi đó, tỷ lệ các bệnh về đường tiêu hóa, suy nhược thần kinh, rối loạn cảm giác, rối loạn vận mạch, sừng hóa da, rối loạn sắc tố da, bệnh u bướu, bệnh lý về thai sản... của nhóm tiếp xúc cao hơn so với nhóm không tiếp xúc ($p<0,05$). Kết quả nghiên cứu này phù hợp với các nghiên cứu trước trên thế giới đánh giá tác hại của asen đối với sức khỏe con người [4]

Kết quả xử lý kim loại nặng bằng bộ lọc

Bảng 4. Kết quả phân tích Asen (III) đầu ra trong nước được lọc bởi bộ lọc than hoạt tính từ cây thầu dầu tía

Thể tích lọc (Lít)	Nồng độ As đầu vào (ppm)	0,1 ppm	0,2 ppm	0,5 ppm	1,0 ppm
20	Nồng độ As (III) đầu ra (ppm)	< 0,003	< 0,003	< 0,003	< 0,003
300		< 0,003	< 0,003	< 0,003	< 0,003
600		< 0,003	< 0,003	< 0,003	< 0,003
900		< 0,003	< 0,003	< 0,003	< 0,003
1200		< 0,003	< 0,003	< 0,003	< 0,003
1500		< 0,003	< 0,003	< 0,003	< 0,003
1800		< 0,003	< 0,003	< 0,003	< 0,003
2100		< 0,003	< 0,003	< 0,003	< 0,003
2400		< 0,003	< 0,003	< 0,003	< 0,003
2600		< 0,003	< 0,003	< 0,003	< 0,003

Chúng tôi tiến hành phân tích tổng Asen và Asen (III) đầu ra được lọc bởi bộ lọc than hoạt tính từ cây thầu dầu tía. Kết quả cho thấy: bộ lọc than hoạt tính từ cây thầu dầu tía đã lọc rất tốt As (III) ở các nồng độ đầu vào từ 0,1ppm đến 1ppm, các kết quả phân tích As (III) đầu ra (< 0,003 ppm) đều nhỏ hơn rất nhiều so với giới hạn cho phép As (0,010 ppm) trong nước.

Đối với một số khu vực nông thôn, việc sử dụng các nguồn nước giếng khoan, giếng khơi cho mục đích ăn uống, sinh hoạt, chăn nuôi, trồng trọt vẫn là chủ yếu. Vì vậy, việc lựa chọn một công nghệ lọc nước phù hợp là điều hết sức quan trọng. Việc lựa chọn được một loại vật liệu lọc rẻ tiền, phổ biến và tích hợp được với công nghệ bể lọc chậm để loại bỏ được asen trong nguồn nước ở các khu vực nông thôn là vô cùng quan trọng. Trong phạm vi nghiên cứu của đề tài, chúng tôi đã thử nghiệm một số loại than hoạt tính và lựa chọn được than hoạt tính của cây thầu dầu tía có thể lọc được asen hiệu quả. Đây là loài cây sống phổ biến ở khu vực ven biển. Người dân có thể tự xây dựng được các bể lọc có lớp than hoạt tính từ cây thầu dầu tía để loại bỏ asen trong nguồn nước.

V. KẾT LUẬN

1. Kết quả xét nghiệm môi trường

- Chưa phát hiện tình trạng nhiễm thủy ngân, chì, cadimi, cyanua và crom trong nguồn nước nuôi hải sản, nước mưa, nước máy và nước giếng khoan.

- Có tình trạng ô nhiễm asen trong nguồn nước ngầm: hàm lượng asen trung bình $234,07 \pm 140,74 \mu\text{g/L}$.

2. Chỉ số sức khỏe liên quan

- Chưa phát hiện tình trạng nhiễm thủy ngân, chì, cadimi, cyanua và crom trong cộng đồng dân cư quanh khu CN Đỗ Sơn.

- Asen niệu: hàm lượng asen trong nước tiểu 24h trung bình $122,8 \pm 70,97 \mu\text{g/L}$.

- Có sự tương quan thuận giữa mức độ tiếp xúc asen với triệu chứng lâm sàng

3. Giải pháp can thiệp

- Bộ lọc than hoạt tính từ cây thầu dầu tía có tính năng tốt, có thể khuyến cáo sử dụng trong cộng đồng. Nước sau lọc có hàm lượng asen nhỏ hơn $10 \mu\text{g/L}$ đảm bảo tiêu chuẩn cho phép theo QCVN 01/2009-BYT dùng cho ăn uống. Hiệu quả này được lặp lại với nước đầu vào có các nồng độ asen, sắt, photphat khác nhau ở trong phòng thí nghiệm.

- Lắp đặt và thay lớp than hoạt tính đơn giản, giá thành rẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Council, N. R., Lead in the human environment. In National Academy of Sciences: Washington, DC, 1980; Vol. Report Number PB-82-117136.
2. Nriagu, J., History of global metal pollution. *Science* 1996, 272, 223-4.
3. Chilvers DC, P. P., Global cycling of arsenic. In *Lead, Mercury, Cadmium and Arsenic in the Environment*, Hutchinson TC, M. K., Ed. John Wiley & Sons: Chichester, 1987; pp 279-303.
4. WHO, Arsenic and Arsenic Compounds. *Environmental Health Criteria* 2001, 224.

NGHIÊN CỨU VAI TRÒ CỘNG HƯỞNG TỪ TIM TRONG CHẨN ĐOÁN BỆNH TIM THIẾU MÁU CỤC BỘ

Nguyễn Khôi Việt*, Nguyễn Ngọc Tráng*
Lê Thị Thùy Liên*, Phạm Minh Thông*, Nguyễn Quốc Dũng**

TÓM TẮT

Mục đích: Khảo sát tổn thương cơ tim trong bệnh tim thiếu máu cục bộ (BTTMCB) và đánh giá liên quan giữa các tổn thương trên cộng hưởng từ (CHT) với mức độ tổn thương động mạch vành (ĐMV). **Phương pháp:** 30 bệnh nhân (tuổi trung bình 64,73±13,38, 20 nam, chiếm 66,7%) nghi ngờ BTTMCB được chụp CHT tim bằng máy CHT 1.5 Tesla đánh giá tim về hình thái và chức năng, trong đó tưới máu gắng sức thực hiện ở 21 BN. Tưới máu gắng sức với Adenosin và thuốc đối quang từ Gadolinium, chụp thì gắng sức, thì nghỉ và ngấm thuốc muộn từ đó đánh giá độ nhạy, độ đặc hiệu so với chụp động mạch vành cản quang (ngưỡng hẹp có ý nghĩa $\geq 50\%$). **Kết quả:** Đánh giá chức năng thất trái EF trung bình: 49,88±18,44%, 33,3% có EF giảm nặng (EF<40%) đến rất nặng (<30%); 76,6% có rối loạn vận động thành thất trái trong đó giảm vận động thành tim 43,3%, vô động 33,3%. Tất cả các BN đều được chụp ĐMV cản quang, trong đó 80% BN có hẹp có ý nghĩa. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính của chuỗi xung tưới máu khá cao lần lượt là 93,3%; 83,3%; 93,3%. Với chuỗi xung ngấm thuốc muộn, độ nhạy và độ đặc hiệu cũng cao lần lượt 77,8% và 100% tuy nhiên giá trị dự báo âm tính thấp 33,3%. Phối hợp hai chuỗi xung cho độ nhạy, độ đặc hiệu và giá trị dự báo âm lần lượt 95,8%; 83,3% và 83,3%. Phối hợp hai chuỗi xung sẽ làm tăng giá trị chẩn đoán so với chỉ sử dụng chuỗi xung ngấm thuốc muộn đơn độc, đặc biệt là giá trị dự báo âm tính. **Kết luận:** Chụp CHT tim có giá trị chẩn đoán cao trong bệnh tim thiếu máu cục bộ với chuỗi xung tưới máu và chuỗi xung ngấm thuốc muộn cơ tim.

SUMMARY

ROLE OF CARDIAC MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN DIAGNOSE ISCHEMIC HEART DISEASE

Objective: To describe the imaging characteristics on cardiac MRI in patients with ischemic heart disease and to define the relationship between the myocardial

lesions on Cardiac Magnetic Resonance Imaging with the stenosis degree of coronary artery on invasive coronary angiography (ICA). **Material and Methods:** 30 patients with suspected ischemic heart disease, 20 males (66,7%) with mean age: 64,73±13,38 year underwent CMR 1.5 Tesla to evaluate morphology and function of the left ventricular; stress perfusion (PERF) and rest perfusion in 21 patient with adenosine followed by Late gadolinium enhancement (LGE) using Gadolinium. Stenosis $\geq 50\%$ in invasive coronary angiography was considered significant. **Results:** EF: 49,88± 18,44% with 33,3% patients with severe EF. Hypokinesia: 43,3%, Akinesia: 33,3%. 80% of patient with significant stenosis of coronary artery on ICA. Sensitivity, specificity, PPV for perfusion was 93,3%; 83,3%; 93,3% and the combination of PERF/LGE was 95,8%; 83,3%; 95,8%, respectively. With LGE, sensitivity and specificity, NPV was 77,8%; 100% and 33,3%, respectively. The combination of PERF and LGE imaging can increase diagnostic accuracy compared to LGE alone, especially by increasing NPV. **Conclusion:** In ischemic heart disease, the combination of stress PERF and late gadolinium enhancement on cardiac MRI has high diagnostic accuracy.

Key words: Cardiac Magnetic Resonance Imaging, ischemic heart disease, coronary artery, late gadolinium, perfusion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim thiếu máu cục bộ (BTTMCB) là một tình trạng bệnh lý của ĐMV gây ra bởi sự xơ vữa làm hẹp lòng ĐMV dẫn đến giảm tưới máu cơ tim, gây mất cân bằng giữa cung cấp và nhu cầu oxy cơ tim. Đây là loại bệnh khá thường gặp ở những nước phát triển và có xu hướng gia tăng ở những nước đang phát triển, là nguyên nhân chính gây tử vong cho các bệnh nhân tim mạch [1,2]. Việc chẩn đoán chính xác bệnh để có hướng điều trị và dự phòng hợp lý là rất quan trọng. Bên cạnh những phương pháp chẩn đoán kinh điển như lâm sàng, điện tâm đồ, điện tâm đồ gắng sức, chụp xạ hình cơ tim (SPECT), chụp động mạch vành (ĐMV) qua da, chụp cộng hưởng từ tim (CHT tim); trong đó chụp CHT tim là phương pháp mới, không xâm lấn, có giá trị cao trong chẩn đoán BTTMCBMT cho phép đánh

*Khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh Viện Bạch Mai,
**Khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh Viện Hữu Nghị
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Khôi Việt
Email: drnguyenkhoiviet@gmail.com
Ngày nhận bài: 20.01.2018
Ngày phản biện khoa học: 8.3.2018
Ngày duyệt bài: 16.3.2018

giá chính xác chức năng tim, đặc biệt là sự vận động thành thất, đánh giá vùng cơ tim thiếu máu để từ đó hướng tới ĐMV tổn thương, xác định chính xác phạm vi xuyên thành của nhồi máu giúp đánh giá tính sống còn cơ tim dự đoán khả năng hồi phục sau tái tưới máu. Như vậy, chụp CHT tim có ưu thế vượt trội trong chẩn đoán xác định, hướng dẫn điều trị và theo dõi bệnh nhân bị bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ [3,4]. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Nghiên cứu vai trò cộng hưởng từ tim trong chẩn đoán bệnh tim thiếu máu cục bộ" với hai mục tiêu sau: 1. Khảo sát các tổn thương cơ tim trong bệnh tim thiếu máu cục bộ. 2. Đánh giá liên quan giữa các tổn thương trên cộng hưởng từ với mức độ tổn thương mạch vành.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

2.1.1 Đối tượng: Bao gồm các bệnh nhân được chẩn đoán hay nghi ngờ BTTMCB, được khám, điều trị nội trú tại bệnh viện Bạch Mai với hồ sơ bệnh án đầy đủ, được tiến hành chụp CHT tim và chụp ĐMV cản quang.

Tiêu chuẩn chọn lựa: Chúng tôi chọn vào nghiên cứu tất cả các bệnh nhân đã được chẩn đoán hay nghi ngờ BTTMCB được tiến hành chụp cộng hưởng từ tim và chụp động mạch vành cản quang.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân chống chỉ định với thuốc găng sức Adenosine. Bệnh nhân chống chỉ định với CHT: đặt máy tạo nhịp, dị ứng thuốc đối quang từ, chứng sợ bị nhốt kín, không nằm ngửa được. Bệnh nhân không phối hợp.

2.1.2 Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.
- **Thời gian tiến hành nghiên cứu:** từ tháng 10/2013 đến tháng 12/2015.

- **Địa điểm nghiên cứu:** Khoa chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Bạch Mai và Phòng can thiệp tim mạch viện tim mạch bệnh viện Bạch Mai.

- **Phương tiện nghiên cứu:** Máy chụp CHT Magnetom Avanto 1,5 Tesla (Siemens), máy CHT Ingenia 1,5 Tesla (Phillips) có phần mềm xử lý hình ảnh tim chuyên dụng. Máy chụp ĐMV cản quang (Phillips, Toshiba) tại đơn vị tim mạch can thiệp Viện Tim mạch BV Bạch Mai.

2.2 Quy trình nghiên cứu

- Hỏi bệnh, khai thác triệu chứng lâm sàng và các yếu tố nguy cơ theo mẫu bệnh án, điều tra các xét nghiệm cận lâm sàng khác.

- Bệnh nhân được làm CHT tim theo một quy trình chuẩn.

- Đối chiếu kết quả chụp CHT tim với chụp động mạch vành cản quang.

2.3 Quy trình chụp cộng hưởng từ tim

- Chụp theo quy trình chuẩn: các chuỗi xung cine, đánh giá tưới máu ở thì nghỉ và gắng sức, chuỗi xung chụp muện đánh giá ngấm thuốc muện cơ tim theo các mặt phẳng theo trục ngắn và trục dài (2 buồng, 4 buồng)

- Tưới máu gắng sức (stress perfusion): truyền liên tục Adenosin với liều 140µg/kg/phút trong 3 phút, sau đó bơm Gadolinium 0,075mmol/kg thu tín hiệu tưới máu cơ tim liên tục trên các mặt phẳng trục dài và trục ngắn (đáy, giữa và mỏm tim).

Phân tích số liệu theo thuật toán thống kê SPSS 18.0: không hẹp (hoặc hẹp không có ý nghĩa <50% đường kính lòng động mạch vành), có hẹp (hẹp có ý nghĩa ≥50%). Từ đó tính ra độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương và âm tính cho từng kỹ thuật CHT tưới máu và ngấm thuốc muện cơ tim so với chụp ĐMV.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 10/2013 đến 12/2015, chúng tôi nghiên cứu 30 bệnh nhân chụp CHT tim đánh giá tưới máu và ngấm thuốc muện cơ tim, trong đó có 21 bệnh nhân sử dụng tưới máu gắng sức dùng Adenosine với tuổi trung bình (năm) 64,73±13,38 và giới (nam/nữ) là 20/10(66,7/33,3%). Chụp ĐMV cản quang có 24/30 BN (chiếm 80%) có hẹp có ý nghĩa ≥50%

3.1 Đặc điểm hình ảnh trên cộng hưởng từ tim: 30 bệnh nhân được chụp đủ cả chương trình tưới máu gắng sức sử dụng Adenosine và sống còn cơ tim. Không có bệnh nhân bị tai biến nặng nào trước, trong và sau quá trình truyền thuốc gắng sức.

3.1.1 Chức năng thất trái và vận động thành trên CHT tim

- Chức năng tâm thu thất trái (EF) trên CHT trung bình là 49,88±18,44%, trên siêu âm tim là 51,17±15,89, với hệ số p=0,4, sự khác biệt giữa hai phương pháp không có ý nghĩa thống kê.

- 57,4% BN có EF giảm từ vừa đến nhiều, trong đó 33,3% có EF giảm nặng (EF<40%) đến rất nặng (EF<30%). 76,6% BN có rối loạn vận động thành thất trái trên CHT trong đó giảm động có 13 BN (43,3%), vô động 10 BN (33,3%).

3.1.2 Đặc điểm hình ảnh ngấm thuốc thì muện liên quan từng nhánh mạch vành

Mức độ ngấm thuốc thì muện (%)	LAD		RCA		LCx		Chung	
	N	%	N	%	N	%	N	%

Không ngấm thuốc	13	43,3	25	83,3	27	90	9	30
≤ 25	7	23,3	2	6,7	0	0	21	70
26-50	1	3,3	2	6,7	1	3,3		
51-75	3	10	1	3,3	0	0		
76-100	6	20	0	0	2	6,7		
Tổng	30	100	30	100	30	100	30	100

Nhận xét: 70% BN có ngấm thuốc thì muộn. Ngấm thuốc muộn gặp nhiều nhất ở LAD (56,7%), đến RCA (16,7%) và Lcx (10%). Ngấm thuốc xuyên thành 51-70% và 76-100% gặp nhiều nhất ở LAD (10 và 20%).

3.1.3 Đặc điểm hình ảnh tưới máu liên quan từng nhánh mạch vành

Tưới máu	Chung		LAD		RCA		LCx	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Giảm tưới máu	15	71,4	13	61,9	5	23,8	5	23,8
Bình thường	6	28,6	8	38,1	16	76,2	16	76,2
Tổng	21	100	21	100	21	100	21	100

Nhận xét: Giảm tưới máu có 15/21 BN chiếm 71,4%. Trong 3 nhánh mạch vành, LAD là nhánh ĐM có tình trạng thiếu hụt tưới máu nhiều nhất 61,9%.

3.2 Môi liên quan giữa kết quả chụp CHT tim với kết quả chụp ĐMV cản quang

3.2.1 Giá trị phối hợp hai chuỗi xung tưới máu và ngấm thuốc muộn với tổn thương động mạch vành (n=36)

Chụp ĐMV	Hẹp ĐMV ≥ 50%	Không hẹp ĐMV hoặc hẹp < 50%	Tổng
CHT tim			
Dương tính	23	1	24
Âm tính	1	5	6
Tổng	24	6	30

Se: 95,8%, Sp: 83,3%, PPV: 95,8 %, NPV: 83,3%.

Nhận xét: Độ nhạy và giá trị dự đoán dương tính cao khi phối hợp hai chuỗi xung cao

3.2.2 Giá trị chuỗi xung tưới máu với tổn thương động mạch vành (n=21)

Chụp ĐMV	Hẹp ĐMV ≥ 50%	Không hẹp ĐMV hoặc hẹp < 50%	Tổng
Tưới máu			
Dương tính	14	1	15
Âm tính	1	5	6
Tổng	15	6	21

Se: 93,3%, Sp: 83,3%, PPV: 93,3 %, NPV: 83,3%.

Nhận xét: Độ nhạy và giá trị dự đoán dương tính của chuỗi xung tưới máu đối chiếu với chụp động mạch vành qua da cao.

3.2.3 Giá trị chuỗi xung ngấm thuốc muộn với tổn thương động mạch vành (n=30)

Chụp ĐMV	Hẹp ĐMV ≥ 50%	Không hẹp ĐMV hoặc hẹp < 50%	Tổng
Ngấm thuốc muộn			
Dương tính	21	0	21
Âm tính	6	3	9
Tổng	27	3	30

Se = 77,8%, Sp = 100%, PPV = 100%, NPV = 33,3%.

Nhận xét: Độ nhạy, độ đặc hiệu chuỗi xung ngấm thuốc muộn lần lượt là 91% và 77,8%. Trong khi giá trị dự báo âm tính thấp 50%.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm hình ảnh trên cộng hưởng từ tim:

Chỉ số chức năng thất trái cũng là một trong những ưu điểm trong đánh giá của cộng hưởng từ. Với phần mềm tích hợp sẵn trong máy, chúng tôi có thể đo chức năng tâm thu thất trái với độ chính xác cao gồm có phân suất tổng máu (EF), thể tích cuối tâm thu (ESV), thể tích thất trái cuối tâm trương (EDV), đường kính thất trái cuối tâm trương (Dd) và đường kính thất trái cuối tâm thu (Ds), với kết quả trung bình là EF: 49,88 ± 18,44%. Trên siêu âm tim, EF 51,17 ± 15,89%. So sánh với siêu âm tim chúng tôi thấy đo EF trên CHT tim và siêu âm sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05. 57,4% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có chức năng tâm thu thất trái giảm vừa đến nhiều, trong đó có 33,3% bệnh nhân có chức năng tâm thu thất trái giảm mức độ nặng (EF < 40%) đến rất nặng (EF < 30%). Nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Lê Thị Thùy Liên năm 2011 [4] EF: 48.95 ± 18.55%, tuy nhiên thấp hơn so với một số tác giả nước ngoài. Theo Christopher Klein [5], EF trung bình là 59.9 ± 9%, trong nhóm hẹp mạch vành EF trung bình là 57 ± 10%, trong nhóm không hẹp mạch vành là 61 ± 7%. Hiện nay, đo chức năng tâm thu thất trái trên cộng hưởng từ được coi là tiêu chuẩn quy chiếu.

Hình ảnh tưới máu thu được trên cộng hưởng từ có được do kết hợp chuỗi xung tưới máu khi nghỉ và tưới máu trong pha gắng sức với Adenosin liều 140 µg/kg/phút kéo dài trong 3 phút. Chuỗi xung tưới máu được thực hiện dựa trên hình ảnh động học. Tưới máu thì nghỉ và

tưới máu gắng sức được đánh giá trên hình ảnh song song và so sánh trên từng lát cắt. Tưới máu đánh giá ở các mức bình thường hoặc giảm cho mỗi vùng tưới máu động mạch. Giảm tưới máu được ghi nhận nếu thuốc đối quang từ thải thuốc muộn hơn hoặc nếu tín hiệu thấp hơn những vùng khác của cơ tim. Khiếm khuyết là cố định nếu giảm tưới máu được thấy trong cả thì nghỉ và gắng sức trong cùng 1 vùng cơ tim. Khiếm khuyết có thể hồi phục nếu giảm tín hiệu trong thì gắng sức nhưng không giảm tín hiệu trong pha nghỉ. Chúng tôi phối hợp các khiếm khuyết cố định và khiếm khuyết có thể hồi phục để đánh giá chung về tưới máu của 1 vùng thành tim [5,6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, hình ảnh tưới máu có thể cho phép đánh giá được ở tất cả các bệnh nhân. Kết quả về đặc điểm tưới máu trên CHT trong nghiên cứu chúng tôi thấy giảm tưới máu gặp ở 15/21 BN chiếm 71,4%. Trong đó, LAD có tình trạng giảm tưới máu nhiều nhất 61,9%, RCA và Lcx có tình trạng giảm tưới máu như nhau 23,8%. Điều này phù hợp với đa số các nghiên cứu.

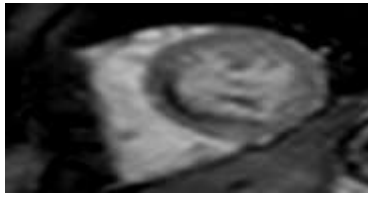
Hình ảnh ngấm thuốc muộn được đánh giá dựa vào sự có mặt của vùng tăng tín hiệu mô cơ tim trong mỗi vùng. Chúng tôi chia các mức độ đánh giá tình trạng ngấm thuốc muộn thành các độ dưới nội tâm mạc và xuyên thành, hoặc ngấm thuốc muộn từ 0-25% thành tim, từ 26-50%, từ 51-75% và 76-100%. Có nhiều nghiên cứu đã đánh giá mức độ nhồi máu với tiên lượng bệnh nhân với các biến cố tim mạch sau này và theo dõi mức độ phục hồi thành tim sau tái tưới máu, ngấm thuốc muộn càng cao thì mức độ hồi phục càng kém [7]. Kết quả ngấm thuốc muộn trình bày ở bảng (mục 3.1.1) cho thấy ngấm thuốc muộn gặp 21 BN (chiếm 70%). Còn lại số BN có kết quả không ngấm thuốc muộn có 9 BN chiếm 30%. Ngấm thuốc muộn gặp nhiều nhất ở LAD (56,7%), đến RCA (16,7%) và Lcx (10%). Ngấm thuốc xuyên thành 50-75% và 76-100% gặp nhiều nhất ở LAD (10 và 20%). Hầu hết các đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi đều có biểu hiện rối loạn vận động thành thất trái (76,6%), trong đó chủ yếu là tình trạng giảm động (43,3%), vô động chiếm 33,3%; 23,4% có vận động thành tim bình thường.

4.2 Giá trị của cộng hưởng từ tim trong

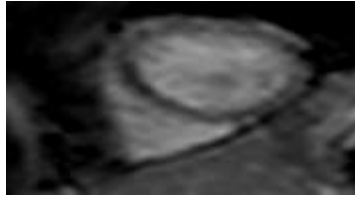
bệnh tim thiếu máu cục bộ: Trong nghiên cứu của chúng tôi với ngưỡng hẹp mạch vành $\geq 50\%$ là có ý nghĩa: độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính và giá trị dự báo âm tính của chuỗi xung tưới máu sử dụng Adenosine lần lượt là 93,3%, 83,3%, 93,3% và 83,3%; với chuỗi xung ngấm thuốc muộn lần lượt là 77,8%, 100%, 100% và 33,3%; khi phối hợp hai chuỗi xung cho kết quả độ nhạy cao hơn 95,8% và đặc hiệu 83,3%, tăng giá trị dự báo âm tính 83,3%.

Nghiên cứu của chúng tôi về vai trò của riêng chuỗi xung tưới máu và kết hợp hai chuỗi xung tương tự của Lê thị Thùy Liên [4] khi chọn ngưỡng hẹp mạch vành có ý nghĩa là $\geq 50\%$ thì Se: 100%, Sp: 80%, PPV: 94,4 %, NPV: 100%. Với riêng chuỗi xung tưới máu sử dụng Adenosine thì độ nhạy, đặc hiệu, giá trị dự báo dương và âm tính tương tự với khi kết hợp hai chuỗi xung. Trong khi đó chuỗi xung ngấm thuốc muộn cho kết quả lần lượt là 82,4%, 80%, 93,3% và 57,1%. Một nghiên cứu khác của Christopher Klein [5] cho thấy: độ nhạy của chuỗi xung tưới máu, ngấm thuốc muộn và phối hợp cả hai lần lượt là 87%, 50%, 88%. Độ đặc hiệu lần lượt là 88%, 96% và 88%. Độ chính xác lần lượt là 88%, 74% và 88%. Với chất lượng hình ảnh tốt, sự phối hợp cả 2 phương pháp này cho độ nhạy 86% và độ đặc hiệu 91%. Trong nghiên cứu này, tác giả đã chỉ ra rằng có sự phối hợp giữa tưới máu cơ tim, ngấm thuốc muộn sẽ mang lại kết quả tốt trong chẩn đoán độ hẹp mạch vành. Tuy nhiên, tưới máu là chuỗi xung mà chỉ một mình nó đã có thể chẩn đoán chính xác. Độ chính xác tăng lên nếu có sự phối hợp của chuỗi xung ngấm thuốc muộn.

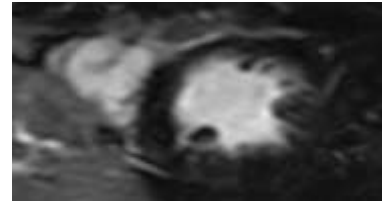
Ví dụ minh họa: Bệnh nhân Nguyễn Thị T, nữ, 74 tuổi, không có tiền sử đặt biệt. Vào viện vì đau ngực trái dữ dội 4 ngày, đau lan lên vai trái, đột ngột. Siêu âm tim có giảm động 1/3 vách liên thất về phía mỏm tim và toàn bộ vùng mỏm, chức năng tâm thu thất trái giảm (EF 38% theo simpson). Chụp CHT thấy giảm tưới máu thì gắng sức vị trí thành trước vách giữa và mỏm tim, bình thường ở thì nghỉ, không thấy ngấm thuốc muộn tương ứng với vùng cấp máu của ĐM liên thất trước (LAD). Chụp ĐMV cản quang thấy hẹp 99% LAD đoạn 1, BN được đặt stent kết quả tốt.



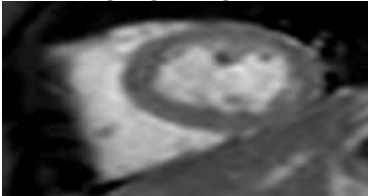
Thì găng sức giữa tim



Thì găng sức mồm tim



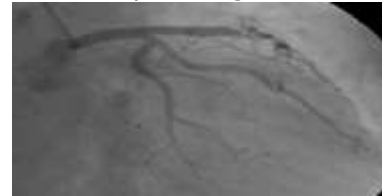
Thì chụp muộn giữa tim



Thì nghỉ giữa tim



Thì nghỉ mồm tim



Chụp ĐMV trái

V. KẾT LUẬN

Chụp CHT tim có giá trị chẩn đoán cao trong bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính với sự kết hợp hai chuỗi xung tưới máu và ngấm thuốc muộn cơ tim.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Lâm Việt**, Thực hành bệnh tim mạch. 2007, Hà Nội: Nhà xuất bản Y học.
2. **Khuyến cáo của Hội tim mạch học Việt Nam** về xử trí bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính (Đau thắt ngực ổn định) (2006), tr 329-348
3. **Massimo Lombardi, C.B.**, MRI of the Heart and Vessels. 2005, Springer-Verlag Italia.
4. **Lê Thị Thùy Liên**, Bước đầu áp dụng cộng hưởng từ tim trong chẩn đoán bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính. Luận văn Bác sĩ nội trú, trường ĐHY Hà Nội, 2011.

5. **Christoph Klein, Rolf Gebker, Thomas Kokocinski, Stephan Dreyse1, Bernhard Schnackenburg, Eckart Fleck and Eike Nagel** (2008), "Combined magnetic resonance coronary artery imaging, myocardial perfusion and late gadolinium enhancement in patients with suspected coronary artery disease", Journal of Cardiovascular Magnetic Resonance; 2008, 10:45.
6. **Guillem Pons Lladó, a.F.C.**, a Rubén Leta, a Sandra Pujadas, a and Joan García Picart, Assesment of Myocardial Perfusion by Cardiovascular Magnetic Resonance: Comparison With Coronary Angiography. Rev Esp Cardiol, 2004. 57(5): p. 388-95.
7. **Kim RJ, W.E., Rafael A, et al,** The use of contrast-enhanced magnetic resonance imaging to identify reversible myocardial dysfunction. N Engl J Med, 2000. 343: p. 1445-53.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO KHU VỰC ĐỘNG MẠCH NÃO SAU

Phạm Duy Tùng*, Võ Hồng Khôi**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu não khu vực động mạch não sau. **Đối tượng:** Chúng tôi chọn 68 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não thuộc vùng tưới máu của động mạch não sau, tại Khoa Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai, từ tháng 3 năm 2017 đến tháng 3 năm 2018. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang tiến cứu. **Kết quả:** Giảm cảm giác nửa người chiếm 45,6% trường hợp, bán manh 22% chủ yếu là bán danh đồng danh, rối loạn ngôn ngữ 22,0% (thất ngôn xuyên vỏ cảm giác), suy giảm nhận thức 38,2%. Điểm NIHSS trung bình lúc nhập

viện: $5,75 \pm 7,69$; đa số bệnh nhân lúc vào có điểm NIHSS thấp 67,65% (cao nhất 30 điểm, thấp nhất 1 điểm); điểm NIHSS trung bình lúc ra viện là $4,91 \pm 7,91$ (thấp nhất 0 điểm, cao nhất 30 điểm). Đa số bệnh nhân không bị liệt vận động (79,4%), số bệnh nhân tri giác tỉnh 63,2%. **Kết luận:** Lâm sàng nhồi máu não khu vực động mạch não sau thường không nặng nề phần lớn bệnh nhân không bị liệt vận động, ít ảnh hưởng tri giác và điểm NIHSS thấp. Tuy nhiên có các triệu chứng phong phú khác như rối loạn cảm giác nửa người, bán manh đồng danh, thất ngôn xuyên vỏ cảm giác và suy giảm nhận thức.

Từ khóa: Nhồi máu não, nhồi máu não khu vực động mạch não sau.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES OF PATIENTS WITH CEREBRAL INFARCTION IN VASCULAR OF THE POSTERIOR CEREBRAL ARTERY

Objective: To describe clinical feature of patients with cerebral infarction in the territory of the posterior

*Bệnh viện đa khoa Đức Giang

**Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Duy Tùng

Email: phamduytung1990@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 8.3.2018

Ngày duyệt bài: 14.3.2018

cerebral artery. **Subjects:** We selected 68 patients with cerebral infarction in the territory of the posterior cerebral artery at the Neurology Department of Bach Mai Hospital from March 2017 to March 2018.

Methods: prospective, cross-sectional study. **Results:** Hemisensory deficit accounted for 45,6%, hemianopsia 22% and commonly heteronymous hemianopsia, language disorder 22% (with transcortical sensory aphasia) and cognitive impairment 38,2%. Initial mean NIHSS score was $5,75 \pm 7,69$, on admission hospital time had low NIHSS 67,65%, (the highest was 30, the lowest was 1). Mean NIHSS score at discharge was $4,91 \pm 7,91$, (the highest was 30, the lowest was 0). Most of patients did not show motor paralysis. Patients with fully awake consciousness accounted for 63,2%.

Conclusion: The clinical presentation of cerebral infarction in the territory of posterior cerebral artery was usually not severe. Most patients did not show motor paralysis and initial NIHSS score was low. However, various symptoms such as hemisensory disturbance, heteronymous hemianopsia, transcortical sensory aphasia and cognitive impairment were frequent.

Key words: cerebral infarction, cerebral infarction in the territory of posterior cerebral artery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não đang là một vấn đề mang tính chất thời sự, phổ biến trong lâm sàng thần kinh. Theo thống kê của Tổ chức Y Tế Thế giới đây là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ ba sau bệnh lý tim mạch, ung thư và có tỷ lệ tàn tật đứng đầu trong các bệnh lý thần kinh. Đột quỵ não bao gồm chảy máu não và nhồi máu não. Nhồi máu não được chia thành nhồi máu thuộc vùng cấp máu của tuần hoàn trước và tuần hoàn sau.

Nghiên cứu trên Thế giới đã mô tả đặc điểm lâm sàng nhồi máu động mạch não sau khá nhiều. Ở nước ta, nghiên cứu về nhồi máu não khu vực động mạch não sau chỉ được mô tả chung trong nghiên cứu về nhồi máu hệ tuần

hoàn sau. Do đó, để phục vụ cho điều trị và dự phòng cho nhồi máu động mạch não sau tốt hơn, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu não khu vực động mạch não sau" với mục tiêu: Mô tả các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu não khu vực động mạch não sau.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Chúng tôi tiến hành chọn 68 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não có tổn thương trên phim chụp cộng hưởng từ sọ não phù hợp với vùng tưới máu của động mạch não sau. Điều trị nội trú tại khoa Thần kinh - Bệnh viện Bạch Mai, từ tháng 3 năm 2017 đến tháng 3 năm 2018.

2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang tiến cứu.

Chọn cỡ mẫu thu $1,96$ lần; cỡ mẫu: $n = 40$ theo công thức: $n = \left(\frac{1,96}{\epsilon}\right)^2 p (1-p) \times 110\%$ ($p = 0,09$, $\epsilon = 0,1$, 10% dự phòng).

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang tiến cứu. Các bệnh nhân được hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng và được chụp phim cắt lớp vi tính sọ não và/hoặc cộng hưởng từ não - mạch não. Tất cả bệnh nhân đều được chụp cắt lớp vi tính sọ não trên máy chụp cắt lớp vi tính hai dãy đầu dò của hãng Siemens, chụp cộng hưởng từ não - mạch não bằng máy HITACHI Airis II, chụp cắt lớp vi tính 64 dãy mạch máu não bằng máy SIEMENS Somatom Sensation tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Bạch Mai.

Các dữ liệu nghiên cứu được điền vào mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất, nhập và xử lý số liệu sử dụng phần mềm thống kê y học SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nhồi máu thuộc khu vực động mạch não sau.

Bảng 3.1. Phân bố theo tuổi và giới

Tuổi bệnh nhân	Số bệnh nhân nam (tỷ lệ %)	Số bệnh nhân nữ (tỷ lệ %)	Tổng (tỷ lệ %)
40 – 59 tuổi	16 (23,5)	6 (8,8)	22 (32,3)
60 – 79 tuổi	24 (35,3)	13 (19,1)	37 (54,5)
≥ 80 tuổi	4 (5,9)	5 (7,3)	9 (13,2)
Tổng (tỷ lệ %)	44 (64,7)	24 (35,3)	68

Nhận xét: Tỷ lệ nam/nữ là 1,83, độ tuổi trung bình là $64,79 \pm 11,29$, trong đó bệnh nhân trẻ nhất là 36 tuổi, nhiều tuổi nhất là 89 tuổi. Thường gặp nhất là nhóm tuổi từ 60 đến 79 tuổi.

3.2. Đặc điểm rối loạn tri giác

Bảng 3.2. Đặc điểm rối loạn tri giác

Rối loạn ý thức	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tỉnh (Glasgow 15 điểm)	43	63,2
Ngủ gà (Glasgow 13–14 điểm)	8	11,8

Lú lẫn (Glasgow 9-13 điểm)	8	11,8
Hôn mê (Glasgow 3-8 điểm)	9	13,2
Tổng	68	100

Nhận xét: 63,2% số bệnh nhân có tri giác tỉnh, các mức độ rối loạn tri giác khác gồm ngủ gà 11,8%, lú lẫn 11,8%, hôn mê 13,2%.

3.3. Đặc điểm liệt vận động**Bảng 3.3. Đặc điểm liệt vận động**

Liệt vận động	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Liệt nửa người:		
+ Liệt ưu thế chi dưới	2	3,0
+ Liệt ưu thế chi trên	0	0
+ Liệt đồng đều	12	17,6
Không liệt vận động	54	79,4
Tổng	68	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân không bị liệt vận động (79,4%), 14 bệnh nhân có biểu hiện liệt nửa người, trong đó, liệt vận động nửa người đồng đều chiếm tỷ lệ cao nhất (17,6%).

3.4. Đặc điểm rối loạn cảm giác**Bảng 3.4. Đặc điểm rối loạn cảm giác**

Rối loạn cảm giác	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Ưu thế tay hoặc chân	2	3,0
Đồng đều tay – chân	29	42,6
Không rối loạn cảm giác	37	54,4
Tổng	68	100

Nhận xét: 45,6% bệnh nhân có rối loạn cảm giác đều là cảm giác chủ quan như tê bì nửa người, giảm cảm giác xúc giác, đau, nóng nửa người. Đa số giảm cảm giác đều ở tay và chân, chỉ 3% bệnh nhân có ưu thế chi trên. 1 bệnh nhân có rối loạn cảm giác sâu (giảm cảm giác rung). 54,4% bệnh nhân không có rối loạn cảm giác kèm theo.

3.5. Đặc điểm bán manh**Bảng 3.5. Đặc điểm bán manh**

Bán manh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Bán manh đồng danh	14	20,6
Bán manh góc trên	1	1,5
Bán manh góc dưới	0	0
Không bán manh	53	77,9
Tổng	68	100

Nhận xét: 15 bệnh nhân có triệu chứng bán manh, trong đó 14 bệnh nhân (93,3%) có bán manh đồng danh, 1 bệnh nhân có bán manh góc trên.

3.6. Đặc điểm thất ngôn**Bảng 3.6. Đặc điểm thất ngôn**

Thất ngôn	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Thất ngôn định danh	2	3,0
Thất ngôn cảm giác xuyên vỏ	9	13,2
Thất ngôn hỗn hợp	3	4,4
Không thất ngôn	53	79,4
Tổng	68	100

Nhận xét: 15 bệnh nhân có triệu chứng thất ngôn, trong đó 60% là thất ngôn cảm giác xuyên

vỏ, có 2 bệnh nhân thất ngôn định danh, không xác định được tên đồ vật.

3.7. Đặc điểm suy giảm nhận thức bằng điểm MMSE**Bảng 3.7. Đặc điểm suy giảm nhận thức bằng điểm MMSE**

Điểm trắc nghiệm (MMSE)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
≥ 24	42	61,8
20-23	10	14,7
14-19	4	5,9
0-13	12	17,6
Tổng	68	100

Nhận xét: 26 trường hợp có suy giảm nhận thức sau nhồi máu não, trong đó 14,7% nhẹ và 17,6% nặng, chỉ 4 bệnh nhân suy giảm nhận thức ở mức vừa.

3.8. Điểm NIHSS của bệnh nhân**Bảng 3.8. Điểm NIHSS của bệnh nhân**

Điểm NIHSS	Số bệnh nhân lần chăm 1	Số bệnh nhân lần chăm 2
0-4	46 (67,65%)	49 (72,1%)
5-14	12 (17,65%)	9 (13,2%)
Trên 15	10 (14,7%)	10 (14,7)

Nhận xét: Đa số bệnh nhân lúc vào có điểm NIHSS thấp (67,6%), số có điểm NIHSS trung bình và cao xấp xỉ nhau. Trong quá trình điều trị, số bệnh nhân có điểm NIHSS cao không thay đổi nhưng có 3 bệnh nhân từ nhóm điểm NIHSS trung bình chuyển sang nhóm điểm NIHSS thấp.

Điểm NIHSS trung bình lúc vào là $5,75 \pm 7,69$, lúc ra viện là $4,91 \pm 7,91$, thấp nhất là 0 điểm, cao nhất là 30 điểm.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm chung: Bệnh nhân nam (64,7%) chiếm tỷ lệ cao hơn bệnh nhân nữ (35,3%), tỷ lệ nam/nữ là 1,83. Kết quả này tương đồng với kết quả công trình nghiên cứu dịch tễ học tai biến mạch máu não của Bộ môn Thần Kinh Trường Đại học Y Hà Nội với tỉ lệ nam/nữ 1,48 [1] và các tác giả nước ngoài như Arboix A. tỷ lệ nam/ nữ 1,13 [2].

Tuổi trung bình là $64,79 \pm 11,29$; lứa tuổi hay gặp nhất trên 60 tuổi chiếm 67,7%, tuổi thấp nhất 36, tuổi cao nhất 89, tỷ lệ này tương tự với các bệnh nhân tai biến mạch máu não nói chung. Điều này có thể do xu hướng trẻ hóa của các biến cố tim mạch dẫn đến phơi nhiễm sớm các yếu tố nguy cơ, mặt khác các biện pháp dự phòng ở người trẻ còn ít được quan tâm.

4.2. Triệu chứng lâm sàng giai đoạn toàn phát: Ở giai đoạn toàn phát, các triệu chứng thần kinh đều đã xuất hiện rõ ràng, biểu hiện các rối loạn chức năng thần kinh quan trọng

tương ứng với vị trí giải phẫu của mô não bị tổn thương.

Các triệu chứng suy giảm ý thức (bảng 3.2): theo thang điểm hôn mê Glasgow, số bệnh nhân có rối loạn ý thức (điểm Glasgow < 13) chiếm tỷ lệ 25%. Kết quả này của chúng tôi cao gần gấp đôi so với nghiên cứu Arboix A. rối loạn ý thức chiếm 12,1% [2], tương đương với kết luận của Yamamoto Y. là 20-25% [3]. Trong các bệnh nhân bị rối loạn ý thức số có điểm hôn mê Glasgow dưới 8 điểm chiếm hơn 50%.

Triệu chứng vận động (bảng 3.3): liệt nửa người chiếm 20,6%, tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Steinke (21%), cao hơn so với nghiên cứu của Cals (12%) thấp hơn so với Pessin (75,8%), Yamamoto (29%) [3]. Bệnh nhân của chúng tôi đa số liệt đồng đều, chỉ 2/14 bệnh nhân có ưu thế chi trên với cơ lực 1/5, còn chi dưới là 3/5. Không có trường hợp nào bị liệt tứ chi hoặc có vận động tự động bất thường.

Triệu chứng cảm giác (bảng 3.4): rối loạn cảm giác nửa người chiếm 45,5% số bệnh nhân, kết quả này thấp hơn với nghiên cứu của Arboix A. là tê bì nửa người chiếm 51,2% [2]; cao hơn nghiên cứu của Servan và cộng sự là 32% [4], Pressin và cộng sự là 20% [5]. Có 1 bệnh nhân bị tê bì tứ chi liên quan đến tổn thương hai bên đồi thị. Trong 31 bệnh nhân có dấu hiệu rối loạn cảm giác chỉ 1 bệnh nhân có rối loạn cảm giác rung, chiếm 3,2%. Các nghiên cứu trên thế giới thường gộp chung cảm giác nông và sâu thành rối loạn cảm giác nửa thân. Hội chứng này đã được Dejerine mô tả vào năm 1906, do tổn thương động mạch nội đồi gối và là hội chứng kinh điển của tổn thương đồi thị [6].

Triệu chứng rối loạn thị giác (bảng 3.5): 15 bệnh nhân có bán manh, chiếm 22% tổng số bệnh nhân. Trong số này 14 bệnh nhân có bán manh đồng danh, 1 bệnh nhân có bán manh góc phần tư trên. Các triệu chứng rối loạn thị giác điển hình là bán manh, là đặc trưng của tổn thương thùy chẩm vùng chi phối của động mạch não sau. Các nghiên cứu về lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu khu vực động mạch não sau trên thế giới đều mô tả triệu chứng này, như của Pessin, Servan, Yamamoto, Arboix đều có tỷ lệ bán manh rất cao, từ 41% đến 84% [3],[2],[4],[5]. 1 bệnh nhân có ảo thị, chiếm 1,5%. Các triệu chứng khác của rối loạn thị giác như chứng lặp ảnh, mất nhận diện khuôn mặt hay mất định hướng về địa hình chưa được phát hiện.

Triệu chứng rối loạn ngôn ngữ (bảng 3.6): 15 bệnh nhân có rối loạn chức năng ngôn ngữ,

chiếm 22%. Trong đó đa số là thất ngôn cảm giác xuyên vỏ (60%), có 2 bệnh nhân thất ngôn định danh, không xác định được tên đồ vật. Thất ngôn cảm giác xuyên vỏ là một dạng phổ biến, khá giống thất ngôn cảm giác Wernicke, nhưng tái diễn các triệu chứng rối loạn ngôn ngữ thấp hơn so với Arboix A. (30,2%) [2]. Arboix A. và cộng sự đã so sánh với nhóm bệnh nhân tắc động mạch não giữa và cho kết quả tỷ lệ thất ngôn trên bệnh nhân tắc động mạch não giữa nhiều gấp hai lần bệnh nhân tắc động mạch não sau [2]. Thất ngôn là một triệu chứng thường gặp nhưng chưa đặc hiệu cho bệnh nhân tắc động mạch não sau.

Suy giảm nhận thức sau nhồi máu khu vực động mạch não sau (bảng 3.7): tất cả bệnh nhân lúc ra viện đều được làm trắc nghiệm Mini-Mental State Examination (MMSE), cho thấy có 38,2% bệnh nhân sau nhồi máu não cấp có tình trạng suy giảm nhận thức từ nhẹ đến nặng. Kết quả này cao hơn so với Pessin khảo sát 35 bệnh nhân nhồi máu não khu vực động mạch não thấy sau khi ra viện 20% bệnh nhân có biểu hiện suy giảm nhận thức, trong đó sa sút trí tuệ mức độ nhẹ và trung bình chiếm 50% [5]. Trong nghiên cứu của Servan có 31/76 (41%) số bệnh nhân có biểu hiện sa sút trí tuệ ngay sau đột quỵ não lần đầu [4]. Như vậy tỷ lệ các bệnh nhân suy giảm nhận thức sau đột quỵ não qua nghiên cứu của chúng tôi tương đương với các kết quả nghiên cứu khác.

Độ nặng lúc nhập viện theo thang điểm NIHSS (bảng 3.8): Điểm NIHSS trung bình lúc nhập viện của 68 bệnh nhân là $5,75 \pm 7,69$ (từ 1 đến 30 điểm), trong đó đột quỵ não nhẹ (NIHSS từ 0 – 4 điểm) chiếm tỷ lệ cao nhất 67,65%. Điểm NIHSS trên phù hợp với lâm sàng của nghiên cứu, các triệu chứng rối loạn cảm giác nửa người là những triệu chứng chiếm số điểm thấp trong thang điểm NIHSS. Điểm NIHSS trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Ntaois G. và cộng sự với điểm NIHSS trung bình là $4,4 \pm 2,7$, trong đó số bệnh nhân có điểm NIHSS từ 0 đến 4 điểm chiếm tỷ lệ cao nhất (58,4%), tiếp đến là nhóm bệnh nhân có điểm NIHSS mức trung bình và nặng [7]. Đánh giá điểm NIHSS của bệnh nhân khi ra viện chúng tôi thấy, điểm NIHSS trung bình là $4,91 \pm 7,91$, thấp nhất là 0 điểm, cao nhất là 30 điểm. Điểm NIHSS trước và sau điều trị có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,001$) với mức giảm điểm NIHSS trung bình sau điều trị là 0,838.

V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là $64,79 \pm 11,29$ tuổi, tuổi cao nhất 89 tuổi, tuổi trẻ nhất 36 tuổi, Nam/ nữ là 1,83

- Đặc điểm lâm sàng: Giảm cảm giác nửa người chiếm 45,5%. Bán manh chiếm 22,0% chủ yếu là bán danh đồng danh. Có 22,0% trường hợp thất ngôn xuyên vỏ cảm giác. Suy giảm nhận thức gặp ở 38,2% trường hợp. Ngoài ra còn các triệu chứng khác như: ảo thị, rối loạn ý thức. Điểm NIHSS trung bình lúc nhập viện là $5,75 \pm 7,69$, cao nhất 30 điểm, thấp nhất 1 điểm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ môn Thần kinh Trường Đại học Y Hà Nội (1995).** *Dịch tễ học tai biến mạch máu não. Hội nghị Tai biến mạch máu não lần 2, 1989-1994*

2. **Arboix A. , (2011),** "Infarctions in the vascular territory of the posterior cerebral artery: clinical features in 232 patients", *Research Note*; 4:329.
3. **Yamamoto Y. (1999),** "Posterior cerebral artery territory infarcts in the New England medical center posterior circulation registry", *Arch Neurol*; 56, 824-832.
4. **Servan J, Catala M, Rancurel G, (1992),** "Posterior cerebral artery infarction: a study of 76 cases (Abstract)", *Cerebrovasc Dis*, 2:233.
5. **Pessin M. S., Lathi E. S., Cohen M. B., Kwan E. S., Hedges T. R., Caplan L. R., (1987),** "Clinical features and mechanism of occipital infarction", *Ann Neurol*, 21:290-299.
6. **Déjerine JRG.** Le syndrome thalamique, (1906), *Rev Neurol (Paris)*; 14:521.
7. **Ntaios G., Spengosb K. (2011),** "Long-term outcome in posterior cerebral artery stroke", *European Journal of Neurology*.

ẢNH HƯỞNG CỦA CỐM HẠ MỠ MÁU ĐỐI VỚI CHỨC NĂNG VÀ MÔ BỆNH HỌC GAN THẬN TRÊN ĐỘNG VẬT THỰC NGHIỆM

Nguyễn Thị Ngọc Châu¹, Trần Công Trường¹
Nguyễn Mạnh Tuyền²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá ảnh hưởng của cốt Hạ mỡ máu đối với chức năng và mô bệnh học gan thận trên động vật thực nghiệm. **Đối tượng và phương pháp:** Cốt hạ mỡ máu bào chế từ 6 vị thuốc Trần bì, Bán hạ, Bạch linh, Cam thảo, Ngưu tất (ĐVN IV) và Củ ráy (TCCS)) được theo dõi độc tính bán trường diễn thông qua đánh giá ảnh hưởng đến chức năng và mô bệnh học gan thận trên chuột cống trắng. **Kết quả:** sau 8 tuần liên tục cho chuột cống trắng uống cốt Hạ mỡ máu với liều 3,15g/kg/ngày và 9,45g/kg/ngày thuốc không ảnh hưởng đến các chỉ tiêu xét nghiệm chức năng và mô bệnh học gan thận của chuột. **Kết luận:** cốt Hạ mỡ máu không ảnh hưởng đến chức năng và mô bệnh học gan thận của động vật thực nghiệm khi dùng kéo dài.

Từ khóa: Cốt Hạ mỡ máu, chức năng gan thận, mô bệnh học.

SUMMARY

THE EFFECTS OF HA MO MAU GRANULE TO FUNCTION AND HISTOLOGY OF LIVER AND KIDNEY OF EXPERIMENT ANIMALS

Objectives: To assess the effects of Ha mo mau granule to function and histology of liver and kidney of experimental animals. **Subjects and methods:** Ha mo mau granule (made from 6 herbal medicines: Pericarpium Citri Reticulatae perenne, Rhizoma Pinelliae, Poria, Radix Glycyrrhizae, Radix Achyranthes bidentatae (satisfying Vietnamese pharmacopoeia IV) and Rhizoma Alocaciae odorae (satisfying Basic Standards)) were evaluated the effects to function and histology of liver and kidney of white rats. **Results:** After 8 weeks of admission Ha mo mau granule with doses of 3.15g/kg/day and 9.45g/kg/day, there were no effect on function and histology of liver and kidney of experimental rats. **Conclusion:** Ha mo mau granule has no effects on function and histology of liver and kidney even used for a long time.

Key words: Ha mo mau granule, liver function, kidney function, histology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cholesterol trong máu cao là nguyên nhân chủ yếu của quá trình xơ động mạch và dẫn đến làm hẹp các động mạch cung cấp máu cho

tim và các cơ quan khác của cơ thể [1]. Tỷ lệ mắc xơ động mạch ngày càng tăng, đặc biệt là ở các nước phát triển và đang phát triển, vì vậy việc điều trị rối loạn lipid máu là một trong những mục tiêu hàng đầu, cấp bách của việc bảo vệ sức khỏe toàn dân trong mỗi quốc gia [2]. Nhiều nhóm thuốc tây y được ứng dụng rộng rãi để điều trị rối loạn lipid máu như: nhóm statin, thuốc ức chế hấp thu cholesterol ezetimibe, thuốc gắn acid mật, nicotinic acid, fibrates [3]. Bên cạnh sự phát triển của YHHĐ, YHCT đã và đang được khẳng định có những đóng góp không nhỏ trong công tác chăm sóc sức khỏe cho cộng đồng. Cốt hạ mỡ máu được xây dựng trên nền bài thuốc Nhị trần thang gia 2 vị củ ráy và ngưu tất để điều trị rối loạn lipid máu. Để có căn cứ triển khai nghiên cứu trên lâm sàng, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: *Đánh giá ảnh hưởng của cốt Hạ mỡ máu đối với chức năng và mô bệnh học gan thận trên động vật thực nghiệm.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và hóa chất nghiên cứu

- Cốt Hạ mỡ máu được bào chế ở dạng cốt tan, đóng gói 7,5g/1 túi do Viện Y học cổ truyền quân đội sản xuất đạt TCCS, gói 7,5g (tương ứng với Trần bì 3,2g, Cam thảo 1,3g, Bán hạ 3,2g, Củ ráy 3,2g, Bạch linh 04g, Ngưu tất 04g). Liều dùng trên người: uống 1 gói/lần x 3 lần/ngày.

- **Hóa chất, máy móc phục vụ nghiên cứu:** Máy xét nghiệm sinh hóa: BTS - 350 (Spain), Kit định lượng các enzym và chất chuyển hóa trong máu: ALT (Alanin Amino Transferase), AST (Aspartat Amino Transferase), bilirubin toàn phần, albumin, Creatinin của hãng Hospitex Diagnostics (Italy) và hãng DIALAB GmbH (Áo), định lượng trên máy Screen master của hãng Hospitex Diagnostics (Italy).

- **Động vật thí nghiệm:** Chuột cống trắng chủng Wistar cả hai giống khỏe mạnh, trọng lượng 150 – 180 gam do Ban chăn nuôi – Học viện Quân y cung cấp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Bố trí thực nghiệm:** Chuột cống được chia ngẫu nhiên làm 3 lô, mỗi lô 10 con như sau:

- + **Lô chứng:** uống nước cất liều 2 ml/kg/ngày
- + **Lô thứ 1:** uống cốt Hạ mỡ máu liều

¹Viện y học cổ truyền quân đội

²Trường Đại học Dược Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Châu

Email: ngocchau.yhctqd@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 9.3.2018

Ngày duyệt bài: 15.3.2018

3,15g/kg (liều có tác dụng tương đương trên người, tính theo hệ số 7).

+ Lô thử 2: uống cốm Hạ mỡ máu liều 9,45g/kg/ngày (gấp 3 lần lô thử 1)

Động vật thí nghiệm được cho uống nước hoặc thuốc trị trong 8 tuần liền, mỗi ngày một lần vào buổi sáng.

- **Theo dõi và đánh giá kết quả thí nghiệm:** Theo dõi và đánh giá các chỉ số sinh hóa tại các thời điểm trước, sau 4 tuần và sau 8 tuần uống thuốc. Sau tuần thứ 8, sau khi lấy máu, giết chuột để quan sát đại thể và mô bệnh học:

+ Chỉ số đánh giá chức năng gan, thận: định

lượng AST, ALT, Bilirubin, Albumin và creatinin trong huyết thanh.

+ Mô bệnh học: Kiểm tra ngẫu nhiên cấu trúc vi thể gan, thận của 30% số chuột cống trắng ở mỗi lô. Các xét nghiệm vi thể được thực hiện tại Bộ môn Giải phẫu bệnh - Viện 103 - Học viện Quân Y.

2.3. Xử lý số liệu: Các số liệu thu được xử lý theo phần mềm Microsoft Excel 2007, sử dụng thuật toán thống kê t-Test Student. Số liệu được trình bày dưới dạng $\bar{x} \pm SD$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Ảnh hưởng của cốm Hạ mỡ máu đến chức năng gan

Bảng 3.1. Ảnh hưởng của cốm Hạ mỡ máu đến hoạt độ AST

Thời gian	Hoạt độ AST (U/I)			p
	Lô chứng	Lô thử 1	Lô thử 2	
Trước thực nghiệm	149,37 ± 15,44	144,27 ± 13,30	145,25 ± 12,99	p ₁₋₂ ; p ₁₋₃ ; p ₂₋₃ > 0,05
Sau 4 tuần thực nghiệm	152,11 ± 19,15	147,78 ± 19,39	148,40 ± 15,39	p ₁₋₂ ; p ₁₋₃ ; p ₂₋₃ > 0,05
p trước - sau	> 0,05	> 0,05	> 0,05	
Sau 8 tuần thực nghiệm	153,51 ± 18,13	148,08 ± 19,18	151,25 ± 17,27	p ₁₋₂ ; p ₁₋₃ ; p ₂₋₃ > 0,05
p trước - sau	> 0,05	> 0,05	> 0,05	

Bảng 3.2. Ảnh hưởng của cốm Hạ mỡ máu đến hoạt độ ALT

Thời gian	Hoạt độ ALT (U/I)			p
	Lô chứng	Lô thử 1	Lô thử 2	
Trước thực nghiệm	60,91 ± 18,48	61,45 ± 14,70	60,42 ± 14,69	p ₁₋₂ ; p ₁₋₃ ; p ₂₋₃ > 0,05
Sau 4 tuần thực nghiệm	58,97 ± 16,26	63,51 ± 10,94	61,56 ± 15,88	p ₁₋₂ ; p ₁₋₃ ; p ₂₋₃ > 0,05
p (trước - sau)	> 0,05	> 0,05	> 0,05	
Sau 8 tuần thực nghiệm	59,35 ± 18,12	60,34 ± 14,33	62,07 ± 16,01	p ₁₋₂ ; p ₁₋₃ ; p ₂₋₃ > 0,05
p (trước - sau)	> 0,05	> 0,05	> 0,05	

Bảng 3.3. Ảnh hưởng của cốm Hạ mỡ máu đến nồng độ Bilirubin

Thời gian	Bilirubin (μmol/L)			p
	Lô chứng	Lô thử 1	Lô thử 2	
Trước thực nghiệm	48,03 ± 12,05	49,89 ± 8,67	50,44 ± 9,68	p ₁₋₂ ; p ₁₋₃ ; p ₂₋₃ > 0,05
Sau 4 tuần thực nghiệm	47,56 ± 9,41	52,74 ± 10,58	51,23 ± 7,70	p ₁₋₂ ; p ₁₋₃ ; p ₂₋₃ > 0,05
p (trước - sau)	> 0,05	> 0,05	> 0,05	
Sau 8 tuần thực nghiệm	46,72 ± 11,89	49,24 ± 9,85	48,63 ± 8,65	p ₁₋₂ ; p ₁₋₃ ; p ₂₋₃ > 0,05
p (trước - sau)	> 0,05	> 0,05	> 0,05	

Bảng 3.4. Ảnh hưởng của cốm Hạ mỡ máu đến nồng độ Albumin

Thời gian	Albumin (mmol/L)			p
	Lô chứng	Lô thử 1	Lô thử 2	
Trước thực nghiệm	25,77 ± 3,68	23,84 ± 4,25	24,70 ± 2,09	p ₁₋₂ ; p ₁₋₃ ; p ₂₋₃ > 0,05
Sau 4 tuần thực nghiệm	24,60 ± 2,45	25,73 ± 2,54	23,71 ± 2,86	p ₁₋₂ ; p ₁₋₃ ; p ₂₋₃ > 0,05
p (trước - sau)	> 0,05	> 0,05	> 0,05	
Sau 8 tuần thực nghiệm	25,10 ± 3,78	24,70 ± 1,97	25,16 ± 2,70	p ₁₋₂ ; p ₁₋₃ ; p ₂₋₃ > 0,05
p (trước - sau)	> 0,05	> 0,05	> 0,05	

Nhận xét: Sau 4 và 8 tuần uống cốm Hạ mỡ máu, các xét nghiệm đánh giá chức năng gan (hoạt độ AST, ALT, Bilirubin, Albumin) trong máu chuột ở cả lô thử 1 và lô thử 2 không có sự khác biệt có ý nghĩa so với lô chứng và so sánh giữa hai thời điểm trước, sau 4 và 8 tuần khi uống thuốc trị ($p > 0,05$).

3.2. Ảnh hưởng thuốc cốm Hạ mỡ máu đến chức năng thận

Bảng 3.5. Ảnh hưởng của cốm Hạ mỡ máu đến hàm lượng Creatinin

Thời gian	Creatinin (μmol/L)			p
	Lô chứng	Lô thử 1	Lô thử 2	

Trước thực nghiệm	81,78 ± 5,31	80,88 ± 7,34	81,20 ± 7,09	p ₁₋₂ ; p ₁₋₃ ; p ₂₋₃ > 0,05
Sau 4 tuần thực nghiệm	83,46 ± 6,16	83,71 ± 10,56	84,30 ± 3,77	p ₁₋₂ ; p ₁₋₃ ; p ₂₋₃ > 0,05
p (trước - sau)	> 0,05	> 0,05	> 0,05	
Sau 8 tuần thực nghiệm	83,34 ± 10,05	80,63 ± 10,20	81,52 ± 7,80	p ₁₋₂ ; p ₁₋₃ ; p ₂₋₃ > 0,05
p (trước - sau)	> 0,05	> 0,05	> 0,05	

Nhận xét: Sau 4 và 8 tuần uống cốm Hạ mỡ máu, ở cả lô thử 1 và lô thử 2, nồng độ Creatinin trong máu chuột không có sự thay đổi khác biệt có ý nghĩa thống kê so với lô chứng và so sánh giữa hai thời điểm trước, sau 4 và 8 tuần uống thuốc trị (p > 0,05).

3.3. Kết quả mô bệnh học

3.3.1. Đại thể: Trên tất cả các chuột thực nghiệm (cả lô chứng và 2 lô nghiên cứu), không quan sát thấy có thay đổi bệnh lý nào về mặt đại thể của các cơ quan tim, phổi, gan, lách, tụy, thận và hệ thống tiêu hoá của chuột.

Hình ảnh đại thể thận chuột cống trắng thực nghiệm



Ảnh 1: Hình ảnh đại thể thận chuột cống trắng lô đối chứng

Ảnh 2: Hình ảnh đại thể thận chuột cống trắng lô trị thử (chuột số 52)

Ảnh 3: Hình ảnh đại thể thận chuột cống trắng lô trị thử (chuột số 70)

Nhận xét: Không thấy sự khác biệt hình ảnh đại thể thận ở các chuột tại các lô đối chứng, lô trị 1 và lô trị 2. Bề mặt thận nhẵn, bóng đều, màu nâu đỏ đồng nhất, không thấy xuất huyết, đàn hồi khi ấn.

Hình ảnh đại thể gan chuột cống trắng thực nghiệm:



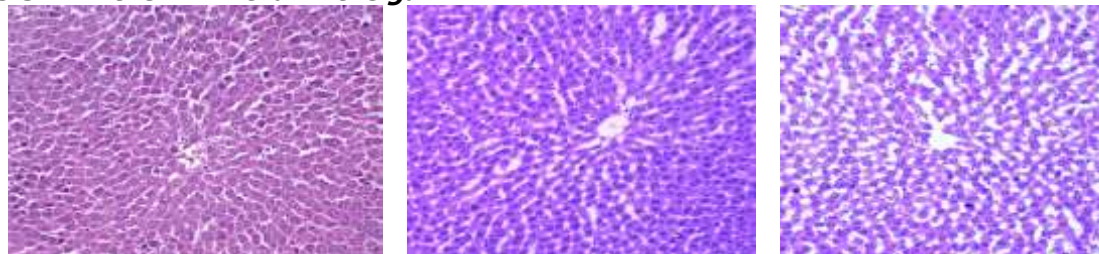
Ảnh 4. Hình ảnh đại thể gan chuột cống trắng lô đối chứng

Ảnh 5. Hình ảnh đại thể gan chuột cống trắng lô thử 1 (chuột số 52)

Ảnh 6. Hình ảnh đại thể gan chuột cống trắng lô thử 2 (chuột số 70)

Nhận xét: Không thấy sự khác biệt hình ảnh đại thể gan ở các chuột tại các lô đối chứng, lô thử 1 và lô thử 2. Bề mặt gan nhẵn, bóng đều, màu nâu đỏ đồng nhất, không có u cục, không xuất huyết, đàn hồi khi ấn.

3.3.2. Vi thể: Hình thái vi thể gan

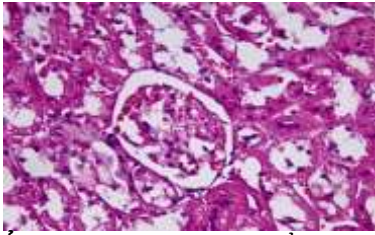


Ảnh 7: Hình thái vi thể gan chuột cống lô chứng (chuột số 5) (HE x 200)

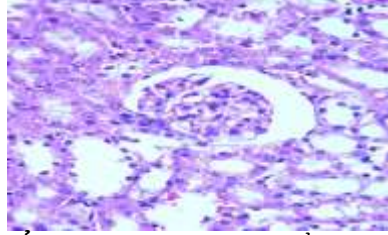
Ảnh 8: Hình thái vi thể gan chuột cống lô thử 1 (chuột số 55) (HE x 200)

Ảnh 9: Hình thái vi thể gan chuột cống lô thử 2 (chuột số 68) (HE x 200)

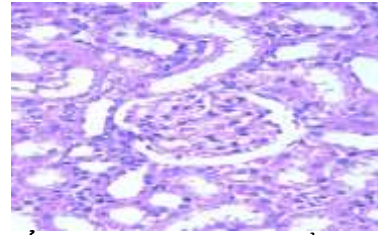
Nhận xét: Hình ảnh vi thể gan lô thử 1 và lô thử 2, không thấy khác biệt so với lô đối chứng.
Hình thái vi thể thận



Ảnh 10: Hình thái vi thể thận chuột cống (chuột số 5) lô chứng (HE x 400)



Ảnh 11: Hình thái vi thể thận chuột cống (chuột số 55) lô thử 1 (HE x 400)



Ảnh 12: Hình thái vi thể thận chuột cống (chuột số 68) lô thử 2 (HE x 400)

Nhận xét: Hình ảnh vi thể thận lô thử 1 và lô thử 2, không thấy khác biệt so với lô đối chứng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Ảnh hưởng của cốm Hạ mỡ máu đến chức năng gan:

Gan là cơ quan lớn nhất trong cơ thể con người có nhiều chức năng đặc biệt quan trọng như: chuyển hoá hóa sinh, tiêu hóa, khử độc và loại bỏ các sản phẩm chuyển hóa ra khỏi cơ thể. Do đảm nhận nhiều chức năng chuyển hóa, là cửa ngõ của các chất vào cơ thể qua bộ máy tiêu hóa nên gan là một cơ quan dễ bị nhiễm bệnh [7].

- Khi tế bào gan bị hủy hoại, một số men bình thường có nhiều trong gan đổ vào máu và làm tăng nồng độ trong máu. Trong số các men định lượng được đáng chú ý là ornithine – carbamyl – transferase, sorbitoldehydrogenase, transaminase [6],[7]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi định lượng hoạt độ các enzym AST, ALT trong huyết thanh trên chuột cống trắng thực nghiệm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hoạt độ AST, ALT trong máu chuột cống trắng ở các lô uống cốm Hạ mỡ máu tại các thời điểm sau 4 tuần và 8 tuần uống thuốc đều không có sự khác biệt so với nhóm chứng với $p > 0,05$.

- Albumin là một protein có ý nghĩa nhất để định tính khả năng tổng hợp chất của gan. Bệnh lý về gan có thể gây tổn thương tế bào gan (ngộ độc thuốc, hoá chất...), gây tình trạng ứ mật và bilirubin là một thông số có giá trị trong chẩn đoán bệnh gan mật và tình trạng tan máu [4],[6],[7]. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ Albumin và Bilirubin trong huyết thanh chuột cống trắng thực nghiệm ở 2 lô uống thuốc trị cốm Hạ mỡ máu tại các thời điểm sau 4 tuần và 8 tuần uống thuốc sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê khi so với lô chứng tại cùng thời điểm ($p > 0,05$).

4.2. Ảnh hưởng của cốm Hạ mỡ máu đến chức năng thận: Thận là cơ quan tiết niệu, có vai trò quan trọng bậc nhất để đảm bảo sự hằng

định nội môi. Khi đưa thuốc vào cơ thể có thể gây tổn thương thận, ảnh hưởng đến chức năng thận. Creatinin được lọc qua thận và cũng được tái hấp thu ở ống thận. Creatinin là chất chuyển hoá cuối cùng, sản phẩm phân huỷ của creatin phosphat, nồng độ creatinin không phụ thuộc vào chế độ ăn hoặc những thay đổi sinh lý khác mà chỉ phụ thuộc vào khả năng đào thải của thận. Khi có tổn thương thận, creatinin tăng sớm hơn và tin cậy hơn ure nên hiện nay đây là một chỉ số thường dùng để đánh giá và theo dõi chức năng thận [4],[6],[7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sau 8 tuần uống thuốc trị liên tục, nồng độ creatinin trong huyết thanh chuột cống trắng ở 2 lô trị đều không thay đổi, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê khi so với lô chứng và so sánh giữa 2 thời điểm trước và sau khi uống thuốc thử ($p > 0,05$).

4.3. Ảnh hưởng của cốm Hạ mỡ máu đến mô bệnh học gan, thận chuột cống trắng thực nghiệm:

Không có tổn thương về mặt hình thái khi quan sát đại thể của các cơ quan tim, phổi, gan, lách, tụy, thận và hệ thống tiêu hoá của chuột. Không có tổn thương về cấu trúc khi quan sát vi thể gan, thận của chuột. Như vậy cốm Hạ mỡ máu không gây tổn thương về mô bệnh học của chuột cống trắng thực nghiệm sau 8 tuần uống thuốc thử liên tục.

Điều này có thể lý giải là do trong thành phần cốm Hạ mỡ máu được bào chế từ bài thuốc Nhị trần thang là bài thuốc cổ phương được dùng hàng nghìn năm nay chưa thấy có ghi chép về độc tính, gia 2 vị người tốt đạt tiêu chuẩn Dược điển Việt Nam IV và củ ráy đã được kiểm nghiệm tiêu chuẩn cơ sở không có độc tính nên cốm Hạ mỡ máu ít có khả năng có độc.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu ảnh hưởng của cốm Hạ mỡ máu đối với chức năng và mô bệnh học gan

thận trên động vật thực nghiệm cho thấy: cõm Hạ mỡ máu liều 3,15g/kg/ngày và liều 9,45g/kg/ngày không ảnh hưởng tới chức năng và mô bệnh học gan thận của động vật thực nghiệm khi dùng kéo dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quang Tuấn (2013), *Rối loạn lipid máu*, NXB Y học: 12.
2. Nguyễn Duy Hưng (2012), *"Tiếp cận mới về rối loạn lipid máu"*, Thời sự tim mạch học, 28: 2-10.
3. Nguyễn Lâm Việt (2014), *"Thực hành bệnh tim mạch"*, NXB Y học, tr 368-374.
4. Nguyễn Đạt Anh, Nguyễn Thị Hương (2012), *Các xét nghiệm thường quy áp dụng trong thực hành lâm sàng*, NXB Y học: 48 - 98.
5. World Health Organisation (2000), "General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine": 42 -51.
6. Nguyễn Thế Khánh, Phạm Tử Dương (2005), *Xét nghiệm sử dụng trong lâm sàng*, NXB Y học: 15, 41, 680, 697.
7. Tạ Thanh Văn (2013), *Hóa sinh lâm sàng*, NXB Y học: 180 -209.

THỰC TRẠNG HOẠT ĐỘNG CHĂM SÓC DINH DƯỠNG CHO BỆNH NHÂN CỦA BÁC SỸ VÀ ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Trần Khánh Thu¹, Phạm Thị Dung², Phạm Thị Tĩnh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng hoạt động chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân của bác sĩ và điều dưỡng 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:** Hội chẩn và lập kế hoạch can thiệp dinh dưỡng cho người bệnh nội trú bị suy dinh dưỡng chưa được thực hiện. 1/3 số cán bộ các khoa lâm sàng, khoa khám bệnh đã được tập huấn về dinh dưỡng nhưng kiến thức còn hạn chế nên 100% chưa biết đầy đủ 4 bước của quy trình chăm sóc dinh dưỡng. 71,4% cán bộ y tế có nhu cầu đào tạo về tư vấn dinh dưỡng.

Từ khóa: Chăm sóc dinh dưỡng; Bệnh viện; Cán bộ y tế.

SUMMARY

THE STATUS OF NUTRITIONAL CARE FOR PATIENTS OF DOCTORS AND NURSES IN THAI BINH GENERAL HOSPITAL

Objectives: Describe the situation of nutritional care for patients of doctors and nurses in Thai Binh General Hospital. **Methods:** The epidemiological method described through the cross-sectional investigation. **Conclusion:** Diagnosis and intervention planning for inpatient malnutrition has not been conducted. 1/3 of medical staff in clinical and medical examination departments have been trained in nutrition but knowledge is limited so 100% do not fully know the 4 steps of the nutritional care process. 71,4% of health workers have training needs in nutrition counseling.

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: 9.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 5.3.2018

Ngày duyệt bài: 14.3.2018

Key words: Nutritional care; Hospital; Medical staff

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: *Mô tả thực trạng hoạt động chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân của bác sỹ và điều dưỡng tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng và địa bàn nghiên cứu: Cán bộ lãnh đạo, các bác sỹ, điều dưỡng các khoa lâm sàng, khoa khám bệnh, khoa Dinh dưỡng trong 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 cán bộ y tế tối thiểu là 171, thực tế lấy mẫu là 196 đối tượng cán bộ y tế.

Phương pháp chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu có chủ đích theo đúng tiêu chuẩn của đối tượng cần chọn, cụ thể là:

+ Tại các khoa lâm sàng: Phòng văn trường, phó các khoa lâm sàng, điều dưỡng trưởng các khoa lâm sàng, 02 bác sỹ điều trị, 02 điều dưỡng viên các khoa vào nghiên cứu.

+ Tại khoa khám bệnh: Phòng văn trường, phó khoa, điều dưỡng trưởng khoa, 01 bác sỹ, 01 điều dưỡng tại mỗi bàn khám.

+ Tại khoa dinh dưỡng: Phòng văn toàn bộ cán bộ khoa Dinh dưỡng. Tổng số có 108 bác sỹ và 88 điều dưỡng được chọn vào nghiên cứu

Phương pháp thu thập thông tin: Các cán bộ y tế được quan sát và ghi chú bằng bảng kiểm hoạt động chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh vào cùng 2 thời điểm đánh giá tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân năm 2014 và 2015. Phiếu phỏng vấn các cán bộ y tế được thực hiện trong năm 2015, sau khi bệnh viện tổ chức tập huấn về công tác dinh dưỡng bệnh viện và mạng lưới dinh dưỡng được thành lập trong bệnh viện.

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 3.1. Tỷ lệ cán bộ y tế tham gia các loại hình đào tạo, tập huấn liên quan đến chăm sóc dinh dưỡng

Thông tin	Bác sỹ(n=108)		Điều dưỡng(n=88)		Chung(n=196)	
	SL	Tỷ lệ%	SL	Tỷ lệ%	SL	Tỷ lệ%
Tập huấn 1-3 ngày	59	54,6	56	63,6	115	58,7
Tập huấn 4-10 ngày	5	4,6	6	6,8	11	5,6
Tập huấn 3 tháng, có chứng chỉ	0	0,0	4	4,5	4	2,0
Có bằng cấp liên quan đến dinh dưỡng	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Kết quả bảng 3.1 cho thấy loại hình cán bộ được tập huấn nhiều nhất là đào tạo ngắn hạn từ 1-3 ngày chiếm 58,7%. Tỷ lệ cán bộ y tế được tập huấn từ 4-10 ngày chiếm 5,6%, chỉ có 2% cán bộ y tế được tập huấn 3 tháng, không có cán bộ y tế nào có bằng cấp liên quan đến dinh dưỡng.

Bảng 3.2. Nội dung đào tạo, tập huấn của nhóm cán bộ y tế được đào tạo (n=130)

Nội dung tập huấn	Bác sỹ(n=64)		Điều dưỡng(n=66)		Chung(n=130)	
	SL	Tỷ lệ%	SL	Tỷ lệ%	SL	Tỷ lệ%
Tư vấn về dinh dưỡng	13	20,3	17	25,8	30	23,1
Chế độ ăn bệnh lý	29	45,3	23	34,8	52	40,0
Xây dựng khẩu phần	10	15,6	3	4,5	13	10,0
Đại cương DD điều trị	3	4,7	12	18,2	15	11,5
Sàng lọc, đánh giá tình trạng dinh dưỡng	3	4,7	2	3,0	5	3,8

Kết quả bảng 3.2 cho thấy trong số 130 cán bộ y tế được tập huấn thì nội dung được tập huấn nhiều nhất là chế độ ăn bệnh lý chiếm 40%, tư vấn dinh dưỡng là 23,1%, tỷ lệ cán bộ được tập huấn xây dựng khẩu phần là 10%, đại cương về dinh dưỡng điều trị là 11,5%, chỉ có 3,8% cán bộ y tế được tập huấn về sàng lọc, đánh giá tình trạng dinh dưỡng.

Bảng 3.3. Tỷ lệ cán bộ y tế thực hiện các bước chăm sóc dinh dưỡng (*: $p < 0,05$)

Nội dung	Bác sỹ(n=108)		Điều dưỡng(n=88)		Chung(n=196)	
	SL	Tỷ lệ%	SL	Tỷ lệ%	SL	Tỷ lệ%
Đánh giá tình trạng DD	26	24,1	27	30,7	53	27,0
Chẩn đoán dinh dưỡng	3	2,8	8	9,1	11	5,6*
Lập kế hoạch chăm sóc dinh dưỡng	0	0,0	6	6,8	6	3,1

Theo dõi, đánh giá kết quả chăm sóc dinh dưỡng	0	0,0	0	0,0	0	0,0
--	---	-----	---	-----	---	-----

Kết quả bảng 3.3 cho thấy tỷ lệ cán bộ y tế thực hiện đánh giá TTDD của người bệnh chiếm 27%, chỉ có 5,6% cán bộ chẩn đoán dinh dưỡng và 3,1% lập kế hoạch chăm sóc dinh dưỡng, tỷ lệ này ở điều dưỡng cao hơn ở bác sỹ với $p < 0,05$.

Bảng 3.4. Tỷ lệ cán bộ y tế thực hiện hoạt động chăm sóc dinh dưỡng tại khoa khám bệnh (n=43)

Nội dung	2014 (n=43)		2015 (n=43)	
	SL	Tỷ lệ%	SL	Tỷ lệ%
Kiểm tra cân nặng cho người bệnh ngoại trú	9	20,9	30	69,7
Đo chiều cao người bệnh ngoại trú	0	0,0	0	0,0
Khám và kết luận về tình trạng dinh dưỡng cho người bệnh ngoại trú	0	0,0	14	32,6
Tư vấn dinh dưỡng cho người bệnh ngoại trú	5	11,6	11	25,6

Kết quả qua bảng kiểm cho thấy các hoạt động kiểm tra cân nặng, khám, tư vấn dinh dưỡng cho người bệnh ngoại trú đã được cán bộ y tế thực hiện trong năm 2015 nhiều hơn so với năm 2014. Tuy nhiên, hoạt động đo chiều cao cho người bệnh vẫn chưa được thực hiện.

Bảng 3.5. Tỷ lệ cán bộ y tế thực hiện hoạt động chăm sóc dinh dưỡng tại khoa lâm sàng

Nội dung	2014(n=147)		2015(n=147)	
	SL	Tỷ lệ%	SL	Tỷ lệ%
Kiểm tra cân nặng cho người bệnh nội trú	15	10,2	86	58,5
Giải thích chế độ ăn cho người bệnh nội trú	21	14,4	88	59,9

Đánh giá hoạt động chăm sóc dinh dưỡng của các cán bộ y tế các khoa lâm sàng cho thấy ngoài nội dung kiểm tra cân nặng, giải thích chế độ ăn đã được thực hiện tăng dần trong năm 2014 so với năm 2015 thì các nội dung đo chiều cao, khám và kết luận tình trạng dinh dưỡng người bệnh nội trú, chỉ định chế độ ăn trong hồ sơ người bệnh theo mã số quy định chế độ ăn bệnh viện, chỉ định chế độ ăn bệnh lý, bảo suất ăn cho khoa dinh dưỡng, hội chẩn và lập kế hoạch can thiệp dinh dưỡng cho người bệnh nội trú bị suy dinh dưỡng chưa được thực hiện.

Bảng 3.6. Các nội dung hoạt động chăm sóc dinh dưỡng tại khoa Dinh dưỡng

Nội dung	2014	2015	
	Có thực hiện	Có thực hiện	Mức độ
Tổ chức khám, tư vấn dinh dưỡng cho người bệnh	0	x	Hàng tuần
Cán bộ dinh dưỡng đến khoa lâm sàng để tư vấn hướng dẫn người bệnh thực hiện chế độ ăn bệnh lý	0	x	Hàng tuần
Họp với người bệnh về dinh dưỡng	0	x	Hàng tháng
Cung cấp suất ăn thông thường	x	x	Hàng ngày
Cung cấp suất ăn bệnh lý theo đúng chỉ định	0	x	Hàng ngày
Cung cấp suất ăn nuôi dưỡng qua sonde	0	0	
Xây dựng chế độ ăn bệnh lý áp dụng cho toàn BV	0	0	
Có tờ rơi, hướng dẫn chế độ ăn bệnh lý cho ít nhất 5 loại bệnh lý liên quan đến DD tại BV	0	0	
Có phòng tư vấn dinh dưỡng riêng và thực hiện hoạt động tư vấn dinh dưỡng	0	x	Hàng tháng

Kết quả bảng 3.6 cho thấy tại khoa dinh dưỡng, năm 2014 mới chỉ tổ chức được hoạt động cung cấp suất ăn thông thường thì đến năm 2015, khoa đã tổ chức khám, tư vấn dinh dưỡng, có cán bộ dinh dưỡng đến khoa lâm sàng để tư vấn hướng dẫn người bệnh thực hiện chế độ ăn bệnh lý, cung cấp suất ăn bệnh lý theo đúng chỉ định, đã có phòng tư vấn dinh dưỡng riêng.

IV. BÀN LUẬN

Hoạt động tập huấn này đa phần là có thời gian 1 - 3 ngày chiếm 58,7%. Số cán bộ được tập huấn 3 tháng và cấp chứng chỉ về dinh dưỡng điều trị mới có 4 người. Toàn bệnh viện

không có cán bộ y tế nào có bằng cấp liên quan đến dinh dưỡng (bảng 3.1). Đây là một khó khăn không nhỏ cho việc triển khai hoạt động dinh dưỡng tiết chế tại bệnh viện. Và cũng là thực trạng chung của hầu hết các bệnh viện tuyến

tình trên toàn quốc. Nhiều nghiên cứu của các tác giả nước ngoài, nhất là các nghiên cứu ở các nước đang phát triển cũng cho thấy một tình trạng tương tự. Mạng lưới cán bộ chuyên khoa về dinh dưỡng còn rất ít, nhiều nơi không có nhưng trong khi đó, kiến thức, thực hành và mối quan tâm đến vai trò dinh dưỡng đủ và cân đối, hợp lý của cán bộ y tế đối với người bệnh cũng còn rất hạn chế. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần nội dung cán bộ y tế được tập huấn nhiều nhất là chế độ ăn bệnh lý chiếm 40%, tư vấn dinh dưỡng là 23,1%, tỷ lệ cán bộ được tập huấn xây dựng khẩu phần là 10%, đại cương về dinh dưỡng điều trị là 11,5%, chỉ có 3,8% cán bộ y tế được tập huấn về sàng lọc, đánh giá tình trạng dinh dưỡng (bảng 3.2). Hầu hết cán bộ y tế chưa được tập huấn nội dung về sàng lọc, đánh giá tình trạng dinh dưỡng. Còn nhóm điều dưỡng có tỷ lệ biết cao hơn là do nội dung chăm sóc dinh dưỡng được quy định cụ thể trong thông tư 07/2011/TT-BYT hướng dẫn cụ thể công tác điều dưỡng chăm sóc người bệnh tại bệnh viện. Do vậy, trên thực tế, tỷ lệ cán bộ y tế thực hiện đánh giá TTDD của người bệnh mới chiếm 27%, chỉ có 5,6% cán bộ thực hiện chẩn đoán dinh dưỡng và 3,1% lập kế hoạch chăm sóc dinh dưỡng, tỷ lệ này ở điều dưỡng cao hơn ở bác sĩ với $p < 0,05$ (bảng 3.3).

Đánh giá hoạt động chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh tại các khoa điều trị và khoa khám bệnh, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các hoạt động kiểm tra cân nặng, khám, tư vấn dinh dưỡng cho người bệnh ngoại trú đã được cán bộ y tế thực hiện trong năm 2015 nhiều hơn so với năm 2014. Tuy nhiên, hoạt động đo chiều cao cho người bệnh vẫn chưa được thực hiện (bảng 3.4 và 3.5).

Nghiên cứu của Phan Anh Tiến về thực trạng nguồn lực, nhu cầu đào tạo cán bộ dinh dưỡng tại bệnh viện tuyến huyện tỉnh Thái Bình cho thấy hầu hết các bệnh viện chưa triển khai các hoạt động chăm sóc dinh dưỡng tại khoa khám bệnh cho người bệnh [5].

Trong thông tư 08/2011/TT-BYT quy định các bệnh viện phải tổ chức khám, đánh giá tình trạng dinh dưỡng và tư vấn dinh dưỡng cho người bệnh ngoại trú, ghi chế độ ăn bệnh lý cho người bệnh cần điều trị bằng chế độ ăn vào sổ khám bệnh hoặc đơn thuốc điều trị ngoại trú. Như vậy, theo thông tư này thì các bệnh viện đều chưa thực hiện được. Nghiên cứu của Cục quản lý khám bệnh, chữa bệnh tại các bệnh viện tuyến tỉnh năm 2015 cũng cho biết mới chỉ có 40% số bệnh viện có đánh giá tình trạng dinh

dưỡng của người bệnh đến khám bệnh tại bệnh viện và 50% bệnh viện chỉ định chế độ ăn cho người bệnh [6].

Đối với hoạt động chăm sóc dinh dưỡng người bệnh tại các khoa nội trú, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, ngoài nội dung kiểm tra cân nặng, giải thích chế độ ăn đã được thực hiện tăng dần trong năm 2015 so với năm 2014; các nội dung đo chiều cao, khám và kết luận tình trạng dinh dưỡng người bệnh nội trú, chỉ định chế độ ăn trong hồ sơ người bệnh theo mã số quy định chế độ ăn bệnh viện, chỉ định chế độ ăn bệnh lý, báo suất ăn tại khoa dinh dưỡng, hội chẩn và lập kế hoạch can thiệp dinh dưỡng cho người bệnh nội trú bị suy dinh dưỡng hầu như chưa được thực hiện.

So với nghiên cứu của Phan Anh Tiến tại tuyến huyện thì các khoa lâm sàng mới bắt đầu thực hiện hoạt động khám, đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho người bệnh là chính còn các nội dung khác như chỉ định chế độ ăn theo quy định trong hồ sơ, báo suất ăn hay hội chẩn mới có ít bệnh viện thực hiện [5]. Kết quả nghiên cứu của Cục quản lý khám bệnh, chữa bệnh năm 2015 cho thấy các bệnh viện tuyến tỉnh năm 2015 đã có 98% số bệnh viện chỉ định chế độ ăn cho người bệnh và 100% bệnh viện có giải thích chế độ ăn cho người bệnh, 40% khoa lâm sàng có khu/góc truyền thông dinh dưỡng, 20% số bệnh viện có quy định chế độ dinh dưỡng tại một số khoa lâm sàng trong bệnh viện [6].

Thực trạng hoạt động tại khoa dinh dưỡng trong nghiên cứu của chúng tôi, mặc dù đã có sự cải thiện rất nhiều sau một năm thành lập và hoạt động nhưng vẫn còn nhiều nội dung chưa được thực hiện hoặc thực hiện chưa liên tục. Đây cũng là thực trạng chung của công tác dinh dưỡng tại các bệnh viện tuyến tỉnh trên toàn quốc. Nghiên cứu của Cục quản lý khám bệnh, chữa bệnh cho thấy, mặc dù năm 2015 đa số các bệnh viện tuyến tỉnh đã thành lập khoa dinh dưỡng nhưng cũng chỉ có 2/3 trong số này tổ chức khám, tư vấn dinh dưỡng cho người bệnh, cán bộ dinh dưỡng đến khoa lâm sàng để tư vấn, hướng dẫn người bệnh thực hiện chế độ ăn bệnh lý, họp với người bệnh về dinh dưỡng, cung cấp suất ăn đúng chỉ định, có tờ rơi hay hướng dẫn chế độ ăn cho ít nhất 5 loại bệnh lý thường gặp tại bệnh viện [6].

V. KẾT LUẬN

Sau khi xây dựng mạng lưới dinh dưỡng tại các khoa lâm sàng, các nội dung đã thực hiện trong công tác dinh dưỡng mới bắt đầu thực hiện. Hội chẩn và lập kế hoạch can thiệp dinh

dưỡng cho người bệnh nội trú bị suy dinh dưỡng chưa được thực hiện. 1/3 số cán bộ các khoa lâm sàng, khoa khám bệnh đã được tập huấn về dinh dưỡng nhưng kiến thức còn hạn chế nên 100% chưa biết đầy đủ 4 bước của quy trình chăm sóc dinh dưỡng. 71,4% cán bộ y tế có nhu cầu đào tạo về tư vấn dinh dưỡng.

KIẾN NGHỊ

- Tổ chức các lớp tập huấn về chăm sóc dinh dưỡng cho các bác sỹ, điều dưỡng bệnh viện theo các chuyên khoa, chú trọng cung cấp kiến thức liên quan đến tư vấn, chẩn đoán, điều trị dinh dưỡng, tạo một môi trường tích cực trong việc nhìn nhận, đánh giá vai trò của dinh dưỡng đối với người bệnh.

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

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. **Phan Anh Tiên (2016).** Thực trạng nguồn lực, nhu cầu đào tạo cán bộ khoa/tổ dinh dưỡng tại bệnh viện tuyến huyện tỉnh Thái Bình, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Thái Bình.
6. **Lương Ngọc Khuê, Hoàng Văn Thành và Hà Thanh Sơn (2015).** Thực trạng công tác dinh dưỡng tiết chế tại bệnh viện đa khoa tỉnh, Báo cáo Hội nghị Dinh dưỡng lâm sàng toàn quốc.

CHẤN THƯƠNG TÁ TRÀNG Ở TRẺ EM

Đặng Thị Huyền Trang*, Nguyễn Việt Hoa*, Vũ Hồng Tuấn*

TÓM TẮT

Trong thời gian từ tháng 1/2016-12/2017, chúng tôi có 5 bệnh nhi được chẩn đoán chấn thương tá tràng, trong đó 2 bệnh nhân được điều trị nội khoa, 3 bệnh nhân được phẫu thuật. Thời gian nằm viện trung bình là 23 ngày(13-43 ngày). Biến chứng sau mổ có một bệnh nhân bị chảy máu miệng nổi sau mổ 3 ngày, đã được mổ lại. Chấn thương tá tràng ở trẻ em là loại tổn thương nặng, đòi hỏi phẫu thuật viên phải có quyết định đúng đắn trong lựa chọn chiến thuật xử lý. Kết quả điều trị phụ thuộc vào cơ chế chấn thương, tổn thương phối hợp và thời gian trì hoãn chẩn đoán.

SUMMARY

DUODENAL INJURY IN CHILDREN

During 1/2016 - 12/2017, five pediatric patients were diagnosed with duodenal injury, two patients received medical treatment, and three patients underwent surgery. Average hospitalization was 23 days (13-43 days). Postoperative complications include a patient who has had a bleeding joint after 3 days of surgery, has undergone surgery. Pediatric duodenal injury is a serious type of injury, requiring the surgeon to make the right decision in the choice of treatment tactics. The outcome depends on the mechanism of injury, combined lesions and the time delayed diagnosis.

* Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Hoa

Email: nvhoa96@yahoo.com

Ngày nhận bài: 20.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 5.3.2018

Ngày duyệt bài: 13.3.2018

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tá tràng là đoạn đầu của ruột non tiếp nối dạ dày, hình chữ C, dài khoảng 25cm. Tá tràng ôm lấy đầu tụy, nằm vắt ngang cột sống, đoạn đầu di động, đoạn sau cố định; vì vậy, một chấn thương vào vùng trên rốn dễ làm vỡ tá tràng hoặc tụy. Tuy vậy, chấn thương tá tràng là bệnh lý ít gặp trong chấn thương bụng kín, chiếm tỷ lệ 3%-12% ở người lớn và 3%-10% ở trẻ em. Chấn thương tá tràng vẫn luôn là một thách thức lớn đối với các phẫu thuật viên cả trong chẩn đoán và điều trị [1],[2]. Tổn thương tá tràng thường phối hợp với các tổn thương tạng khác trong ổ bụng như là tụy, gan.... Chính triệu chứng của các tổn thương đi kèm tại bụng hoặc ngoài bụng làm che lấp triệu chứng của tổn thương tá tràng như viêm phúc mạc, chảy máu ổ bụng, chấn thương sọ não... ngay cả khi tổn thương tá tràng đơn độc có khi cũng phải mất nhiều thời gian để dịch tá tràng chảy vào ổ bụng gây viêm phúc mạc thì triệu chứng mới rõ ràng[1]. Chúng tôi báo cáo kinh nghiệm điều trị 5 trường hợp bệnh nhi bị chấn thương tá tràng được điều trị thành công tại bệnh viện Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: 5 bệnh nhi được chẩn đoán chấn thương tá tràng tại bệnh viện Việt Đức từ tháng 1/2016-12/2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả các ca lâm sàng.

2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu: Tuổi, giới, nguyên nhân tai nạn, thời gian từ khi tai nạn đến khi vào viện, thời gian từ khi vào viện đến khi mổ, các triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm cận

lâm sàng, mô tả tổn thương tá tràng trong mổ và tổn thương phối hợp, thời gian nằm viện, biến chứng sau mổ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi nhỏ nhất gặp là 7 tuổi, cao nhất là 14 tuổi

Bảng 1: Nguyên nhân, cơ chế chấn thương và các khoảng thời gian

Nguyên nhân và cơ chế chấn thương	TG từ khi tai nạn đến khi vào viện	TG từ khi vào viện đến khi mổ
TNGT XD-XM, đập bụng vào tay lái xe máy	2 ngày	Điều trị nội
TNSH, ngã đập bụng vào cạnh bàn học.	2 ngày	Điều trị nội
TNSH ngã đập bụng vào vật cứng	4 ngày	20 ngày
TNSH ngã đập bụng vào cạnh bàn học.	1 ngày	3 ngày
TNGT XD-XM, đập bụng vào tay lái xe máy	9 ngày	4 giờ

Bảng 2: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng lúc vào viện	Quá trình theo dõi
Tỉnh, HD ổn, không sốt, không nôn, bụng chướng, đau thượng vị, PUTB(+)	Điều trị nội khoa
Tỉnh, HD ổn, không sốt, không nôn, bụng chướng ít, đau dưới sườn (P), PUTB(+)	Điều trị nội khoa
Tỉnh, HD ổn, không sốt, bụng chướng, đau thượng vị, PUTB(+)	Nôn nhiều, sonde dạ dày ra dịch mật, bụng chướng tăng
Tỉnh, HD ổn, không sốt, bụng chướng ít, PUTB(-)	Sốt 39°C, bụng chướng tăng, sonde dạ dày ra 1000ml/24h
Lơ mơ, thở qua NKQ, Sốt 39°C, bụng chướng nhiều, PUTB khắp bụng, 2 phổi nhiều rales ẩm	Mổ cấp cứu

Bảng 3: Kết quả cận lâm sàng

Amylase	AST/ALT	Siêu âm	CT ổ bụng
871	BT	Tụ máu trong lòng TT, đục đập đầu tụy, dịch ổ bụng	Khối máu tụ trong lòng D2,3, tụ máu thành D2, đục đập đầu và thân tụy, dịch ổ bụng
63	31/93	Khối tăng âm ở gan, D2 giãn, máu trong lòng TT	CT gan độ III, tụ máu trong thành D2,3, dịch ổ bụng
576	BT	Khối máu tụ sau phúc mạc vùng thượng vị	Thành TT D2 dày không đều, khối máu tụ ôm quanh D2,3, đục đập đầu tụy, dịch ổ bụng.
1600	53/75	Nhiều dịch tự do ổ bụng	CT gan độ II, D3 giãn, ổ dịch khí phải trên D3, đục đập đầu tụy, dịch ổ bụng
210	BT	Nhiều dịch ổ bụng	Thành TT d2,3 dày thành không đều, đục đập đầu tụy, đục đập phổi 2 bên

Bảng 4: Chẩn đoán trước mổ và sau mổ

Chẩn đoán trước mổ	Chẩn đoán sau mổ
CT tá tràng, CT tụy độ I	Không mổ
CT tá tràng, CT gan độ III	Không mổ
CT tá tràng, CT tụy độ I	CT tá tràng độ III, CT tụy độ I
CT tá tràng, CT tụy độ I, CT gan độ II	CT tá tràng độ II, CT tụy độ I, CT gan độ III
ĐCT: CTBK: CT tá tràng, CT tụy độ I, CTNK: đục giáp phổi 2 bên	ĐCT: CT tá tràng độ II, CT tụy độ I, CTNK: Đục giáp phổi 2 bên

Bảng 5: Tổn thương trong mổ

Tình trạng OB và khoang sau phúc mạc	Tổn thương tá tràng	Tổn thương phối hợp
Ổ bụng không có máu	Tụ máu trong thành D2,3,4 và quai hồng tràng đầu tiên, thành D4 mũn, thủng	Đầu tụy đục đập, có vết nứt
OB có 1000ml nước máu, khối máu tụ lớn sau phúc mạc	Tụ máu trong thành D4, không thủng niêm mạc	Đục đập móm móm tụy, có vết nứt
OB có 300ml nước máu loãng	Tụ máu thành D2,3,4, không thủng	Đục đập và phù nề

	niêm mạc	đầu tụy, vết nứt
--	----------	------------------

Bảng 6. Cách thức điều trị

Điều trị nội khoa: Đặt sonde dạ dày, nhịn ăn, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch, dùng thuốc giảm tiết men tụy và dịch vị dạ dày.
Cắt lọc, lấy máu tụy, nối tá-hỗng tràng Roux-en-Y, đặt nhiều dẫn lưu ổ bụng dưới gan, hậu cung mạc nối, hố lách
Lấy máu tụy thành tá tràng, mở thông hỗng tràng, đặt nhiều dẫn lưu ổ bụng.
Rạch ô quân cờ thành tá tràng, đính thanh cơ vào niêm mạc tá tràng, mở thông hỗng tràng, đặt nhiều dẫn lưu ổ bụng.

Bảng 7: Biến chứng gần sau mổ và thời gian nằm viện

Biến chứng gần sau mổ	Thời gian nằm viện
Không có	13 ngày
Không có	20 ngày
Chảy máu miệng nối sau mổ 3 ngày: Nội soi tiêu hóa trong mổ, thấy miệng nối tá-hỗng tràng chảy máu, được khâu cầm máu miệng nối.	43 ngày
Không có	28 ngày
Không có	13 ngày

IV. BÀN LUẬN**4.1. Cơ chế chấn thương và vị trí giải phẫu tổn thương của tá tràng**

Chấn thương tá tràng ở trẻ em thương do tai nạn giao thông và tai nạn sinh hoạt... Cơ chế chấn thương phức tạp hơn bởi tá tràng được cố định giữa phía sau là cột sống, phía trước là chỗ đổ vào của ống mật và dây chằng Treitz [3]. Thương tổn tá tràng ở trẻ em cũng tương tự như ở người lớn: đụng dập, giập xé, nổ vỡ. Thương tổn đụng dập khi thành bụng giãn mềm, lực chấn thương tác động trực tiếp lên thành tá tràng; thương tổn giập xé xảy ra khi lực chấn thương gia tốc và giảm tốc tác động lên phần di

động của tá tràng; thương tổn nổ vỡ xảy ra khi lực tác động khu trú lên thành tá tràng đang đầy hơi và gặp lúc cả môn vị và góc treitz đóng kín [3]. Chấn thương tá tụy do vật tù gây ra chiếm 20%, còn lại là do vật sắc nhọn. Vị trí giải phẫu của tá tràng bị tổn thương hay gặp nhất là D2(33%), tiếp theo là D3 chiếm 19,3%, D4 chiếm 19%, D1 chiếm 14,4% và phối hợp là 14,2%. Trong đó, D2, D3 là vị trí hay bị tổn thương nhất [3]. Trong báo cáo của chúng tôi vị trí tá tràng tổn thương thường gặp là D2,3,4. Và cơ chế chấn thương đều do vật tù: bụng đập vào vật tù gây tổn thương đụng dập và tụ máu trong thành tá tràng là chủ yếu.

**Ảnh 1: Tụ máu trong thành D3, D4 tá tràng.**

4.2. Chẩn đoán: Sau vài ngày, triệu chứng lâm sàng rõ ràng hơn mặc dù thương tổn còn khu trú sau phúc mạc. Các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng rõ ràng nhất khi tá tràng vỡ vào ổ bụng, gây nên tình trạng viêm phúc mạc khu trú hoặc toàn thể.

Các xét nghiệm cận lâm sàng về huyết học và sinh hóa không có tính chất đặc hiệu, chỉ có tính chất gợi ý nhất là khi có tổn thương đầu tụy đi kèm với tá tràng, chỉ có khoảng 60% các trường hợp tăng amylase máu trong các trường hợp trên. Trong báo cáo của chúng tôi, 4 bệnh nhân có lượng amylase trong máu tăng cao. Các

**Ảnh 2: Tụ máu trong thành D2, niêm mạc hỗng, không thủng.**

phương tiện chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là cắt lớp vi tính có vai trò rất quan trọng trong chẩn đoán các tổn thương tá tràng và tổn thương tạng phối hợp vì khả năng đánh giá các tổn thương sau phúc mạc không bị hạn chế khi bụng chướng hơi. Các bệnh nhân của chúng tôi trên hình ảnh siêu âm cho những hình ảnh có giá trị gợi ý để chụp phim cắt lớp vi tính đánh giá chấn thương tá tràng như là: tụ máu sau phúc mạc, dày thành tá tràng...Còn trên phim chụp cắt lớp vi tính đều thể hiện rõ các dấu hiệu của chấn thương tá tràng [1], [2], [4], [5].

4.3. Điều trị

4.3.1. Điều trị bảo tồn: Theo tác giả Perissat J (1991) và Zuidema (1996), chỉ định điều trị bảo tồn đối với thương tổn tá tràng độ I, chỉ có tụ máu thành tá tràng. Điều trị bảo tồn bao gồm: đặt sonde dạ dày để hút dịch dạ dày và tá tràng, dùng thuốc giảm tiết dịch vị dạ dày (thuốc ức chế bơm proton) và giảm tiết dịch tụy, nuôi dưỡng hoàn toàn bằng đường tĩnh mạch. Cần theo dõi cẩn thận, vì có thể thủng tá tràng kín đáo trong khoảng 3% bệnh nhân có tụ máu thành tá tràng [3].

Điều trị bảo tồn kéo dài 10-15 ngày, cần làm xét nghiệm amylase máu hàng ngày trong 8 ngày đầu, sau đó cách ngày. Cần chụp CT ổ bụng 1 tuần/lần để đánh giá lại thương tổn [3].

Trong báo cáo của chúng tôi, có 2 bệnh nhi được điều trị bảo tồn hoàn toàn và được ra viện

sau 13-20 ngày điều trị. Bệnh nhi số 3 cũng được điều trị bảo tồn theo đúng nguyên tắc trên. Nhưng trong quá trình theo dõi, các triệu chứng lâm sàng trở nên nặng hơn, có biểu hiện tắc ruột (khối máu tụ quanh thành tá tràng to lên gây hẹp lòng tá tràng), nên bệnh nhân được chuyển phẫu thuật.

4.3.2. Phẫu thuật xử lý các thương tổn tá tràng: Nguyên tắc phẫu thuật xử lý các thương tổn tá tràng phụ thuộc vào phân độ tổn thương tá tràng trong mổ. Phân loại được sử dụng phổ biến nhất hiện nay là bảng phân loại của Hiệp hội phẫu thuật Hoa Kỳ về chấn thương tạng – Organ Injury Scale : AAST – OIS).

Bảng 8: Bảng phân độ chấn thương tá tràng[5].

Phân độ	Loại	Mô tả tổn thương	ICD-9	AIS-90
I	Tụ máu	Trong một đoạn của tá tràng	863.21	2
	Rách	Rách một phần thành tá tràng, không thủng	863.21	3
II	Tụ máu	Trong 2 đoạn của tá tràng trở lên	863.21	4
	Rách	Rách <50%	863.21	4
III	Rách	Rách 50-75% chu vi của D2	863.21	4
		Rách 50-100% chu vi của D1,D3,D4	863.21	4
IV	Rách	Rách >75% chu vi của D2	863.21	5
		Tổn thương bóng Vater hoặc đoạn thấp của ống mật chủ	863.21	5
V	Rách	Đứt khối tá tràng đầu tụy phức tạp	863.21	5
	Mạch máu	Mất mạch nuôi tá tràng	863.21	5

* Tăng một độ cho những trường hợp nhiều tổn thương từ độ III trở xuống.

Thương tổn nhẹ (độ I, II): chẩn đoán và phẫu thuật trước 6 giờ với khâu kín thương tổn tá tràng đem lại kết quả tốt. Sau 6 giờ, nguy cơ bộc lộ tăng lên, đòi hỏi phải làm thêm các thủ thuật giải áp tá tràng qua ống thông mũi - dạ dày qua môn vị, hoặc đặt ống hút qua mở thông hồng tràng hay mở thông tá tràng. Thương tổn độ III: Khâu tá tràng cùng với loại trừ môn vị và nối vị tràng hoặc nối tá - hồng tràng kiểu Roux-en-Y. Thương tổn độ IV: (bao gồm cả thương tổn bóng Vater và đoạn cuối ống mật chủ) rất khó sửa chữa. Có thể khâu tá tràng, khâu ống mật chủ với dẫn lưu ống T đặt qua nhú Vater hoặc nối ống mật chủ với hồng tràng nếu có thể được. Nếu không thể sửa chữa được thương tổn ở ống mật chủ, có thể cột thắt lại và nối mật ruột trong lần mổ sau. Thương tổn độ V: cắt khối tá tụy (phẫu thuật Whipple) [2].

Do đó, trong 3 bệnh nhân được phẫu thuật: 1 bệnh nhân bị chấn thương tá tràng độ III, chúng tôi nối tá-hồng tràng theo phương pháp Roux-en-Y đồng thời hút dịch giải áp qua sonde mũi dạ dày là phù hợp. Chúng tôi không áp dụng phương pháp khâu tá tràng + nối vị tràng do nối vị tràng làm tình trạng ứ đọng dịch ở khung tá tràng càng

tăng lên trong khi vẫn còn một phần dịch dạ dày chảy vào quai đến dễ dẫn tới bục chỗ khâu tá tràng, nhất là khi nối vị tràng. Còn với 2 bệnh nhân bị chấn thương tá tràng độ II, thì được phẫu thuật lấy máu tụ và mở thông hồng tràng.

Biến chứng sau mổ chấn thương tá tràng trong nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước xảy ra với tỷ lệ khá cao từ 17,6% đến 46,6% [1], [2]. Các biến chứng có thể xảy ra gồm: biến chứng sớm như chảy máu sau mổ... biến chứng muộn như: rò tá tràng, bục miệng nối, viêm tụy cấp sau mổ, tắc tá tràng. Trong báo cáo của chúng tôi, có bệnh nhi số 3 bị chảy máu sau mổ 3 ngày với biểu hiện xuất huyết tiêu hóa cao. Bệnh nhân được phẫu thuật lại phối hợp với nội soi ruột non ngay trong mổ, tìm thấy vị trí chảy máu từ miệng nối tá-hồng tràng, đã được xử trí khâu cầm máu. Còn lại 2 bệnh nhân số 4 và 5 không gặp phải các biến chứng sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Chấn thương tá tràng ở trẻ em loại loại tổn thương hiếm gặp trong chấn thương bụng kín, thường phối hợp với tổn thương các tạng khác trong hoặc ngoài ổ bụng. Phim chụp CT ổ bụng

rất có giá trị trong chẩn đoán trước mổ, còn chẩn đoán chính xác mức độ tổn thương tá tràng thường được xác định khi mổ.

Kết quả điều trị phụ thuộc vào cơ chế chấn thương, mức độ tổn thương tá tràng và thời gian trì hoãn chẩn đoán.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Minh Hải, Lâm Việt Trung (2004). "Những sai lầm trong chẩn đoán và điều trị vỡ tá tràng: nhân 50 trường hợp", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. Tập 8 (3). 88-93.
2. Lê Huy Cường, Trần Quang Trung. "Nhân 01 trường hợp vỡ tá tràng do chấn thương bụng kín tại BV An Giang", Kỷ yếu Hội nghị khoa học BV An Giang 10/2016
3. Phạm Hữu Thiện Chí (2004). "Tổng quan về chẩn đoán và điều trị chấn thương và vết thương tá tụy" Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh. Tập 8(3).
4. Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Thanh Long, Đỗ Tuấn Anh. "Chấn thương hợp cắt khối tá tụy cấp cứu tại BV Việt Đức", Y học thành phố Hồ Chí Minh, tập 8, phụ bản của số 3. 2004
5. Trịnh Hồng Sơn, "Phân loại một số chấn thương và bệnh lý", Nhà xuất bản y học Hà nội. 2013.
6. Nguyễn Văn Long, Võ Tấn Long, Nguyễn Văn Chính và cs. "Vài nhận xét về vỡ tá tràng nặng trong chấn thương", Y học thành phố Hồ Chí Minh, tập 8, phụ bản của số 3. 2004
7. Chyros E et al (2002). "Pancreatic trauma in the adult current knowledge in diagnosis and management", Pancreatology, 2(4), pp.365-78.

TỐI ƯU HÓA QUY TRÌNH CHIẾT XUẤT ECDYSTERON TỪ BÀI THUỐC CHỈ THỐNG

Vũ Bình Dương¹, Nguyễn Sơn Nam²

TÓM TẮT

Chỉ thống là bài thuốc nghiệm phương, gồm các vị thuốc Dây gấm (*Caulis Gneti motani*), Ngưu tất (*Radix Achyranthis bidentatae*), Bạch chỉ (*Radix Angelica dahuricae*), Quế chi (*Ramulus Cinnamomi*), Dây đau xương (*Caulis Tinospora sinensis*), Kê huyết đằng (*Caulis Spatholobi suberecti*), có tác dụng điều trị đau nhức xương khớp, thoát vị đĩa đệm, đau dây thần kinh liên sườn và các bệnh lý thoái hóa đa khớp. Nghiên cứu này thực hiện để chiết các hoạt chất từ bài thuốc nói chung và ecdysterone nói riêng nhằm mục đích chuyển thành các dạng bào chế hiện đại. Kết quả đã sử dụng phần mềm Modde 8.0 để tối ưu hóa lựa chọn được các thông số của quy trình chiết xuất ecdysterone bằng phương pháp chiết siêu âm gồm: dung môi chiết là nước; tỷ lệ dung môi/dược liệu 12:1, thời gian chiết 60 phút, nhiệt độ chiết 65°C. Với các điều kiện đã lựa chọn, hiệu suất chiết thu hồi hoạt chất đạt 91,23%. Quy trình chiết xuất có thể ứng dụng trong nghiên cứu hiện đại hóa bài thuốc Chỉ thống.

SUMMARY

OPTIMIZATION OF ECDYSTERON ULTRASONIC EXTRACTION FROM CHI THONG (PAIN RELIEF) REMEDY

Objective: Anodyne is one of experienced remedy having a effect in the treatment of arthritis, spinal disc herniation, intercostal neuralgia and pathologies related to osteoarthritis. This study was conducted to

extract the total active substances and ecdysterone from the remedy for the purpose of converting into modern dosage forms. **Materials:** Anodyne remedy consisting other ingredients: *Caulis Gneti motani*, *Radix Achyranthis bidentatae*, *Radix Angelica dahuricae*, *Ramulus Cinnamomi*, *Caulis Tinospora sinensis*, *Caulis spatholobi suberecti*. **Method:** Using Modde 8.0 software to optimize the selection of parameters of the ecdysterone extraction process by ultrasonic. **Results:** The optimal condition in-process including: the substances was extracted by water in 60 minutes at 65°C with solvent/herbal ratio was 12:1. Applying this condition to extract ecdysterone, the yield of recovery substance was 91.23%. **Conclusion:** The extraction process can be applied to study the modernization of Anodyne remedy.

Keywords: ultrasonic extract, ecdysterone, Chỉ thống remedy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện đại hóa thuốc y học cổ truyền (YHCT) là xu hướng nghiên cứu tiềm năng hiện nay, nhằm góp phần nâng cao hiệu quả điều trị, tăng độ ổn định, thuận tiện hơn trong sử dụng, vận chuyển và bảo quản của các bài thuốc, vị thuốc YHCT [7]. Trong nghiên cứu hiện đại hóa YHCT các vấn đề được đặt lên hàng đầu là chứng minh tác dụng của các hoạt chất, từ đó chiết xuất các hoạt chất đó bằng các phương pháp hiện đại, đánh giá hiệu quả của các hoạt chất đó bằng các mô hình dược lý thực nghiệm trước khi chuyển sang dạng bào chế mới (viên nén, viên nang, thuốc cốm...) [5].

Bài thuốc Chỉ thống gồm các vị thuốc Vương tôn (*Caulis Gneti motani*), Ngưu tất (*Radix Achyranthis bidentatae*), Bạch chỉ (*Radix Angelica*

¹Học viện Quân y

²Bệnh viện TƯ Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Bình Dương

Email: vbduong2978@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 6.3.2018

Ngày duyệt bài: 15.3.2018

dahuricae), Quế chi (*Ramulus Cinnamomi*), Dây đau xương (*Caulis Tinospora sinensis*), Kê huyết đằng (*Caulis Spatholobi suberecti*) được sử dụng tại một số cơ sở điều trị cho thấy có tác dụng tốt. Tuy nhiên, bài thuốc này cơ bản đang sử dụng dưới dạng thuốc sắc hoặc viên hoàn. Dạng thuốc này có nhiều nhược điểm như: thể tích công kênh, khó vận chuyển, bảo quản, sử dụng và độ ổn định không cao. Vì vậy, để góp phần nâng cao hiệu quả sử dụng của bài thuốc này cần có các nghiên cứu cải tiến dạng bào chế. Trong bài báo này, chúng tôi thông báo kết quả nghiên cứu chiết xuất ecdysterone (hoạt chất có tác dụng trong ngư tử) từ bài thuốc Chỉ thống. Đây là giai đoạn đầu tiên của quá trình nghiên cứu hiện đại hóa bài thuốc này.

II. NGUYÊN VẬT LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Nguyên liệu hóa chất, thiết bị

Các vị dược liệu trong bài thuốc Chỉ thống gồm vương tôn (*Caulis Gneti motani*), ngư tử (*Radix Achyranthis bidentatae*), bạch chỉ (*Radix Angelica dahuricae*), quế chi (*Ramulus Cinnamomi*), Dây đau xương (*Caulis Tinospora sinensis*), Kê huyết đằng (*Caulis Spatholobi suberecti*) đạt tiêu chuẩn cơ sở và tiêu chuẩn ĐDVN IV [1]. Trong đó, khối lượng ngư tử chiếm 28,2% tổng khối lượng bài thuốc.

Hóa chất: ecdysterone chuẩn (99,9%) của Sigma; các hóa chất, dung môi đạt tiêu chuẩn tinh khiết phân tích.

Thiết bị: Máy chiết siêu âm gia nhiệt Sineo Ultrawave 1000; Hệ thống phân tích sắc ký lỏng hiệu năng cao gồm bơm cao áp Waters 1525, detector UV Water 2874; và các thiết bị khác đạt tiêu chuẩn thí nghiệm.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Phương pháp chiết xuất:** ecdysterone được chiết xuất từ bài thuốc bằng phương pháp siêu âm gia nhiệt: Cân khoảng chính xác khoảng 15 g bột dược liệu của bài thuốc (tương đương với khoảng 4,2g Thổ phục linh), cho vào thiết bị chiết, thêm dung môi chiết xuất với tỷ lệ nhất định. Tiến hành chiết xuất ở nhiệt độ, thời gian và số lần chiết trong khoảng khảo sát. Dịch chiết thu được đem ly tâm, lọc loại bỏ tạp chất. Bổ sung vừa đủ thể tích, lọc qua màng lọc 0,22µm. Định lượng ecdysterone trong dịch chiết bằng HPLC [2]. Đánh giá thông qua hiệu suất chiết xuất hoạt chất.

- **Tiến hành** khảo sát các yếu tố ảnh hưởng tới hiệu suất chiết xuất gồm: loại dung môi, tỷ lệ dược liệu/dung môi, thời gian chiết, số lần chiết,

nhiệt độ chiết. Sử dụng phần mềm Modde 8.0 để tối ưu hóa các điều kiện chiết xuất.

- **Chỉ tiêu đánh giá:** hiệu suất chiết xuất ecdysterone từ bài thuốc.

$$\text{Hiệu suất} = \frac{m_{\text{ecdysterone}}}{m_{\text{LT}}} \times 100$$

Trong đó:

$m_{\text{ecdysterone}}$ là khối lượng ecdysterone chiết được.

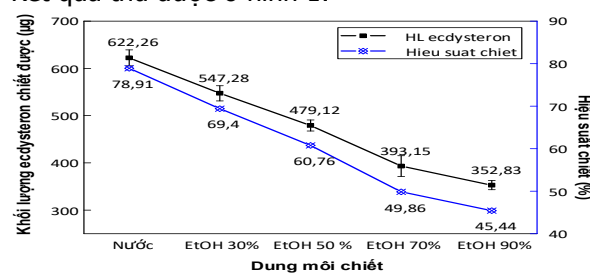
m_{LT} là khối lượng ecdysterone có trong dược liệu.

Trong đó hàm lượng ecdysterone trong dược liệu được định lượng bằng HPLC trong dịch chiết 4 lần (đến khi không còn phát hiện hoạt chất).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. **Kết quả xác định hàm lượng ecdysterone trong bài thuốc Chỉ thống:** Cân chính xác các dược liệu trong bài thuốc theo đúng tỉ lệ (4,3 g bột ngư tử; 4,1g bột vương tôn; 2,9g bạch chỉ; 1,5g quế chi; 1,1g dây đau xương; 1,1g kê huyết đằng) vào bình chiết của thiết bị chiết siêu âm, thêm vào bình chiết 150ml nước cất. Chiết siêu âm trong 60 phút ở 60°C. Ly tâm 3500 vòng/phút × 5 phút, gạn lấy dịch ly tâm. Bã chiết tiếp thêm 2 lần nữa. Gộp dịch chiết vào bình định mức 500ml, để ổn định ở nhiệt độ phòng. Sau đó, thêm nước cất vừa đủ, lọc qua màng 0,22µm được dung dịch tiêm sắc ký. Kết quả định lượng cho thấy, hàm lượng ecdysterone trong bài thuốc là $190,4 \pm 9,7 \mu\text{g/g}$ tính theo dược liệu khô kiệt.

3.1.1. **Khảo sát lựa chọn dung môi chiết xuất:** Tiến hành khảo sát với các dung môi chiết xuất khác nhau là: Nước, EtOH 30%, 50%, 70%, 90% với cùng điều kiện nhiệt độ là 60°C, thời gian 30 phút, tỷ lệ DL/DM = 1:10, chiết 01 lần. Kết quả thu được ở hình 1:



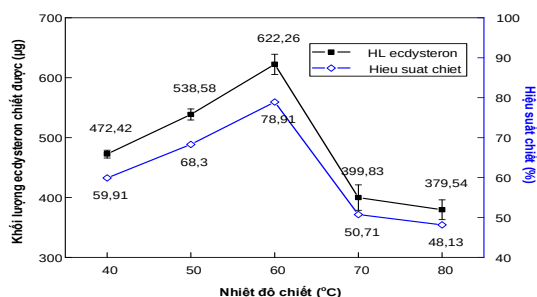
Hình 1. Ảnh hưởng của loại dung môi đến chiết xuất ecdysterone từ bài thuốc Chỉ thống

Kết quả hình 1 cho thấy: Khi sử dụng nước làm dung môi chiết xuất thì cho hiệu suất chiết cao nhất là 78,91%. Khi sử dụng dung môi là EtOH có nồng độ càng tăng thì hiệu suất chiết xuất càng giảm. Điều này có thể là do khi nồng độ EtOH càng tăng thì làm tăng giải phóng một số chất nhầy, gây cản trở cho quá trình chiết xuất hoạt chất. Nước là một dung môi phổ biến

trong chiết xuất, dễ kiểm, giá thành thấp, ko gây cháy nổ. Khi lựa chọn nước làm dung môi chiết xuất có nhiều ưu điểm như hiệu suất chiết cao, ít có nguy cơ cháy nổ, kinh tế và có thể tự chủ. Do vậy, chúng tôi lựa chọn nước là dung môi chiết xuất để khảo sát các thông số tiếp theo.

3.1.2. Khảo sát lựa chọn nhiệt độ chiết xuất

Tiến hành chiết xuất ở cùng điều kiện dung môi là nước RO, tỷ lệ DL/DM = 1:10, thời gian chiết là 30 phút, chiết 01 lần, ở các nhiệt độ khác nhau là 40°C, 50°C, 60°C, 70°C, 80°C. Kết quả được trình bày trong hình 2.

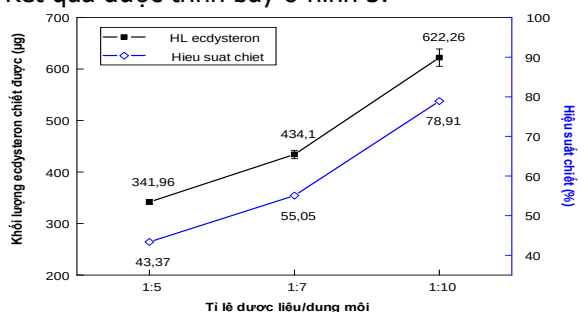


Hình 2. Ảnh hưởng của nhiệt độ đến chiết xuất ecdysterone từ bài thuốc Chỉ thống

Kết quả từ hình 2 cho thấy: Nhiệt độ chiết xuất cũng ảnh hưởng đến hiệu suất chiết. Khi nhiệt độ tăng từ 40°C lên 60°C thì hiệu suất chiết tăng (từ 59,91% lên 78,81%). Nhưng khi tiếp tục tăng nhiệt độ lên 80°C thì hiệu suất chiết giảm xuống (48,13%). Điều này có thể là do khi nhiệt độ càng cao thì hoạt chất có thể bị phá hủy. Do vậy, lựa chọn nhiệt độ là 60°C để khảo sát các thông số tiếp theo trước khi đưa vào tối ưu hoá công thức.

3.1.3. Khảo sát ảnh hưởng của tỉ lệ được liệu/dung môi đến hiệu suất chiết

Sử dụng dung môi là nước cất, nhiệt độ chiết là 60°C, thời gian chiết là 30 phút, chiết 01 lần với các tỷ lệ DL/DM lần lượt là 1/5; 1/7 và 1/10. Kết quả được trình bày ở hình 3.



Hình 3. Ảnh hưởng của tỉ lệ được liệu/dung môi đến chiết xuất ecdysterone từ bài thuốc Chỉ thống.

Kết quả từ hình 3 cho thấy: Tỷ lệ DL/DM có ảnh hưởng đáng kể đến hiệu suất chiết xuất hoạt chất. Đối với tỷ lệ DL/DM là 1/10 cho hiệu suất chiết xuất cao hơn nhiều so với 2 tỷ lệ còn lại. Do vậy chúng tôi chọn tỷ lệ DL/DM là 1/10 để tiến hành khảo sát ảnh hưởng của các điều kiện tiếp theo trước khi đưa vào tối ưu hoá công thức.

3.1.4. Khảo sát ảnh hưởng của thời gian chiết xuất: Khảo sát ảnh hưởng của thời gian chiết xuất ở các khoảng thời gian khác nhau từ 30– 90 phút, trong cùng điều kiện chiết xuất: Dung môi nước cất, tỷ lệ DL/DM là 1:10, nhiệt độ chiết là 60°C, số lần chiết là 01 lần. Kết quả được trình bày ở bảng 1.

Bảng 1. Ảnh hưởng của thời gian đến hiệu suất chiết ecdysterone

Thông số	Chiết xuất ở các thời gian khác nhau (n=3)		
	30 phút	60 phút	90 phút
Khối lượng Ecdysterone chiết được (µg)	622,26 ± 16,82	646,16 ± 11,89	648,90 ± 18,30
Hiệu suất chiết (%)	78,91	81,94	82,29

Kết quả bảng 1 cho thấy: Thời gian chiết xuất có ảnh hưởng đến hiệu suất chiết xuất tuy nhiên không nhiều. Khi thời gian chiết tăng từ 30 phút đến 90 phút thì hiệu suất chiết cũng chỉ tăng được 3,38%. Như vậy việc tăng thời gian chiết suất cũng không làm tăng đáng kể với hiệu suất chiết suất. Do vậy, chúng tôi lựa chọn thời gian chiết xuất là 30 phút để khảo sát các điều kiện tiếp theo trước khi đưa vào tối ưu hoá công thức.

3.1.5. Khảo sát ảnh hưởng của số lần chiết xuất: Sử dụng dung môi là nước, nhiệt độ là 60°C, thời gian chiết là 30 phút, tỷ lệ DL/DM 1:10. Mỗi mẫu tiến hành chiết 02 lần, dịch chiết của các lần chiết được định lượng riêng. Kết quả trình bày ở bảng 2.

Bảng 2. Ảnh hưởng của số lần chiết đến hiệu suất chiết ecdysterone (n=3)

Thông số	Lần 1	Lần 2
Khối lượng ecdysterone chiết được (µg)	622,26 ± 16,82	705,84 ± 17,09
Hiệu suất chiết (%)	78,91	89,51

Kết quả bảng 2 cho thấy: Sau 02 lần chiết thì hiệu suất chiết thu được là 89,51%. Đây là hiệu suất đạt tương đối cao. Hơn nữa, hiệu suất chiết của lần 2 nhỏ hơn hiệu suất chiết của lần 1 rất nhiều. Do đó, không tiến hành chiết xuất lần thứ 3. Vì vậy lựa chọn số lần chiết là 02 lần.

3.2. Kết quả tối ưu hóa chiết xuất bằng phần mềm modde 5.0

Từ những khảo sát sơ bộ trên, áp dụng phần mềm tối ưu hóa modde 8.0 để thiết kế mô hình với các biến độc lập:

- Nhiệt độ (X_1): $50 \div 80^\circ\text{C}$;
- Tỷ lệ được liệu/dung môi (X_2): $5 \div 12$;
- Thời gian (X_3): $15 \text{ phút} \div 75 \text{ phút}$.

Phần mềm đưa ra kết quả gồm 17 thí nghiệm, tiến hành chiết xuất thực nghiệm theo các thí nghiệm đã được thiết kế này. Sau mỗi thí nghiệm, định lượng dung dịch chiết xuất bằng HPLC để xác định hàm lượng hoạt chất và tính

toán hiệu suất chiết xuất ($Y\%$). Kết quả được trình bày trong bảng 3.

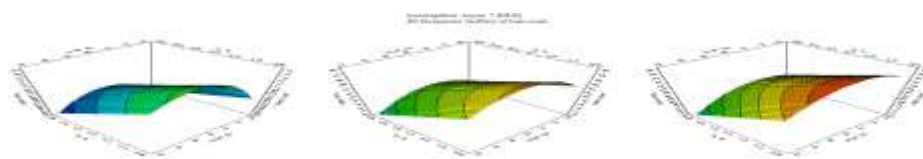
Từ kết quả thực nghiệm, phần mềm Modde 8.0 đã đưa ra phương trình hồi quy $Y = 84,68 + 0,72X_1 - 6,89X_2 + 9,9X_3 - 6X_1^2 + 0,006X_2^2 - 4,89X_3^2 + 1,62X_1X_2 + 2,82X_1X_3 - 1,77X_2X_3$ với hệ số tương quan $R^2=0,884$. Điều này chứng tỏ có mối tương quan giữa các biến đầu vào với biến đầu ra theo phương trình hồi quy tìm được. Ngoài ra, phần mềm cũng đưa ra đồ thị mặt đáp (hình 4) về ảnh hưởng các biến đầu vào (yếu tố khảo sát) tới biến đầu ra (hiệu suất chiết xuất):

Bảng 3. Kết quả thực nghiệm theo thiết kế của phần mềm Modde 8.0

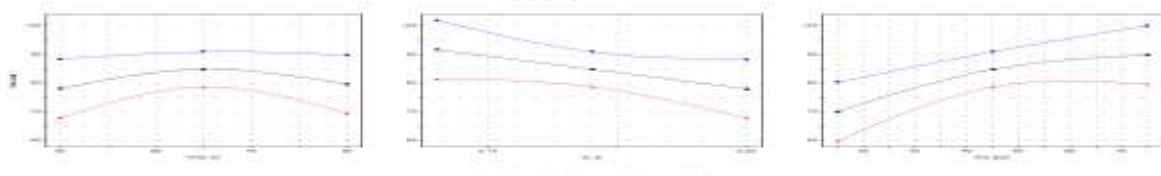
STT	Ma trận mã hóa			Điều kiện thực nghiệm các biến			Hiệu suất (%) (Y)
	X_1	X_2	X_3	(X_1)	(X_2)	(X_3)	
N1	-1	-1	-1	50	12	15	73,75
N2	1	-1	-1	80	12	15	62,59
N3	-1	1	-1	50	5	15	62,99
N4	1	1	-1	80	5	15	60,28
N5	-1	-1	1	50	12	75	88,51
N6	1	-1	1	80	12	75	90,60
N7	-1	1	1	50	5	75	72,65
N8	1	1	1	80	5	75	79,27
N9	-1	0	0	50	7	45	72,37
N10	1	0	0	80	7	45	84,73
N11	0	-1	0	65	12	45	98,85
N12	0	1	0	65	5	45	70,26
N13	0	0	-1	65	7	14	65,89
N14	0	0	1	65	7	75	93,44
N15	0	0	0	65	7	45	84,80
N16	0	0	0	65	7	45	83,44
N17	0	0	0	65	7	45	86,29

Khi phân tích ảnh hưởng của các yếu tố kết hợp và từng yếu tố độc lập ở trên cho thấy: Khi tăng nhiệt độ chiết đến 65° , nhưng khi tiếp tục tăng nhiệt độ lên thì hiệu suất thì hiệu suất lại

giảm. khi tăng thời gian chiết và tỷ lệ DM/DL thì hiệu suất chiết cũng tăng theo. Có thể thấy mức độ ảnh hưởng của các yếu tố đến hiệu suất chiết tăng dần từ: Nhiệt độ < Thời gian < Tỷ lệ DM/DL.



Hình 4: Mặt đáp tối ưu thực nghiệm của các yếu tố đầu vào tới hiệu suất



Hình 5. Ảnh hưởng kết hợp của các yếu tố đầu vào đến hiệu suất chiết xuất ecdysterone từ bài thuốc Chỉ thống

Dựa vào kết quả tối ưu hóa và mặt đáp, phần mềm Modde 8.0 đã đưa ra điều kiện tối ưu cho quá trình chiết xuất là:

- Nhiệt độ (X_1): 65°C

- Tỷ lệ DM/DL (X_2) : 12:1
 - Thời gian chiết xuất (X_3): 57 phút (~60 phút).
- Đồng thời phần mềm cũng dự đoán được hiệu suất chiết xuất là 92,26%.

Tiến hành thực nghiệm với các điều kiện tối ưu trên để kiểm chứng lại kết quả dự đoán phần mềm đưa ra. Kết quả cho thấy, hiệu suất chiết đạt $91,23\% \pm 0,81\%$, khác biệt không đáng kể với dự đoán của phần mềm. Như vậy, có thể lựa chọn các điều kiện tối ưu để chiết xuất ecdysterone trong bài thuốc Chỉ thống là: tỷ lệ dược liệu/dung môi 1:12, nhiệt độ 65°C , thời gian 60 phút.

IV. BÀN LUẬN

Trong những năm gần đây, kỹ thuật chiết xuất hoạt chất dưới sự hỗ trợ của sóng siêu âm đã được sử dụng rộng rãi trong rất nhiều ngành như công nghệ dược phẩm, thực phẩm, mỹ phẩm...[4, 6]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chiết xuất bài thuốc Chỉ thống dưới sự hỗ trợ của thiết bị siêu âm gia nhiệt là phương pháp chiết xuất hiện đại, là sự lựa chọn tối ưu để chiết xuất hoạt chất trong bài thuốc đặc biệt là ecdysterone, hợp chất có tác dụng tốt trong điều trị đau nhức xương khớp do viêm đa khớp, đau dây thần kinh liên sườn... [3]. Với phương pháp chiết xuất này, hiệu suất chiết xuất hoạt chất cao, thời gian chiết xuất ngắn, hơn nữa nhiệt độ chiết xuất thấp thích hợp với nhiều dược liệu trong bài thuốc vì thế không làm thay đổi thành phần hoạt chất trong bài thuốc và đặc biệt, có thể nâng cấp quy mô sản xuất.

Trong nghiên cứu này đã sử dụng phần mềm Modde 8.0 là phần mềm tin học thông minh, đưa ra bố trí theo mô hình mặt hợp tử tại tâm (Central Composite Face-CCF). Tiến hành thí nghiệm theo thiết kế của mô hình để đưa ra được hiệu suất chiết xuất (biến đầu ra), phần mềm sẽ phân tích ảnh hưởng của các yếu tố đầu vào như thời gian, nhiệt độ và tỉ lệ dược liệu/dung môi chiết, thể hiện ở phương trình hồi quy và mặt đáp thu được. Phần mềm cũng đã đưa ra một số điều kiện tối ưu. Lựa chọn một

trong số những điều kiện tối ưu phù hợp điều kiện để làm thực nghiệm, tính toán và so sánh kết quả thực nghiệm với kết quả mà phần mềm đưa ra để từ đó lựa chọn được điều kiện tối ưu chiết xuất hoạt chất từ bài thuốc.

V. KẾT LUẬN

Đã lựa chọn được các thông số tối ưu trong chiết xuất ecdysterone từ bài thuốc Chỉ thống bằng phương pháp chiết siêu âm gồm: dung môi chiết là nước với tỷ lệ dung môi/dược liệu 12:1, thời gian chiết 60 phút, nhiệt độ chiết 65°C . Với các điều kiện đã lựa chọn, hiệu suất chiết thu hồi hoạt chất đạt $91,23\%$. Quy trình chiết có thể ứng dụng trong nghiên cứu hiện đại hóa bài thuốc Chỉ thống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2009), *Dược điển Việt Nam 4*, NXB Y học, Hà Nội.
2. Phạm Văn Hiến, Văn Khắc Tuyên, Lê Ngọc Thắng, Vũ Bình Dương (2016), "Xây dựng phương pháp định lượng ecdysterone trong ngưu tất (*Radix Achyranthis bidentatae*)", *Tạp chí Dược học*, 8/2016, tr. 58-63.
3. Lee S. G., Lee E. J., Park W. D., Kim J. B., Kim E. O., and Choi S. W. (2012), "Anti-inflammatory and anti-osteoarthritis effects of fermented *Achyranthes japonica* Nakai", *Journal of ethnopharmacology*, 142(3), pp. 634-641.
4. Liu D., Zeng X. A., Sun D. W., and Han Z. (2013), "Disruption and protein release by ultrasonication of yeast cells", *Innovative Food Science & Emerging Technologies*, 18, pp. 132-137.
5. Pei S. J. (2001), "Ethnobotanical approaches of traditional medicine studies: some experiences from Asia", *Pharmaceutical biology*, 39(sup1), pp. 74-79.
6. Pumure I., Renton J. J., and Smart R. B. (2009), "Accelerated aqueous leaching of selenium and arsenic from coal associated rock samples with selenium speciation using ultrasound extraction", *Environmental geology*, 56(5), pp. 985-991.
7. Qiu J. (2007), "China plans to modernize traditional medicine", *Nature*, 446(7136), pp. 590-591.

ĐẶC ĐIỂM ĐẦU THỊ THẦN KINH TRÊN MẮT GLÔCÔM GÓC MỞ NGUYÊN PHÁT CÓ CẬN THỊ NẶNG

Bùi Thị Vân Anh*, Bùi Thị Diệu**

TÓM TẮT

*Bệnh viện Mắt Trung ương

**Đại học Y dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Vân Anh

Email: buivananh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 11.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 5.3.2018

Ngày duyệt bài: 14.3.2018

Mục tiêu: Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đầu thị thần kinh trên những mắt glôcôm góc mở nguyên phát có cận thị nặng. **Đối tượng:** mắt được chẩn đoán glôcôm góc mở nguyên phát, có cận thị nặng (độ cận $\geq 6\text{D}$ và/hoặc trục nhãn cầu $\geq 26\text{mm}$). **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang. Đối tượng nghiên cứu được chụp ảnh đáy mắt, chụp OCT gai thị, làm thị trường Humphrey. Các chỉ số: C/D, khuyết viền thần kinh, độ nghiêng, độ xoắn gai thị, teo quanh gai, xuất huyết cạnh gai,... được ghi nhận và phân tích thống kê. **Kết quả:** 23 bệnh nhân

với 38 mắt glôcôm góc mở nguyên phát có cận thị nặng được theo dõi từ 6/2016 tới 6/2017 tại Bệnh viện Mắt Trung ương. 36,8% trường hợp có khuyết viễn thần kinh khu trú, 10,5% có dấu hiệu mạch máu; C/D trung bình $0,66 \pm 0,23$; 44,7% trường hợp có nghiêng và 52,6% có xoắn đĩa thị. Teo quanh gai thường rộng trên cả 4 góc phần tư và nặng với diện tích trung bình 88300 ± 139436 . Trục nhãn cầu dài, độ cận lớn làm tỷ lệ gai thị nghiêng tăng, độ xoắn giảm, teo quanh gai rộng. **Kết luận:** Trên các mắt glôcôm có cận thị nặng đầu thị thần kinh thường có biểu hiện xoắn, nghiêng trên nền gai thị to, lõm đĩa rộng, độ dày lớp sợi thần kinh mỏng và teo quanh gai beta rộng. Việc chẩn đoán xác định và theo dõi tiến triển glôcôm thường khó khăn do tổn thương của đầu thị thần kinh chịu sự tác động của cả cận thị và glôcôm nên thường có biểu hiện không đặc hiệu.

Từ khóa: glôcôm, cận thị nặng, gai thị nghiêng, gai thị xoắn, teo quanh gai beta

SUMMARY

OPTIC NERVE HEAD CHARACTERISTICS ON GLAUCOMA WITH HIGH MYOPIA

Objective: To investigate the subclinical and clinical characteristics of optic nerve head on primary open angle glaucoma with high myopia. **Subjects:** primary ocular open angle glaucoma and high myopia (myopia > 6D and/or axis length ≥ 26 mm). **Study method:** cross sectional description. Photo of fundus, OCT of disc and Humphrey perimetry were taken. C/D index, norche and rim, RNFL, tilted disc, torsion disc, peripapillary atrophy, hemorrhage,... were recorded and analyzed statistically. **Results:** 23 patients, 38 primary open angle glaucoma with high myopia were monitored from 6/2016 to 6/2017 at VNIO. 36.8% had norche, 10.5% had vascular signs; C/D averaged 0.66 ± 0.23 ; 44.7% had tilted disc and 52.6% had twisted disc. Peripapillary atrophy was generally wide on the fourth quarter and heavier with an average area of 88300 ± 139436 . The more axial length and more myopia were the less torsion disc and more tilted disc, peripapillary atrophy happened. **Conclusion:** On the glaucoma- high myopia eyes, tilted disc, torsion disc, peripapillary atrophy, large disc and thin RNFL usually happened. The diagnosis and follow-up of glaucoma progress is often difficult due to damage of the optic nerve head that is affected by both myopia and glaucoma, is often nonspecific.

Key words: glaucoma, high myopia, tilted disc, torsion disc, peripapillary atrophy beta

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay trên thế giới cận thị nặng có khoảng 163 triệu người (2.7%), tỉ lệ này cũng tiếp tục tăng ước tính đến năm 2050 con số này lên đến 938 triệu người (9.8%). Cận thị nặng thường đi kèm với những biến đổi như thoái hóa đáy mắt,

sự dài ra của trục nhãn cầu, biến dạng đĩa thị, teo mỏng hắc võng mạc, đặc biệt là sự nghiêng và xoắn vặn của đĩa thị và vùng teo quanh gai có thể gây ra những khó khăn trong chẩn đoán phân biệt giữa bệnh lý thần kinh do glôcôm hay những biến đổi thần kinh và võng mạc liên quan đến cận thị. Đặc biệt khi glôcôm phối hợp với cận thị nặng, biểu hiện lâm sàng của chúng vô cùng phức tạp, tạo nên khó khăn lớn cho việc chẩn đoán sớm, cũng như đánh giá tiến triển và điều trị glôcôm, là một thách thức với các nhà nhãn khoa. Trên thế giới và khu vực Châu Á có rất nhiều nghiên cứu về glôcôm góc mở nguyên phát và cận thị nặng cũng như mối quan hệ giữa chúng. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đầu thị thần kinh trên những mắt glôcôm góc mở nguyên phát có cận thị nặng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng: Là những mắt bệnh nhân được chẩn đoán glôcôm góc mở nguyên phát, có cận thị nặng: Cận thị có độ cận $\geq -6D$ và/ hoặc trục nhãn cầu ≥ 26 mm. Nghiên cứu thực hiện tại bệnh viện Mắt trung ương từ tháng 9/2016 đến tháng 9/2017

2.2 Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu thực hiện dưới dạng mô tả cắt ngang có phân tích với cỡ mẫu tối thiểu là 25,7. Đối tượng nghiên cứu được ghi nhận tình trạng thị lực, khúc xạ, độ cận, trục nhãn cầu, nhãn áp,... đồng thời được chụp ảnh đáy mắt, chụp OCT đầu thị thần kinh và làm thị trường. Các chỉ số về độ nghiêng, độ xoắn đĩa thị, teo quanh gai, độ dày lớp sợi thần kinh, MD, PSD được ghi nhận và phân tích thống kê với sự trợ giúp của phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1 Đặc điểm chung: Trong khoảng thời gian từ 6/2016 tới 6/2017, chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 23 bệnh nhân với 38 mắt glôcôm góc mở nguyên phát có cận thị nặng. Tỷ lệ nam/ nữ trong nghiên cứu không có sự khác biệt 47,4% nữ: 52,6% nam ($p = 0.746$). Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 32 ± 15.80 (8 – 71), tuổi dưới 40 chiếm ưu thế với 73.7% so với 26.3% là độ tuổi từ trên 40 ($p = 0.004 < 0.05$).

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm		N	%	Đặc điểm		N	%
NA	Cao	31	81,6	Thị lực với kính	<20/70	21	55,2
	Không cao	7	18,4		$\geq 20/70$	17	44,8

Thị trường	NATB	16,95 ± 5,07	Độ cận	< 10D	27	71,1
	NATB hiệu chỉnh	15,43 ± 5,16		≥ 10D	11	28,9
	MD	-17,49 ± 11,27	Trục nhãn cầu	Trung bình	-9,674 ± 6,075	
	PSD	5,09 ± 2,46		< 28mm	28	73,7%
Độ dày giác mạc	Trung bình	542 ± 32,05μ		≥ 28mm	10	26,3%
	< 520 μ	8		Trung bình	27,72 ± 1,86	

Trong các triệu chứng liên quan bệnh glôcôm chúng tôi nhận thấy các mắt trong nhóm nghiên cứu có tỷ lệ nhãn áp cao chiếm ưu thế 81,6%. Độ nhạy cảm ánh sáng trên thị trường ở mắt glôcôm góc mở nguyên phát có cận thị nặng giảm đáng kể với độ lệch trung bình lên tới -17,49 ± 11,27 và PSD là 5,09 ± 2,46. Thị lực các mắt thuộc nhóm nghiên cứu thấp 55,2% thuộc nhóm dưới 20/70 sau khi chỉnh kính tối đa. Tình trạng tổn thương thị lực này do cả hai yếu tố tổn hại đầu thị thần kinh do bệnh glôcôm và tổn hại vòng mạc do cận thị nặng gây ra. Độ cận trung bình là -9.674 ± 6.075D và đa số cận dưới 10D

(71,1%, 27 mắt). Nhóm nghiên cứu có trục nhãn cầu trung bình là 27.72 ± 1.86 mm, với trục nhãn cầu dài nhất là 35mm và ngắn nhất là 26mm. Cũng tương tự như sự phân bố nhóm khúc xạ, nhóm có trục nhãn cầu dưới 28mm chiếm chủ yếu với 73.7%. Trong nhiều nghiên cứu, các mắt cận thị nặng thường có biểu hiện dẫn mỏng của củng giác mạc, tuy nhiên trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy các mắt thuộc nhóm nghiên cứu có độ dày giác mạc trung bình tương đối tốt (542 ± 32.05μ) và chỉ 8 mắt (21,1%) có chiều dày giác mạc trung tâm dưới 520μ

3.2 Đặc điểm đầu thị thần kinh của mắt glôcôm góc mở nguyên phát có cận thị nặng

Bảng 2: Đặc điểm đầu thị thần kinh trên mắt glôcôm góc mở nguyên phát cận thị nặng

Đặc điểm			N	%	Đặc điểm			N	%
Khuyết viễn TK khu trú			14	36,8	C/D	Chung		0,66±0,23	
Dấu hiệu mạch máu (đổi hướng, gập góc,...)			4	10,5		Chiều dọc		0,68±0,22	
Teo cạnh gai thị β	< 3 cung giờ		0	0	Đĩa thị nghiêng	Có		17	44,7
	3-6 cung giờ		17	44,7		Không		21	55,3
	6-9 cung giờ		9	23,7		Trung bình		1,3±0,2 (1,02 – 1,78)	
	>9 cung giờ		12	31,6	Đĩa thị xoắn	Có			52,6
	D/tích teo β (pixel)		88300 ± 139436 (5787-714018)			Không			47,4
	Số cung giờ teo quanh gai β trung bình		7.03 ± 3.18 (3-12)			Góc xoắn trung bình		17,42° ± 16,34 (1,64° - 85,6°)	
Tổng			38	100		Xoắn xuống dưới		26	68,4

Diện tích đĩa thị trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có tương quan đồng biến với chiều dài trục nhãn cầu ($R = 0.373$, $p = 0.021$), trục nhãn cầu càng dài thì đĩa thị càng lớn. Các mắt trong nhóm nghiên cứu có lõm đĩa tương đối rộng, tỷ lệ C/D trung bình theo diện tích đĩa thị là 0.66 ± 0.23 , theo chiều dọc là 0.68 ± 0.22 . Do kích thước đĩa thị trong nhóm cận thị nặng thường lớn nên việc đánh giá tổn thương do glôcôm cần phải căn cứ vào diện tích viền thần kinh (tỷ lệ R/D) nhiều hơn là chú ý vào tỷ lệ C/D. Lõm đĩa thị giác trung bình và theo chiều dọc của các mắt gần như nhau (tương ứng là 0.66 ± 0.23 và 0.68 ± 0.22) chứng tỏ lõm đĩa thị khá đồng tâm và không điển hình của lõm đĩa glôcôm. Điều này gây khó khăn khá lớn cho các bác sỹ trong chẩn đoán xác định bệnh glôcôm. Mặt khác trong nghiên cứu của chúng tôi thì dấu hiệu khuyết

viền thần kinh khu trú là hiếm gặp, mặc dù viền thần kinh mỏng nhưng khá đồng tâm với 63.2% số mắt quy luật ISNT vẫn được đảm bảo, điều này phù hợp với nhận định của Jonas và cộng sự [1].

Chiều dày lớp sợi thần kinh: Chúng tôi tiến hành chụp OCT cho tất cả các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu, tuy nhiên do độ cận quá cao với trục nhãn cầu dài và trang thiết bị chưa đáp ứng nên tín hiệu thu được có độ tin cậy thấp. Do đó kết quả OCT mà chúng tôi đưa ra có độ tin cậy không cao. Trong nghiên cứu, chiều dày lớp sợi thần kinh (RNFL) quanh gai trung bình ở mắt glôcôm góc mở nguyên phát có cận thị nặng là $64.16 \pm 18.46\mu\text{m}$, với chiều dày giảm dần từ phía trên, dưới, mũi và phía thái dương.

Bảng 3: so sánh độ dày lớp sợi thần kinh so với tác giả khác

	Wang và cộng	B.T.V.Anh và
--	--------------	--------------

	sự [2] (22 mắt HM- POAG)	B.T.Dịu (31 mắt HM- POAG)
RNFL trung bình	82.27 ± 15.35	64.16 ± 18.46
RNFL dưới	104.42 ± 18.57	66.97 ± 31.52
RNFL trên	88.92 ± 25.88	77.06 ± 30.85
RNFL mũi	62.25 ± 14.86	59.29 ± 20.22
RNFL thái dương	73.50 ± 21.11	53.68 ± 22.66

Độ dày lớp sợi thần kinh của nhóm nghiên cứu thấp hơn nhiều so với nhóm nghiên cứu của Wang và cộng sự ở cả bốn góc phần tư và trung bình mặc dù có sự tương đồng về nhóm tuổi của Wang là 37.59 ± 7.03 tuổi, tuổi trung bình của chúng tôi là 32 ± 15.80 tuổi [2]. Nguyên nhân là do Wang chỉ khảo sát trên nhóm bệnh nhân có khúc xạ từ -6D đến -12D còn nhóm nghiên cứu của chúng tôi với khúc xạ từ -3.375D đến -28.875D. Thêm nữa có thể còn không có sự tương xứng về giai đoạn bệnh glôcôm ở hai nhóm nghiên cứu. Lớp sợi thần kinh trên các mắt trong nghiên cứu bị tổn hại do có hai nguyên nhân là cận thị nặng và glôcôm nên chiều dày lớp sợi thần kinh thấp hơn rất nhiều nhóm chỉ có glôcôm góc mở nguyên phát hay cận thị nặng.

Kết quả nghiên cứu còn cho thấy, ở mắt glôcôm cận thị nặng có vùng teo quanh gai β rộng với trung bình 7.03 ± 3.18 cung giờ trong đó có 8/38 mắt có vùng teo quanh gai β trên cả 12 cung giờ và không mắt nào có vùng teo dưới 3 cung giờ. Diện tích và mức độ teo quanh gai β có mối tương quan đồng biến khá chặt với khúc xạ và chiều dài trục nhãn cầu. Vùng teo quanh gai β vốn đặc trưng cho những tổn thương của bệnh glôcôm. Tuy nhiên trong mắt cận thị nặng xuất hiện vùng teo gamma (γ) và delta (δ). Hai vùng này khi thăm khám thông thường và ảnh chụp đáy mắt thường khó phân biệt với vùng teo β. Do đó ngoài diện teo quanh gai anpha (vùng có lộ củng mạch) thì các phần teo quanh gai khác trên lâm sàng thường được gọi chung là vùng teo β. Do đó vùng teo β vốn dĩ không tương quan với khúc xạ và chiều dài trục nhãn cầu nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi, mối tương quan này khá chặt với tương quan đồng biến với trục nhãn cầu $R = 0.576$ ($p < 0.001$), $R = 0.567$ ($p < 0.001$) và diện tích vùng teo β tương quan nghịch biến với khúc xạ $R = -0.392$ ($p = 0.15$).

Tuy nhiên, khi đánh giá về mức độ teo quanh gai theo chu vi đĩa thị và so sánh với nghiên cứu trên nhóm mắt cận thị nặng đơn thuần trong nghiên cứu của tác giả Lan NT. (2016) chúng tôi nhận thấy mức độ teo quanh gai β trong nghiên

cứu này nhiều hơn và nặng nề hơn nghiên cứu trước [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào tổn thương dưới 3 cung giờ và 31,6% có tổn thương hơn 9 cung giờ trong khi nghiên cứu của Lan NT. 47,83% trường hợp tổn thương dưới 3 cung giờ và chỉ 2,9% trường hợp tổn thương trên 9 cung giờ. Hơn nữa khu vực có teo β trên mắt cận thị nặng đơn thuần chủ yếu ở phía thái dương còn trên mắt cận thị nặng có kết hợp glôcôm thì tổn thương có thể xuất hiện trên 360° quanh gai thị. Điều đó chứng tỏ rằng diện tích teo quanh gai beta chịu ảnh hưởng nhiều của bệnh lý glôcôm, tăng hơn nhiều so với cận thị nặng đơn thuần. Đặc biệt khi đánh giá vùng teo quanh gai beta, nếu thấy vùng teo xuất hiện ở vùng khác ngoài góc thái dương chúng ta cần lưu ý đến còn có vùng teo β của bệnh lý glôcôm phối hợp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số mắt có đĩa thị nghiêng chiếm 44.7% với tỉ lệ nghiêng trung bình của cả nhóm là 1.30 ± 0.20 . Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Park trên đối tượng là 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 [4]. Nghiên cứu về tỉ lệ đĩa thị nghiêng trên đối tượng mắt cận thị nặng, tác giả Lan NT thống kê thấy tỉ lệ đĩa thị nghiêng là 42.25%. Đĩa thị nghiêng làm che khuất một phần khu vực lõm đĩa làm việc đánh giá các tổn thương đầu thị thần kinh trên lâm sàng khó chính xác. Và như vậy, với tỉ lệ đĩa thị nghiêng chiếm gần một nửa đối tượng nghiên cứu cho chúng ta thấy đĩa thị nghiêng rất phổ biến trên mắt cận thị nặng gây ra những khó khăn cho chẩn đoán và theo dõi bệnh glôcôm trên những đối tượng này.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, thì tỉ lệ đĩa thị có xoắn là khá cao 52.6%. Trong số đó, hướng xoắn chủ yếu là xoắn xuống dưới (thái dương dưới) với 26 mắt tương ứng 68.4%; góc xoắn trung bình là $17.42^\circ \pm 16.34$ với giá trị nhỏ nhất là 1.64° và lớn nhất là 85.6° . Tỉ lệ đĩa thị xoắn trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn tỉ lệ này trong nghiên cứu của Park trên nhóm mắt glôcôm nhãn áp không cao có cận thị nặng là 75.9% với góc xoắn trung bình là $18.04 \pm 25.00^\circ$ [4]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng có chung nhận định với nghiên cứu của Park khi thấy rằng đa số các trường hợp đĩa thị bị xoắn xuống dưới. Điều này khiến cho các sợi trục của tế bào hạch võng mạc bị xoắn vặn và di lệch nhiều khiến cho các tổn thương có thể dễ xảy ra hơn và vị trí tổn thương trên thị trường có rất nhiều thay đổi.

3.3 Đánh giá liên quan của một số yếu tố Tuổi và giới đến những biến đổi đầu thị thần kinh

Bảng 4. Mối liên quan giữa tuổi, giới với những biến đổi đầu thị thần kinh

Đặc điểm	Liên quan tuổi		Liên quan giới		
	R	p	Nam	Nữ	p
Diện tích đĩa thị	-0.362	0.026	71200 ± 27690	83500 ± 38076	0.267
Diện tích viền thần kinh	0.136	0.415	28500±30126	30300 ± 26416	0.849
Tỉ lệ lõm đĩa trung bình	-0.263	0.111	0.69 ± 0.21	0.63 ± 0.25	0.478
Diện tích teo quanh gai β	0.383	0.018	106000±185242	69200 ± 56817	0.412
Mức độ teo quanh gai (cung giờ)	0.203	0.222	6.75 ± 3.21	7.33 ± 3.22	0.580
Tỉ lệ nghiêng	0.055	0.744	1.32 ± 0.18	1.27 ± 0.21	0.398
Độ xoắn	0.018	0.915	20.35 ± 21.30	14.17 ± 7.25	0.249
Chiều dày RNFL trung bình	0.088	0.639	57.82 ± 12.03	71.86 ± 22.18	0.047

Theo bảng trên ta thấy hầu hết những biến đổi đầu thị thần kinh ở bệnh nhân glôcôm góc mở nguyên phát có cận thị nặng đều không có mối liên quan đến tuổi trừ mối liên quan không chặt chẽ giữa tuổi với diện tích đĩa thị (ngược biến) và diện tích teo quanh gai β (đồng biến). Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi hầu như không có mối tương quan với các thông số đầu thị thần kinh mặc dù tuổi là một yếu tố nguy cơ của bệnh glôcôm góc mở nguyên phát. Điều này có thể do nhóm tuổi nghiên cứu còn trẻ 32

±15.80 đồng thời giai đoạn bệnh giữa nhóm tuổi không tương đồng nên các thông số không có sự liên quan.

Trong nghiên cứu chúng ta thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các thông số của đầu thị thần kinh giữa hai nhóm nam và nữ. Điều này cũng phù hợp với dịch tễ học của bệnh glôcôm đó là giới tính không phải yếu tố nguy cơ của cả hai bệnh glôcôm và cận thị nặng bệnh.

Mối liên quan với khúc xạ, trục nhãn cầu

Bảng 5. Mối liên quan giữa mức độ khúc xạ với những biến đổi đầu thị thần kinh

Đặc điểm	Độ cận			Trục nhãn cầu		
	> -10D	≤ -10D	p	< 28mm	≥28mm	p
Diện tích đĩa thị	75000 ± 31700	82200 ± 37646	0.585	74200± 31120	85100±38914	0.438
Diện tích viền thần kinh	27500± 23125	34000 ± 38597	0.522	26900±22920	36400±39845	0.366
Tỉ lệ lõm đĩa	0.67 ± 0.20	0.64 ± 0.29	0.649	0.68 ± 0.20	0.62±0.30	0.470
Diện tích teo β (pixel)	50600± 46160	181000± 230538	0.007	48800± 46181	199000± 234634	0.002
Mức độ teo β (cung giờ)	6.22 ± 2.72	9.00 ± 3.50	0.032	6.14± 2.70	9.50 ±3.24	0.011
Tỉ lệ nghiêng	1.28 ± 0.20	1.33 ± 0.20	0.523	1.28 ± 0.19	1.34 ± 0.20	0.386
Độ xoắn(°)	19.93 ± 18.17	11.27 ± 8.38	0.052	19.69 ± 17.81	11.05 ± 9.17	0.061
Chiều dày RNFL t/ bình	62.86 ± 14.46	66.90 ± 25.67	0.651	60.59 ± 14.54	72.89± 24.53	0.093

Bảng trên cho chúng ta thấy tỉ lệ nghiêng giữa hai nhóm khúc xạ là gần như nhau. Độ xoắn của hai nhóm khúc xạ mặc dù có sự chênh lệch đáng kể (độ xoắn trung bình tương ứng là 19,93 ± 18,17 và 11,27 ± 8,38, tuy nhiên sự chênh lệch này cũng không có ý nghĩa thống kê, với p=0,052). Tuy nhiên khúc xạ lại có tương quan khá chặt với vùng teo quanh gai β: tương quan nghịch biến với diện tích teo quanh gai β (R= -0,704, p< 0,001), với mức độ teo quanh gai β (R= -0,527, p= 0,001), biểu hiện trên bảng trung bình diện tích và số cung giờ teo β của 2 nhóm khúc xạ có sự khác biệt đáng kể, có ý nghĩa thống kê với p lần lượt là 0,007 và 0,032.

Với những thông số còn lại như diện tích đĩa thị, diện tích viền thần kinh, tỉ lệ lõm đĩa hay chiều dày lớp sợi thần kinh trung bình đều không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm khúc xạ.

Cũng giống như mối tương quan giữa khúc xạ, trục nhãn cầu không có ảnh hưởng rõ rệt lên tỉ lệ nghiêng, độ xoắn, tuy nhiên có sự tương quan đồng biến khá chặt chẽ với diện tích và mức độ teo quanh gai β với R tương ứng là 0.576 (p< 0.001) và 0.567 (p< 0.01). Trong nghiên cứu ta thấy trung bình diện tích và mức độ teo quanh gai β của mắt có trục nhãn cầu trên 28mm lớn hơn hẳn so với nhóm có trục

nhấn cầu dưới 28mm, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p là 0.002 và 0.011. Các thông số còn lại của đĩa thị đều không tương quan với chiều dài trục nhãn cầu, sự khác biệt các thông số đó cũng không có ý nghĩa thống kê giữa hai phân nhóm trục trên và dưới 28mm.

Kết quả của chúng tôi cho thấy, khúc xạ và chiều dài trục nhãn cầu có mối tương quan khá chặt chẽ với diện tích cũng như mức độ teo quanh gai β . Sự tương quan này phù hợp với nghiên cứu trước đó của Park và cộng sự với tương quan giữa diện tích teo quanh gai β và trục nhãn cầu [4] và nghiên cứu của N.T. Lan [3].

Mức độ xoắn của đĩa thị không tương quan với khúc xạ và chiều dài trục nhãn cầu nhưng lại có sự khác nhau rõ rệt giữa hai nhóm khúc xạ (nhóm mắt có trục nhãn cầu < 28mm, độ cận nhỏ hơn 10D có góc xoắn trung bình là $19,69 \pm 17,81$ và $19,93 \pm 18,17$ trong khi nhóm có trục nhãn cầu ≥ 28 mm và nhóm có độ cận lớn hơn 10D có góc xoắn thấp hơn rất nhiều trung bình là $11,05 \pm 9,17$ và $11,27 \pm 8,38$). Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Park với độ xoắn của đĩa thị tương quan nghịch biến với chiều dài trục nhãn cầu [4]. Tuy nhiên, độ nghiêng cũng như tỉ lệ nghiêng của đĩa thị lại lớn hơn và gặp nhiều hơn ở mắt có trục nhãn cầu dài hơn với độ cận thị cao hơn. Kết quả này tương đồng với kết quả của Lan NT [3] khi khẳng định trục nhãn cầu chính là yếu tố nguy cơ của đĩa thị nghiêng.

Diện tích đĩa thị trong nghiên cứu của chúng tôi có mối tương quan đồng biến với chiều dài trục nhãn cầu ($R = 0.373$, $p = 0.021$). Ở mắt có độ cận cao hơn, trục nhãn cầu dài hơn cũng cho thấy có diện tích đĩa thị lớn hơn. Do đó, mặc dù tỉ lệ lõm đĩa thị lớn hơn ở nhóm có trục nhãn cầu ngắn hơn, độ cận thấp hơn nhưng diện tích viền thần kinh lại lớn hơn ở nhóm còn lại. Kết quả này một lần nữa lại khẳng định khi đánh giá đĩa thị của bệnh nhân glôcôm có cận thị nặng với diện tích lớn thì việc đánh giá diện tích viền thần kinh quan trọng hơn nhiều với tỉ lệ lõm đĩa.

Chiều dày lớp sợi thần kinh không có sự khác biệt giữa các mức độ khúc xạ và chiều dài trục nhãn cầu trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả này khác biệt với nghiên cứu của Lan NT [3]. Tuy nhiên tác giả này chỉ nghiên cứu trên nhóm đối tượng là cận thị. Còn đối tượng của chúng tôi có thêm bệnh glôcôm góc mở nguyên phát, một bệnh lý gây giảm chiều dày lớp sợi thần kinh rất nhiều tùy theo giai đoạn bệnh. Do không có sự tương đồng về giai đoạn bệnh ở các đối tượng và mức độ khúc xạ nên

chúng tôi không tìm thấy sự tương quan là điều hiển nhiên. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chiều dày lớp sợi thần kinh lại tương quan khá chặt với hai chỉ số là tỉ lệ lõm đĩa ($R = -0.525$, $p < 0.001$) và MD ($R = 0.452$, $p = 0.014$), hai chỉ số quan trọng đánh giá giai đoạn bệnh. Do đó, trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số chiều dày lớp sợi thần kinh liên quan nhiều đến tổn thương do bệnh glôcôm hơn là mức độ cận thị. Chính vì vậy, khi đánh giá chiều dày lớp sợi thần kinh, chúng ta nên quan tâm đến tổn thương tương ứng của bệnh glôcôm nhiều hơn.

Ảnh hưởng của đĩa thị nghiêng và xoắn với những biến đổi đầu thị thần kinh. 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 nhiều 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. Do đó đĩa thị nghiêng thực sự là một khó khăn lớn cho chẩn đoán bệnh glôcôm. Nếu như đĩa thị nghiêng gặp ở nhóm có trục nhãn cầu dài hơn, độ cận cao hơn thì đĩa thị xoắn lại gặp trong nhóm có độ cận thấp hơn với trục nhãn cầu ngắn hơn. Đĩa thị xoắn có diện tích đĩa thị nhỏ hơn, diện tích viền thần kinh nhỏ hơn, với lõm gai rộng hơn, tỉ lệ nghiêng lớn hơn cùng lớp sợi thần kinh mỏng hơn mắt không có xoắn đĩa thị. Mặc dù diện tích vùng teo quanh gai beta nhỏ hơn nhưng mức độ teo quanh gai beta lại nhiều hơn mắt không có xoắn đĩa thị. Nếu vùng dẫn lỗi này không bao gồm đĩa thị, thì đĩa thị sẽ bị nghiêng và xoắn vạy nhiều hơn nhưng lại có diện tích nhỏ hơn và vùng teo quanh gai beta nhỏ. Trong khi đó nếu vùng dẫn lỗi bao gồm cả đĩa thị thì đĩa thị lớn, kèm theo vùng teo beta rộng hơn nhưng độ xoắn lại nhỏ [5]. Nghiên cứu của chúng tôi một lần nữa khẳng định giả thiết này.

V. KẾT LUẬN

Trên các mắt cận thị nặng đầu thị thần kinh thường có biểu hiện xoắn, nghiêng trên nền gai thị to, lõm đĩa rộng, độ dày lớp sợi thần kinh mỏng và teo quanh gai beta rộng. Việc chẩn đoán xác định và theo dõi tiến triển glôcôm thường khó khăn do tổn thương của đầu thị thần

kinh chịu sự tác động của cả cận thị và glôcôm nên thường có biểu hiện không đặc hiệu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jonas JB, Dichtl A.(1997), Optic disc morphology in myopic primary open-angle glaucoma. *Ophthalmol*; 235(10): 627-33
2. WANG Xiao-en, WANG Xiao-yu, GU Yang-shun et al. (2013), Retinal nerve fiber layer in primary open-angle glaucoma with high myopia determined by optical coherence tomography and scanning laser polarimetry RNFL 2013. *Chin Med*; 126 (8), 1425-1429
3. Lan NT (2016), Khảo sát đặc điểm OCT đĩa thị giác- hoàng điểm trên bệnh nhân cận thị, Luận án thạc sỹ y học, Nhân khoa, Đại học Y Hà Nội.
4. 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
5. 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.

ĐÁNH GIÁ NHU CẦU PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SỚM CỦA NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUỴ GIAI ĐOẠN CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH VINH PHÚC NĂM 2017

Nguyễn Thị Hải Yến¹, Đỗ Đào Vũ², Nguyễn Đăng Vững³

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm tìm hiểu thực trạng nhu cầu phục hồi chức năng (PHCN) sớm của người bệnh đột quỵ giai đoạn cấp tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Vinh Phúc năm 2017. Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 122 người bệnh hoặc người nhà bệnh nhân bị đột quỵ giai đoạn cấp, có tình trạng thiếu sót chức năng thần kinh không còn tiến triển. Kết quả cho thấy nhu cầu về PHCN hô hấp chiếm tỷ lệ cao 85-86% so với nhu cầu tập tăng cường vận động, tập vỗ rung 72-73% và tập thở khoảng 66%. Nhu cầu PHCN phòng tắc mạch bằng tăng cường vận động chiếm 92,6%, trong khi người bệnh chỉ có nhu cầu 64-82% ở nội dung vận động tay chân bên liệt và tay chân hai bên. Đối với hướng dẫn tư thế đúng trong PHCN, người bệnh có nhu cầu cao nhất ở nội dung tăng cường vận động chiếm 91,0%. Nhu cầu của người bệnh được vận động trị liệu tay, chân liệt chiếm tỷ lệ cao nhất 82,8%, nhưng nhu cầu tập ngồi, đứng và đi chỉ khoảng 70%.

Từ khóa: đột quỵ, phục hồi chức năng, kỹ thuật viên, Vinh Phúc

SUMMARY

SITUATION OF ACUTE STROKE PATIENTS' DEMAND FOR EARLY AT VINH PHÚC GENERAL HOSPITAL IN 2017

The study aims to investigate the situation of acute stroke patients' demand for early rehabilitation at Vinh Phuc general hospital in 2017. A cross sectional study was conducted on 122 patients with acute strokes and nonprogressive neurological deficits or their family members. The findings showed that there was a high demand for respiratory rehabilitation with 85-86% compared to the need of physical therapists, chest physical therapy 72-73% and breathing exercises with 66%. While 92.6% of the patients required the instruction about embolism prevention by movement enhancement, physical therapists met the need of only 64-82% of the patients in terms of limbs exercises on the paralyzed side and limbs bilaterals. As far as posture correction concerned, the patients have the highest demand for movement enhancement (91.0%), but the physical therapists' response was 67.0%. The patients gave the top priority to physical therapy have the highest for hands and legs (82.82%), But the demand for sitting, standing and walking is only about 70%.

¹ Bệnh viện Phục hồi chức năng tỉnh Vinh Phúc

² Bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội

³ Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hải Yến

Email: nguyenhaiyen171184@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 2.3.2018

Ngày duyệt bài: 14.3.2018

Keywords: stroke, rehabilitation, Physical therapy, Vinh Phuc.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ (*Stroke*) còn gọi là tai biến mạch máu não, được Tổ chức Y tế thế giới định nghĩa là "tình trạng bệnh lý não biểu hiện bởi các thiếu sót chức năng thần kinh xảy ra đột ngột với các triệu chứng khu trú hơn là lan tỏa, tồn tại quá 24 giờ hoặc gây tử vong trong 24 giờ, loại trừ nguyên nhân chấn thương sọ não" [1]. Khi bị đột quỵ, người bệnh có thể bị những di chứng nặng nề như viêm phổi, trầm cảm, co cứng các chi, liệt nửa người,... thậm chí tử vong. Do đó, người bệnh đột quỵ cần được chẩn đoán nhanh, chính xác, sử dụng thuốc đúng, đủ, kịp thời và được chăm sóc phục hồi chức năng (PHCN) sớm, đặc biệt ngay từ giai đoạn cấp của bệnh [2]. Tuy nhiên, công tác PHCN sớm cho người bệnh còn chưa được quan tâm đúng mức, thể hiện ở việc hạn chế về nhận thức của người bệnh và đầu tư nhân lực cho công tác này. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả thực trạng nhu cầu phục hồi chức năng sớm của người bệnh và người nhà bệnh nhân đột quỵ giai đoạn cấp tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Vinh Phúc năm 2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2. Đối tượng nghiên cứu

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh hoặc người nhà bệnh nhân đột quỵ giai đoạn cấp từ 18 tuổi trở lên, điều trị tại 02 khoa là nơi nhận và điều trị cho người bệnh đột quỵ giai đoạn cấp: Nội thần kinh và Hồi sức tích cực của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vinh Phúc, có tình trạng thiếu sót chức năng thần kinh không còn tiến triển.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh hoặc người nhà bệnh nhân đột quỵ không có khả năng nghe, nói bình thường và chưa đủ 18 tuổi theo năm sinh dương lịch; Người bệnh đột quỵ là thân nhân của nhân viên bệnh viện; Người bệnh đột quỵ đã qua giai đoạn cấp; Người nhà bệnh nhân không thường xuyên chăm sóc người bệnh tại bệnh viện; Đối tượng không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Đề tài được thực hiện tại 02 khoa Nội Thần kinh và Hồi sức tích cực của bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc từ 5/2017 đến tháng 5/2018.

2.4. Cỡ mẫu và chọn mẫu

2.4.1. Cỡ mẫu: Lấy cỡ mẫu toàn bộ, thuận tiện có chủ đích những người bệnh đột quỵ giai đoạn cấp đang nằm điều trị nội trú tại 2 khoa Nội Thần kinh và Hồi sức tích cực, có 122 người bệnh đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

2.4.2. Chọn mẫu: Tất cả bệnh nhân điều trị tại 02 khoa Nội Thần kinh và Hồi sức tích cực Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc từ 18 tuổi trở lên, không phân biệt giới tính, được chẩn đoán đột quỵ giai đoạn cấp. Được khám lâm sàng, làm đầy đủ các xét nghiệm: chẩn đoán hình ảnh (chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ) và các xét nghiệm máu, nước tiểu.

Vật liệu và công cụ nghiên cứu: Mẫu bệnh án nghiên cứu, phiếu phỏng vấn; mẫu đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chí chẩn đoán đột quỵ giai đoạn cấp: Đột quỵ được chẩn đoán theo định nghĩa của Tổ chức y tế thế giới [1] và thời gian bị bệnh dưới 6 tuần kể từ ngày khởi phát cơn đột quỵ.

Các chỉ số đánh giá: Tuổi, giới, điểm mức độ nặng của đột quỵ theo thang điểm National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS); các nhu cầu người bệnh/người nhà và mức đáp ứng nhu cầu về các nội dung: PHCN hô hấp, PHCN phòng tắc mạch, PHCN tư thế đúng, PHCN vận động.

2.5. Xử lý và phân tích số liệu: Phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 16.0. Sử dụng các thuật toán thống kê mô tả để mô tả tần số, tỷ lệ % với các biến định tính; tính trung bình và độ lệch chuẩn với các biến định lượng.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Đề tài được thông qua Hội đồng khoa học đạo đức của trường Đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

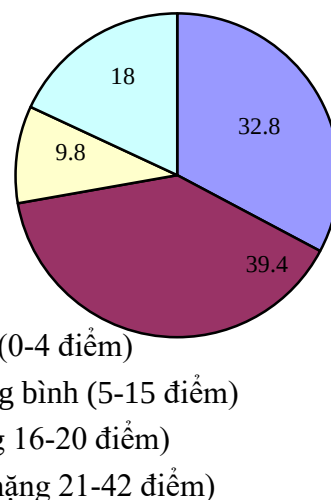
Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân theo tuổi và giới (số lượng = 122)

Giới	Nam		Nữ	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
	67	54,9	55	45,1
Tuổi (trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn)	71,5 $\pm$ 14,9			

Tỷ lệ nam và nữ là tương đồng với 54,9% người bệnh nữ và 45,1% người bệnh nam.

Số người bệnh đột quỵ mức độ nặng và rất nặng chiếm 27,8%, trong tình trạng hôn mê

hoặc cần thở máy được điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực.



Hình 1. Phân loại mức độ đột quỵ của người bệnh theo thang điểm NIHSS

Bảng 2. Nhu cầu phục hồi chức năng hô hấp của người bệnh đột quỵ giai đoạn cấp (n=122)

Nội dung PHCN hô hấp	Có nhu cầu PHCN hô hấp	Có nhu cầu hỗ trợ thực hiện
Vỗ rung lồng ngực	88 72,1%	90 73,8%
Tập thở	81 66,3%	82 66,3%
Tăng cường vận động	104 85,3%	105 86,1%
Uống ít nhất 2 lít nước mỗi ngày	76 62,3%	73 60,3%

Các nhu cầu về bài tập PHCN hô hấp đơn giản như tăng cường vận động chiếm tỷ lệ cao nhất 85% so với các bài tập chuyên sâu vỗ rung, tập thở 66-72%.

Bảng 3. Nhu cầu phục hồi chức năng phòng tắc mạch ở người bệnh đột quỵ giai đoạn cấp (n=122)

Nội dung PHCN phòng tắc mạch	Có nhu cầu PHCN phòng tắc mạch	Có nhu cầu hỗ trợ thực hiện
Vận động tay, chân 2 bên	79 64,7%	81 66,4%
Vận động tay, chân liệt	101 82,8%	101 82,8%
Tăng cường vận động	113 92,6%	112 91,8%

Nhu cầu PHCN tăng cường vận động chiếm tỷ lệ cao nhất 113/122 (92,6%).

Bảng 4. Nhu cầu phục hồi chức năng tư thế đúng của người bệnh đột quỵ giai đoạn cấp (n=122)

Nội dung PHCN tư thế đúng	Có nhu cầu PHCN tư thế đúng	Có nhu cầu hỗ trợ thực hiện
Vị thế nằm đúng trên giường	82 67,2%	81 66,9%
Tăng cường vận động	111 91,0%	112 91,8%

Nhu cầu PHCN tư thế đúng của người bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất là tăng cường vận động chiếm cao nhất 91,0%.

Bảng 5. Nhu cầu luyện tập phục hồi chức năng của người bệnh đột quỵ giai đoạn cấp (n=122)

Nội dung luyện tập PHCN vận động	Có nhu cầu PHCN vận động	Có nhu cầu hỗ trợ thực hiện
Vận động tay, chân 2 bên	77 63,1%	78 63,9%
Vận động tay, chân liệt	101 82,8%	101 82,8%
Tập ngồi	88 72,1%	85 69,7%
Tập đứng	85 69,7%	84 68,9%
Tập đi	85 69,7%	84 68,9%

Nhu cầu PHCN vận động tay, chân liệt chiếm tỷ lệ cao nhất với 82,8%, trong khi nhu cầu tập ngồi, đứng và đi chiếm tỷ lệ thấp hơn khoảng 70%.

IV. BÀN LUẬN

Theo kết quả từ một số nghiên cứu thì nhu cầu PHCN hô hấp ở người bệnh đột quỵ giai đoạn cấp là rất lớn vì người bệnh đột quỵ thường có những bệnh lý đường hô hấp do hậu quả của nằm lâu và ít vận động như viêm phổi, tắc nghẽn đường thở do ứ đọng đờm dãi [3-5]. Việc này có thể ngăn ngừa bằng cách PHCN hô hấp như uống đủ nước để làm long các chất dịch quản, tập thở, vận động sớm, ngồi dậy trên giường, vỗ rung lồng ngực hàng ngày để người bệnh dễ khạc đờm, dãi. Về mặt chuyên môn, KTV vật lý trị liệu hoàn toàn có thể đáp ứng được các nhu cầu của người bệnh về nội dung PHCN hô hấp, tuy nhiên về nhân lực KTV chưa đáp ứng được đầy đủ so với nhu cầu của người bệnh cũng như số lượng lớn bệnh nhân đột quỵ đang điều trị tại 02 đơn vị trên. Trong nghiên cứu có khoảng 66-72% người bệnh có nhu cầu vỗ rung lồng ngực và tập thở, còn lại khoảng 85% NB có nhu cầu tăng cường vận động; khác với nghiên cứu của tác giả Hoàng Ngọc Thắm: 21,8% NB có nhu cầu

tập thở, 60,9% NB có nhu cầu vỗ rung lồng ngực và tăng cường vận động, 41,4% người bệnh có nhu cầu uống đủ nước mỗi ngày [2].

Một nghiên cứu tại Singapore tìm hiểu tỷ lệ mới mắc huyết khối tĩnh mạch sâu trên 111 người bệnh sau đột quỵ bằng siêu âm Duplex cho thấy tỉ lệ huyết khối tĩnh mạch sâu vào ngày 7-10 sau khởi phát đột quỵ là 30%; vào ngày 25-30 sau khởi phát đột quỵ là 45% [7]. Huyết khối tĩnh mạch sâu trên người bệnh đột quỵ cấp thường không có triệu chứng, có thể xảy ra thuyên tắc phổi mà không có dấu hiệu lâm sàng [2]. Do đó phòng ngừa tắc mạch trong đó có phòng biến chứng huyết khối tĩnh mạch sâu trong thời gian hồi phục sớm sau cơn đột quỵ cấp là nhu cầu cấp thiết. So với nghiên cứu của tác giả khác, tỷ lệ người bệnh có nhu cầu phòng ngừa tắc mạch trong nghiên cứu của chúng tôi là 92,6% khá tương đồng với 87,4% của nghiên cứu Hoàng Ngọc Thắm và cộng sự [2].

Biến chứng thường gặp và ảnh hưởng xấu đến chức năng của người bệnh đột quỵ sau này là sự co cứng của các chi với mẫu điển hình là co cứng gập ở chi trên và co cứng duỗi ở chi dưới [3-5]. Do đó, người cần sớm được thực hiện chăm sóc tư thế đúng. KTV cần hướng dẫn và hỗ trợ người nhà bệnh nhân thường xuyên vận động tay, chân liệt của người bệnh và luôn chú ý đặt người bệnh nằm đúng tư thế trên giường với bên liệt ra ngoài, tay liệt giữ ở vị thế duỗi, chân liệt gập nhẹ với một gối nhỏ đặt dưới khoeo chân.... Kết quả nghiên cứu chúng tôi thấy, tỷ lệ có nhu cầu tăng cường vận động chiếm 91% cao hơn 67,2% nhu cầu tư thế nằm đúng trên giường. Điều này cho thấy, trong chăm sóc dự phòng co cứng các chi, nhu cầu tập bằng các biện pháp tăng cường vận động được quan tâm nhiều hơn so với chăm sóc về tư thế đúng cho người bệnh.

Hướng dẫn tư thế đúng có thể xem là nhu cầu cơ bản của người bệnh và KTV cần sử dụng nhiều kỹ thuật chuyên môn về PHCN ở các vị trí, tư thế khác nhau (nằm, ngồi, đi, đứng) và tùy thuộc vào từng giai đoạn liệt của NB [3-7]. Có 67,2% người bệnh trong nghiên cứu có nhu cầu ở nhóm nội dung này, thấp hơn nghiên cứu của tác giả Hoàng Ngọc Thắm (98,9%) [2]. Tỷ lệ người bệnh có nhu cầu PHCN vận động tay, chân liệt chiếm tỷ lệ cao nhất với 82,8%, trong khi nhu cầu tập ngồi, đứng và đi chiếm tỷ lệ thấp hơn khoảng 70%. Như vậy, nhu cầu PHCN cho người bệnh sau đột quỵ giai đoạn cấp là rất lớn. Do đó, cần có sự quan tâm hơn nữa từ cán bộ y tế tại các đơn vị chăm sóc cho người bệnh giai

đoạn cấp và cả nhân viên y tế làm công tác PHCN. Sự phối hợp của các chuyên khoa nói chung cũng như tinh thần chủ động của nhân viên y tế thuộc chuyên ngành PHCN là yếu tố quan trọng giúp cho hoạt động đánh giá nhu cầu và chăm sóc PHCN tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

Nhu cầu về phục hồi chức năng hô hấp chiếm tỷ lệ cao khoảng 85% so với nhu cầu tập tăng cường vận động, tập vỗ rung 72% và tập thở 66%. Nhu cầu phục hồi chức năng phòng tắc mạch bằng tăng cường vận động chiếm cao nhất 92,6%, trong khi ở nội dung vận động tay chân hai bên chỉ chiếm 64-66%. Hướng dẫn tư thế đứng trong phục hồi chức năng, người bệnh có nhu cầu cao nhất ở nội dung tăng cường vận động chiếm 91%, nhưng nhu cầu vị thế đứng trên giường chỉ ở mức khoảng 67%. Nhu cầu của người bệnh được vận động trị liệu tay, chân bên liệt chiếm tỷ lệ cao nhất 82,8%, trong khi nhu

cầu tập ngồi, đứng và đi chiếm tỷ lệ thấp hơn khoảng 70%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American Nurses Association**, Optimal Nurse Staffing to Improve Quality of Care and Patient Outcomes: Executive Summary; 2015; 250-310.
2. **Hoàng Ngọc Thắm**. Thực trạng nhu cầu và chăm sóc phục hồi chức năng cho người bệnh đột quỵ giai đoạn cấp của điều dưỡng viên tại bệnh viện đa khoa tỉnh Đắk Lắk năm 2012. Luận văn Thạc sỹ Quản lý bệnh viện, 2012; Đại học Y tế công cộng HN.
3. **Nguyễn Văn Chương**. Bài giảng Đại cương đột quỵ não, NXB y học, 2010;
4. **Trần Văn Chương**. Kết quả phục hồi chức năng vận động và các hoạt động tự chăm sóc của người bệnh liệt nửa người do tai biến mạch máu não. Tạp chí Y học lâm sàng, 2006; 11, 47-50.
5. **Nguyễn Thị Huệ và Vũ Thị Bích Hạnh**. Tỷ lệ thương tật thứ cấp ở bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não giai đoạn sớm. Nghiên cứu y học, 2008; 2(54): 63-67.
6. **Phan Thái Nguyên và Vũ Anh Nhị**. Biến chứng thường gặp trong tuần lễ đầu trên bệnh nhân đột quỵ não cấp. Tạp chí Y học thực hành, 2009; 13(1): 30-36.
7. **De Silva DA**. Deep vein thrombosis following ischemic Stroke among Asian", Cerebrovasc Dis, 2006; 22: 245 - 250.

YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SUY HÔ HẤP Ở BỆNH NHÂN TRẺ EM BỊ VIÊM PHỔI DO CÚM A H1N1

Hà Mạnh Tuấn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhi bị viêm phổi do cúm A H1N1 và các yếu tố ảnh hưởng đến suy hô hấp. **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca dựa trên hồ sơ bệnh án của bệnh nhân nhiễm cúm AH1N1 được xác định bằng xét nghiệm PCR điều trị tại bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 01/01/2009 đến 31/12/2010. Các trường hợp viêm phổi do cúm AH1N1 đưa vào nghiên cứu. Các biến số chủ yếu là: dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng, tình trạng suy hô hấp, thời gian bắt đầu điều trị kháng virus, kết quả cuối cùng. **Kết quả:** Tổng cộng có 43 ca viêm phổi do cúm AH1N1 trong tổng số 160 ca nhiễm cúm chiếm tỷ lệ 26,8%. Tỷ lệ mắc bệnh ở nam là 51,2%, nữ 48,8%; tuổi ≤ 5 là 83,7%; bệnh nền là 18,6%. Triệu chứng lâm sàng: sốt, ho (95,3%), sổ mũi (58,1%), đau họng (13,9%), thở nhanh (95,3%), rút lõm ngực (27,9%), suy hô hấp (41,9%), nôn ói và tiêu chảy (46,5%). Dấu hiệu cận lâm sàng: tổn thương viêm phổi trên X-quang phổi (72,1%), số lượng bạch cầu ≤ 10.000/mm³ (79,1%), CRP ≤ 10mg/l (58,1%). Thời gian điều trị kháng virus

> 48 giờ và tuổi ≤ 12 tháng có liên quan đến suy hô hấp ($p < 0,05$). **Kết luận:** Viêm phổi do cúm AH1N1 ở trẻ em thường gặp dưới 5 tuổi, với các triệu chứng hô hấp 95%, tiêu chảy 46,5%, suy hô hấp 41,8%, viêm phổi 26,8%; tỷ lệ tử vong là 7%. Để góp phần phòng chống bệnh cúm AH1N1 có hiệu quả ở trẻ em cần lưu ý đến các đối tượng dưới 5 tuổi, đặc biệt là trẻ dưới 12 tháng, các trường hợp có bệnh nền, có triệu chứng tiêu hóa đi kèm và cần phát hiện sớm và điều trị thuốc kháng virus trước 48 giờ các trường hợp nhiễm cúm.

Từ khóa: viêm phổi trẻ em; cúm A H1N1.

SUMMARY

FACTORS RELATING TO RESPIRATORY DISTRESS IN PEDIATRIC PATIENTS WITH PNEUMONIA CAUSED BY INFLUENZA A H1N1

Objective: describe demographic, clinical and laboratory characteristics of pediatric patients with pneumonia caused by influenzae A H1N1 and factors relating to respiratory distress in them. **Study design:** A serial case study based on medical records of patients with influenza AH1N1 infection identified by PCR at Children 's Hospital 2 from 01/01/2009 to 31/12/2010. The cases with pneumonia caused by influenzae AH1N1 were enrolled in the study. Main variables were demographic, clinical, and laboratory findings, respiratory status, starting time of antiviral treatment, end outcome. **Results:** There were 43 cases of pneumonia caused by virus influenzae A H1N1. The rate of pneumonia in male was 51.2%,

*Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Hà Mạnh Tuấn
Email: hamanhluan@ump.edu.vn
Ngày nhận bài: 11.01.2018
Ngày phản biện khoa học: 2.3.2018
Ngày duyệt bài: 13.3.2018

female 48.8%; age ≤ 5 was 83.7%; the rate of having underlying disease was 18.6%. Clinical findings: fever, cough (95.3%), runny nose (58.1%), sore throat (13.9%), rapid breathing (95.3%), chest indrawing (27.9%), respiratory distress (41.9%), vomiting and diarrhea (46.5%). Laboratory findings: abnormal images of pneumonia on chest X-ray (72.1%), white blood cell count $\leq 10,000/\text{mm}^3$ (79.1%), CRP $\leq 10\text{mg/l}$ (58.1%). The starting time of antiviral therapy > 48 hours and age < 12 months were associated with respiratory failure ($p < 0.05$). **Conclusion:** Pneumonia due to influenza AH1N1 in children was commonly found the age under 5 years with the clinical symptoms which were respiratory symptoms 95%, digestive symptoms 46.5%, respiratory distress 41.8%; the mortality rate was 7%. In order to contribute to the effective management of influenza AH1N1 in children, attention should be paid to those under the age of 5, especially those under 12 months, having underlying diseases, and digestive symptoms and early detection and antiviral treatment within first 48 hours of disease.

Key words: pneumonia in children; influenza A H1N1.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cúm là bệnh truyền nhiễm đường hô hấp do virus *influenza* gây ra, dễ gây dịch lớn. Trong lịch sử đã có nhiều đại dịch cúm xảy ra toàn thế giới gây nhiều tử vong. Năm 2009 có đại dịch cúm đầu tiên của thế kỷ 21 kéo dài 14 tháng gây ra bởi virus cúm AH1N1 ảnh hưởng 214 quốc gia và vùng lãnh thổ gây ra 18.449 trường hợp tử vong. Tại Việt Nam, trong đại dịch này ghi nhận 11.305 ca mắc bệnh cúm AH1N1 và 61 trường hợp tử vong trên toàn quốc, trong đó trẻ em chiếm tỷ lệ 18%⁽¹⁾. Bệnh cảnh lâm sàng của cúm đã được mô tả nhiều trong y văn, tuy nhiên có ít nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng của bệnh cúm do virus cúm AH1N1 ở trẻ em. Nghiên cứu này mô tả đặc điểm dịch tễ lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhi bị viêm phổi do cúm AH1N1 nhằm làm rõ thêm bệnh cảnh của cúm AH1N1 ở trẻ em và đóng góp vào việc phòng chống bệnh để cải thiện tiên lượng của bệnh. *Mục Tiêu*

1. *Mô tả các đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, và cận lâm sàng của bệnh nhân viêm phổi do cúm AH1N1.*

2. *Xác định các yếu tố có thể ảnh hưởng đến tình trạng suy hô hấp của bệnh.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loại ca dựa trên hồ sơ bệnh án.

Đối tượng nghiên cứu: Những bệnh nhân bị nhiễm cúm AH1N1 theo định nghĩa ca bệnh của Bộ Y tế⁽¹⁾ điều trị khoa nhiễm bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 01/01/2009 đến 31/12/2010, thỏa những điều kiện sau:

- *Tiêu chuẩn chọn bệnh:* bệnh nhân từ 1 tháng tuổi đến 15 tuổi, được chẩn đoán xác định nhiễm cúm AH1N1 bằng PCR (polymerase chain reaction), và được xác định có viêm phổi trên lâm sàng theo Bộ Y tế⁽¹⁾ và X-quang (hình ảnh bất thường trên X-quang: thâm nhiễm, tổn thương mô kẽ do bác sĩ X-quang xác định).

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* các trường hợp không đầy đủ thông tin ghi trong hồ sơ bệnh án.

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu lấy trọn

Thu thập số liệu: Hồ sơ bệnh án phù hợp với dân số nghiên cứu là nhiễm cúm AH1N1 bằng kỹ thuật PCR được xem xét. Các hồ sơ đủ tiêu chuẩn nghiên cứu sẽ được chọn đưa vào nghiên cứu. Các thông tin sẽ được ghi nhận vào phiếu thu thập dữ liệu với các biến số: dịch tễ, lâm sàng, tình trạng hô hấp, cận lâm sàng, điều trị, kết quả điều trị. Suy hô hấp được xác định bằng tình trạng thở nhanh, có sử dụng cơ hô hấp phụ và $\text{SpO}_2 < 90\%$ (với khí trời).

Xử lý số liệu: Các biến rời sẽ trình bày theo tỷ lệ phần trăm, các biến liên tục trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ SD. Khi so sánh hai tỷ lệ dùng phép kiểm χ^2 hay phép kiểm chính xác Fisher. 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 13.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dịch tễ: Có 160 bệnh nhân nhiễm cúm AH1N1 được xác định theo hướng dẫn của Bộ Y tế⁽¹⁾ và bằng xét nghiệm PCR. Trong đó có 43 trường hợp được xác định là viêm phổi và được đưa vào nghiên cứu. Tỷ lệ nam và nữ là tương đương nhau; tuổi gặp chủ yếu là dưới 5 tuổi (83,7%); hầu hết là dinh dưỡng bình thường. Có 8 trường hợp có bệnh nền là: hen phế quản (5), tim bẩm sinh (1), động kinh (1), bại não (1). Các trường hợp có tiếp xúc nguồn lây hầu hết là từ người thân trong gia đình (bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ

Đặc điểm	Số ca (n = 43)	Tỷ lệ (%)
Giới: Nam	22	51,2
Nữ	21	48,8
Tuổi: 2th – 12 th	8	18,6
12 th – 5 t	28	65,1
> 5 t	7	16,3
Dinh dưỡng		
Bình thường	39	90,7
Có SDD	4	9,3
Nơi sinh sống		
TP. HCM	25	58,1
Tỉnh khác	18	41,9
Bệnh nền	8	18,6
Tiếp xúc nguồn lây	7	16,3

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:

Triệu chứng lâm sàng chính của bệnh nhân là của đường hô hấp: sốt, ho, sổ mũi, đau họng, thở nhanh, co kéo cơ hô hấp và rút lõm lồng ngực. Có 41,9% trường hợp có biểu hiện suy hô hấp. Số lượng bạch cầu trong máu ngoại biên trung bình là $11000 \pm 4500/\text{mm}^3$, thấp nhất là $2.500/\text{mm}^3$ và cao nhất là $25.000/\text{mm}^3$. Thay đổi về CRP không có gì đặc biệt. Tổn thương trên X-quang phổi chủ yếu là hình ảnh đông đặc phổi của viêm phổi (bảng 2). Có 7 trường hợp cấy dịch hút khí phế quản, 2 trường hợp dương tính với vi khuẩn là *Klebsiella spp.* và *Acinetobacter spp.*

Về tình trạng suy hô hấp, trong nghiên cứu này ghi nhận điều trị kháng siêu vi trước 48 giờ, tuổi dưới 12 tháng có tỷ lệ suy hô hấp ít hơn so với điều trị kháng siêu vi sau 48 giờ và tuổi trên 12 tháng có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ bệnh nhân suy hô hấp ở bệnh nhân có triệu chứng tiêu hóa cao hơn so với nhóm không có triệu chứng tiêu hóa, nhưng sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê nhiều ($p=0,09$). Tình trạng suy hô hấp và không suy hô hấp không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê rõ rệt với các biến số khác (bảng 4).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Dấu hiệu	Tần số (n = 43) (%)
Lâm sàng: Sốt	41 (95,3)
Ho	41 (95,3)
Sổ mũi	25 (58,1)
Đau họng	6 (13,9)
Nôn và tiêu chảy	20 (46,5)
Co kéo cơ hô hấp	10 (23,2)
Rút lõm ngực	12 (27,9)
Thở nhanh	41 (95,3)
Tím	4 (9,3)
Ran phổi	43 (100)
Suy hô hấp	18 (41,9)
Cận lâm sàng: Bạch cầu	
$\leq 5.000/\text{mm}^3$	4 (9,3)
$5.000 - 10.000/\text{mm}^3$	30 (69,8)
$> 10.000/\text{mm}^3$	9 (20,9)
CRP: $\leq 10 \text{ mg/l}$	25 (58,1)
$> 10 \text{ mg/l}$	18 (41,9)
Tổn thương X-quang phổi	
Viêm phổi	31 (72,1)
Viêm phế quản phổi	6 (13,9)
Viêm phổi mô kẽ	3 (7,0)
ARDS	3 (7,0)

CRP: C-reactive protein; ARDS: Hội chứng suy hô hấp cấp (acute respiratory distress syndrome)

Bảng 3. Đặc điểm về điều trị

Dấu hiệu	Tần số (n=43) (%)
Thời gian từ lúc khởi phát đến khi điều trị kháng virus	
$\leq 48 \text{ giờ}$	18 (41,9)

$> 48 \text{ giờ}$	25 (58,1)
Kháng virus	43 (100)
Kháng sinh	39 (90,7)
Hỗ trợ hô hấp: Oxy	10 (23,3)
CPAP	5 (11,6)
Thở máy	3 (7,0)
Thời gian điều trị	$12,1 \pm 4,8 \text{ ngày}$
Kết quả: Sống	40 (93,0)
Chết	3 (7,0)

CPAP: Continuous positive airway pressure thở áp lực dương liên tục

Đặc điểm về điều trị: Thời gian bắt đầu điều trị thuốc kháng virus trung bình là $3,5 \pm 1,2$ ngày, điều trị trước 48 giờ là 41,9%. Kháng sinh được chỉ định trong 90,7% trường hợp, chủ yếu là cefotaxim chiếm 87,2%, kể đến carbapenem 10,3% và ciprofloxacin 2,6%. Thời gian điều trị ngắn nhất là 4 ngày và dài nhất là 29 ngày. Có 3 trường hợp tử vong chiếm tỷ lệ 7%, các trường hợp tử vong đều xảy ra trên bệnh nhân có bệnh nền (tim bẩm sinh, động kinh, bại não) (bảng 3).

Bảng 4. So sánh đặc điểm của nhóm có suy hô hấp và không suy hô hấp

Dấu hiệu	SHH (%)		p
	Có (n=18)	Không (n=25)	
Thời gian điều trị kháng virus $> 48 \text{ giờ}$	15 (83,3)	10 (40,0)	0,001
Tuổi $\leq 12 \text{ tháng}$	7 (38,9)	1 (4,0)	0,003
Giới (nam)	8 (44,4)	14 (56,0)	0,455
Bệnh nền	5 (27,7)	3 (12,0)	0,176
Suy dinh dưỡng	3 (16,7)	1 (4,0)	0,167
Triệu chứng tiêu hóa	11 (61,1)	9 (36,0)	0,090
Số lượng BC $< 5000 / \text{mm}^3$	3 (16,7)	1 (4,0)	0,167
CRP $> 10 \text{ mg/l}$	10 (55,6)	8 (32,0)	0,117
Tổn thương viêm phổi trên X-quang	15 (83,3)	16 (64,0)	0,167

IV. BÀN LUẬN

Có 43 ca viêm phổi xác định trên lâm sàng, bằng X-quang phổi và xét nghiệm PCR được đưa vào nghiên cứu trong tổng số 160 ca bệnh nhiễm cúm AH1N1 nhập viện điều trị trong thời gian nghiên cứu chiếm tỷ lệ 26,8%. Tỷ lệ viêm phổi trên bệnh nhân bị nhiễm cúm trong nghiên cứu này cũng tương đương với các nghiên cứu khác về viêm phổi trên bệnh nhân trẻ em bị nhiễm cúm AH1N1 trong đại dịch cúm năm 2009^(3,7). Điều này cho thấy viêm phổi là một trong những biến chứng chiếm tỷ lệ không nhỏ ở trẻ em bị

niễm cúm, và đây cũng là nguyên nhân quan trọng gây tử vong trong cúm ở trẻ em.

Tỷ lệ mắc bệnh không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai giới, điều này cũng ghi nhận trong các khảo sát khác^(3,6,7). Về độ tuổi bị viêm phổi do cúm AH1N1 trong nghiên cứu này chủ yếu là dưới 5 tuổi (83,7%). Độ tuổi này cũng thường gặp trong các nghiên cứu về viêm phổi do cúm ở bệnh nhân trẻ em^(2,3,6,7). Đây là lứa tuổi do sức đề kháng còn kém nên khả năng bị biến chứng viêm phổi do cúm xảy ra cao hơn các nhóm tuổi khác, và có nguy cơ cao tử vong⁽²⁾. Do đó trong chính sách phòng ngừa và xử trí các trường hợp cúm nên tập trung vào các đối tượng trẻ em dưới 5 tuổi.

Có gần 19% các trường hợp viêm phổi do cúm AH1N1, các bệnh nền thường gặp là hen phế quản, tim bẩm sinh (thông liên thất), động kinh, và bại não. Đây cũng là các bệnh nền làm tăng nguy cơ nhiễm cúm và biến chứng viêm phổi do cúm được ghi nhận trong các nghiên cứu khác đó là bệnh phổi mãn tính, bệnh tim mạch, tiểu đường, bệnh lý thần kinh cơ...^(2,3,5,7). Điều này cũng được giải thích là do các bệnh nền này làm tăng nguy cơ mắc nhiễm khuẩn hô hấp vì ứ đọng chất tiết của đường hô hấp và giảm sức đề kháng với bệnh nhiễm khuẩn. Trong nghiên cứu này ngoài tăng khả năng mắc bệnh, thì các trường hợp tử vong đều xảy ra trên bệnh nhân có bệnh nền. Do vậy đây là các đối tượng cần phải quan tâm hơn khi xử trí các trường hợp bị nhiễm cúm.

Về triệu chứng lâm sàng của các ca viêm phổi trong nghiên cứu này chủ yếu vẫn là các triệu chứng của viêm phổi đó là: sốt, ho, sổ mũi, thở nhanh, và thở gắng sức. Các dấu hiệu này cũng ghi nhận trong những nghiên cứu khác với tỷ lệ cao tương đương^(3,4,6,7). Triệu chứng đau họng chỉ ghi nhận ở trẻ trên 5 tuổi và chiếm tỷ lệ thấp 13,9%. Triệu chứng tím cũng ít gặp trong nghiên cứu này chiếm 9,3% các trường hợp, và chỉ xảy ra ở các trường hợp suy hô hấp nặng, có bệnh nền và tổn thương phổi nặng trên X-quang dưới dạng hội chứng suy hô hấp cấp. Có 3 trường hợp tử vong trong số 4 ca có dấu hiệu tím tái lúc nhập viện. Như vậy tím tái khi nhập viện là một trong những dấu hiệu nguy hiểm cần phải có can thiệp tích cực để cải thiện tiên lượng bệnh.

Trong nghiên cứu này ghi nhận 46,5% các trường hợp có triệu chứng tiêu hóa gồm có nôn ói và tiêu chảy. Điều này cũng được ghi nhận trong các nghiên cứu khác với một tỷ lệ không nhỏ những bệnh nhân trẻ em bị nhiễm cúm^(3,7). Trong nghiên cứu này có 41,9% các trường hợp

viêm phổi do cúm AH1N1 biểu hiện suy hô hấp cần phải hỗ trợ bằng các biện pháp thở oxy, thở CPAP qua mũi và thở máy. Tỷ lệ suy hô hấp ở bệnh nhân viêm phổi do cúm cũng được ghi nhận bởi các nghiên cứu khác với mức dao động từ 30 – 55%^(3,4,6,7). Các yếu tố ghi nhận xuất hiện nhiều ở bệnh nhân có biểu hiện suy hô hấp có ý nghĩa về mặt thống kê là thời gian điều trị thuốc kháng virus sau 48 giờ, và tuổi dưới 12 tháng. Điều này được giải thích là do tuổi dưới 1 tuổi đường hô hấp nhạy với tổn thương do siêu vi và dễ lan tỏa nên dẫn đến tổn thương nặng. Ngoài ra nếu được điều trị kháng virus sớm trước 48 giờ thì hiệu quả của thuốc sẽ cao hơn do đó góp phần làm cho bệnh diễn tiến tốt hơn⁽²⁾. Các yếu tố khác như giới, tình trạng dinh dưỡng, bệnh nền, triệu chứng tiêu hóa, số lượng bạch cầu, CRP và tổn thương phổi trên X-quang chưa ghi nhận liên hệ có ý nghĩa thống kê đối với tình trạng suy hô hấp ở bệnh nhân viêm phổi do cúm AH1N1.

Về đặc điểm cận lâm sàng, trong nghiên cứu này ghi nhận 80% trường hợp có số lượng bạch cầu $\leq 10.000/\text{mm}^3$, điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác đó là số lượng bạch cầu trong máu ngoại vi thường không cao^(3,4). CRP trong máu chủ yếu ở trong giới hạn bình thường hay tăng nhẹ. Nhiều nghiên cứu cũng ghi nhận CRP trong viêm phổi do cúm không thay đổi đặc biệt và không có giá trị trong phân biệt viêm phổi do virus hay do vi trùng^(4,5). Hình ảnh tổn thương phổi trên phim X-quang trong nghiên cứu này chủ yếu là hình ảnh viêm phổi 72,1% các hình ảnh khác ít gặp hơn. Hình ảnh tổn thương trên X-quang trong viêm phổi cúm có thể gặp từ dạng viêm phổi kẽ đến hình ảnh thâm nhiễm khu trú hay lan tỏa được ghi nhận trong những nghiên cứu khác⁽⁴⁾. Hình ảnh tổn thương viêm phổi trên X-quang chưa ghi nhận có liên quan đến biểu hiện suy hô hấp trên lâm sàng trong nghiên cứu này. Tuy nhiên những trường hợp có tổn thương dưới dạng ARDS thì hầu hết đều có biểu hiện suy hô hấp nặng cần phải thở máy và tỷ lệ tử vong cao. Có 7 trường hợp cấy đàm thì 2 trường hợp phân lập được vi khuẩn gây bệnh (28,6%). Do số lượng mẫu cấy còn ít nên chưa có thể kết luận tỷ lệ đồng nhiễm ở các bệnh nhân trong nghiên cứu này.

Trong nghiên cứu này 100% trường hợp được sử dụng thuốc kháng virus là oseltamivir theo hướng dẫn của Bộ Y tế⁽¹⁾. Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị kháng virus trước 48 giờ là 41%, tỷ lệ này còn thấp và có liên quan đến tình trạng suy hô hấp của bệnh nhân trong nghiên cứu này. Do đó cần phải tăng cường phát hiện sớm bệnh

cúm trong các đợt dịch và cho chỉ định điều trị sớm để góp phần giảm các biến chứng nặng của bệnh và cải thiện tiên lượng tử vong. Có 90,7% trường hợp có chỉ định kháng sinh mặc dầu chỉ có chưa tới 1/3 trường hợp cấy dịch hút khí phế quản có vi khuẩn, nhưng theo hướng dẫn về xử trí viêm phổi ở trẻ em thì kháng sinh được chỉ định trong các trường hợp thở nhanh, hay có rút lõm lồng ngực nên tỷ lệ sử dụng kháng sinh trong các trường hợp này khá cao. Có 41% trường hợp cần hỗ trợ hô hấp tỷ lệ này có cao hơn các nghiên cứu khác^(2,6), điều này có thể do lứa tuổi mắc bệnh trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn, có nhiều bệnh nền và thời gian khởi phát điều trị kháng virus trễ. Có 3 trường hợp tử vong từ 3–6 tuổi, đều có thời gian điều trị kháng virus muộn trên 7 ngày do các bệnh nhân thường có những đợt nhiễm khuẩn hô hấp trước đó nên phát hiện cúm A H1N1 muộn, có bệnh nền là tim bẩm sinh (thông liên thất), động kinh, và bại não, và tổn thương phổi nặng dưới dạng ARDS, cấy dịch hút khí phế quản phân lập vi khuẩn gây bệnh 2 trường hợp là vi khuẩn đa kháng của bệnh viện. Các trường hợp này tử vong trong bệnh cảnh suy hô hấp nặng do viêm phổi cúm và bội nhiễm vi khuẩn dẫn đến suy đa tạng.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ viêm phổi do cúm AH1N1 ở trẻ em là 28,6%, tuổi thường gặp là dưới 5 tuổi, 18,6% có bệnh nền, triệu chứng lâm sàng chủ yếu là hô hấp chiếm 95%, có 46,5% trường hợp có triệu chứng tiêu hóa. Suy hô hấp gặp trong 41,8% các trường hợp, các yếu tố điều trị thuốc kháng virus > 48 giờ và tuổi ≤ 12 tháng có liên quan đến tình trạng suy hô hấp. Tỷ lệ điều trị thành công là 93%, các trường hợp tử vong xảy ra ở bệnh nhân có bệnh nền, điều trị muộn và tổn thương phổi nặng. Để góp phần phòng chống bệnh cúm AH1N1 có hiệu quả ở trẻ em cần lưu ý đến các

đối tượng dưới 5 tuổi, đặc biệt trẻ dưới 12 tháng, các trường hợp có bệnh nền, trên lâm sàng có các triệu chứng tiêu hóa đi kèm và cần phát hiện sớm và điều trị thuốc kháng virus trước 48 giờ các trường hợp nhiễm cúm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ y tế (2009).** "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và phòng lây nhiễm cúm A (H1N1)". Quyết định của Bộ trưởng Bộ Y tế 2762/QĐ-BYT. URL: <https://thuvienphapluat.vn/van-ban/The-thao-Y-te/Quyết-dinh-2762-QĐ-BYT-huong-dan-chan-doan-dieu-tri-phong-lay-nhiem-cum-A-H1N1-92439.aspx>.
2. **Centers for Diseases Control and Prevention (2009).** "Surveillance for pediatric deaths associated with 2009 pandemic influenza A (H1N1) virus infection - United states". *MMWR*, 58(34):pp.941–947. URL: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm5834a1.htm>.
3. **Dawood FS, Fiore A, Kamimoto L, et al (2010).** "Influenza-Associated Pneumonia in Children Hospitalized With Laboratory-Confirmed Influenza". *Pediatric Infectious Disease Journal*, 29(7): pp.585–590. doi: 10.1097/INF.0b013e3181d411c5.
4. **Komatsu H, Sugawara H, Matsuoka M, et al (2011).** "Clinical features of children with pneumonia from swine-origin influenza A virus H1N1: A single center experience in Japan". *Pediatrics International*, 53(1): pp.115–119.
5. **Harper SA, Bradley JS, Englund JA, et al (2009).** "Seasonal influenza in adults and children--diagnosis, treatment, chemoprophylaxis, and institutional outbreak management: clinical practice guidelines of the Infectious Diseases Society of America". *Clin Infect Dis*, 48(8): pp.1003–32.
6. **Jeon MH, Chung JW, Choi SH, Kim TH, Lee EJ, Choo EJ (2011).** "Pneumonia risk factors and clinical features of hospitalized patients older than 15 years with pandemic influenza A (H1N1) in South Korea: a multicenter study". *Diagn Microbiol Infect Dis*, 70(2):pp.230–235.
7. **Kumar S, Havens PL, Chusid MJ, Willoughby RE, Simpson P, Henrickson KJ (2010).** "Clinical and epidemiologic characteristics of children hospitalized with 2009 pandemic H1N1 influenza A infection". *Pediatr Infect Dis J*, 29(7):pp.591–594.

NGHIÊN CỨU MỨC ĐỘ TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH VÀNH Ở BỆNH NHÂN BỆNH ĐỘNG MẠCH VÀNH MẠN TÍNH

Nguyễn Thanh Xuân*

TÓM TẮT³⁶

*Học viên Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Xuân

Email: bsxuanhatay@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 28.2.2018

Ngày duyệt bài: 7.3.2018

Mục tiêu: nghiên cứu mức độ tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân bệnh động mạch vành mạn tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. Nghiên cứu trên 78 bệnh nhân bệnh động mạch vành mạn tính, phân tích tổn thương trên hình ảnh chụp động mạch vành chọn lọc. **Kết quả:** Tỷ lệ nhóm bệnh nhân tổn thương nhiều nhánh cao hơn một nhánh động mạch (61,53%; 38,47%; p<0,05); tổn thương typ B nhiều hơn typ A và typ C

(44,9%; 28,2%; 26,9%; $p < 0,05$); tổn thương động mạch liên thất trước chiếm đa số (53%); tổn thương mức độ nặng cao hơn mức độ vừa (79,48%; 20,5%; $p < 0,05$). Giới nam có tỷ lệ tổn thương nhiều nhánh động mạch vành có tỷ lệ cao hơn tổn thương một nhánh (64,16%; 35,82%; $p < 0,05$); tổn thương mức độ nặng cao hơn sơ với mức độ vừa (83,36%; 16,64%; $p < 0,05$). **Kết luận:** bệnh động mạch vành mạn tính có tổn thương động mạch vành chủ yếu mức độ nặng, nam giới có liên quan đến mức độ nặng của tổn thương động mạch vành.

Từ khóa: mức độ tổn thương động mạch vành, bệnh động mạch vành mạn tính.

SUMMARY

RESEARCH LEVELS OF CORONARY ARTERY LESION IN PATIENTS WITH CHRONIC CORONARY ARTERY DISEASE

Objective: To research levels of coronary artery lesion in patients with chronic coronary artery disease.

Subjects and methods of study: description of cross section. Research 78 patients with chronic coronary artery disease, to analyze levels of coronary artery lesion by selective coronary angiography.

Results: The rate of patients with lesions of multiple coronary artery branches were higher than one (61.53%, 38.47%, $p < 0.05$); Type B lesions were more common than type A and type C lesions (44.9%, 28.2%, 26.9%, $p < 0.05$); LAD lesion were the most of all (53%); severe lesions were higher than moderate (79.48%, 20.5%; $p < 0.05$). Men with lesions of multiple coronary artery branches were higher than one (64.16%, 35.82%, $p < 0.05$); severe lesions were higher than moderate (83.36%, 16.64%, $p < 0.05$).

Conclusion: Chronic coronary artery disease inpatients had the most of severe lesions, men are related to the levels of coronary artery lesions.

Key words: coronary artery lesions, chronic coronary artery disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch vành là bệnh thường gặp ở các nước phát triển và có xu hướng ngày càng gia tăng ở các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam. Trong số bệnh động mạch vành nói chung, bệnh động mạch vành mạn tính chiếm tới khoảng một nửa số bệnh nhân. Ở Châu Âu, có tới 600.000 bệnh nhân tử vong mỗi năm do bệnh động mạch vành và là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong. Ở Việt Nam, cùng với sự phát triển của đời sống kinh tế xã hội, bệnh động mạch vành ngày càng phổ biến và đã trở thành vấn đề thời sự. Theo thống kê của Viện Tim mạch Việt Nam năm 2010, nghiên cứu mô hình bệnh tật ở bệnh nhân điều trị tại viện Tim mạch Việt Nam trong thời gian 2003-2007, cho thấy mô hình bệnh tim mạch có sự thay đổi theo hướng các bệnh lý mạch vành có chiều hướng tăng lên rõ rệt (11,2% năm 2003 tăng lên

tới 24% trong năm 2007) [2]. Mặc dù các nước phát triển đã có những kế hoạch phòng chống bệnh rất tích cực và bệnh động mạch vành đã giảm được đáng kể nhưng do sự tích lũy về dân số, tuổi và tỷ lệ mắc bệnh mới nên bệnh suất và tử suất do bệnh động mạch vành vẫn chiếm một tỉ lệ hàng đầu trong mô hình bệnh tật. Việc điều trị bệnh động mạch vành mạn tính bao gồm điều trị nội khoa, can thiệp mạch và phẫu thuật bắc cầu nối, để lựa chọn và phối hợp điều trị hiệu quả nhất cho bệnh nhân, điều quan trọng là biết được mức độ, đặc điểm tổn thương động mạch vành. Chính vì vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Nghiên cứu kết quả tổn thương bằng chụp động mạch cân quan ở bệnh nhân có bệnh động mạch vành mạn tính, nhằm: đánh giá đặc điểm chung ở nhóm bệnh nhân bệnh động mạch vành mạn tính; khảo sát đặc điểm tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân bệnh động mạch vành mạn tính qua chụp động mạch vành cân quang.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

***Đối tượng:** 78 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh động mạch vành mạn tính và điều trị nội trú tại khoa Tim mạch Bệnh viện Quân y 103, thời gian từ tháng 11 năm 2011 đến tháng 5 năm 2013.

***Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:** Bệnh nhân vào viện với cơn đau thắt ngực điển hình hoặc không điển hình. Những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ: tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá, thừa cân, đái tháo đường, tuổi cao. Điện tim có hình ảnh thiếu máu cơ tim hoặc nghi ngờ thiếu máu cơ tim, siêu âm tim có rối loạn vận động thành tim. Kết quả chụp ĐMV có hẹp động mạch vành từ 50% đường kính lòng mạch.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Dị tật bẩm sinh ĐMV (lỗ rò ĐMV, ĐMV trái bắt nguồn từ ĐMV phải). Do tắc ĐMV (cục máu đông, khí, mảng sùi...). Các bệnh hệ thống làm viêm động mạch (bệnh Kawasaki, Takayasu, lupus ban đỏ hệ thống...). Tổn thương ĐMV do xạ trị. Hội chứng vành cấp. Loạn nhịp tim đe dọa tính mạng. Chấn thương hoặc tai biến mạch máu não dưới 3 tháng. Các bệnh kèm theo như viêm khớp, nhiễm trùng cấp tính, hoặc kín đáo. Bệnh nhân sốt hoặc nghi ngờ mắc các bệnh ngoại khoa kết hợp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2.2. *Chụp động mạch vành:* Bệnh nhân có chỉ định chụp động mạch vành được chuẩn bị,

tiến hành chụp ĐMV do các bác sĩ khoa Tim mạch Bệnh viện Quân y 103 đảm nhiệm theo quy trình. Tiến hành chụp tại phòng thăm dò huyết động và can thiệp tim mạch thuộc Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y.

***Đánh giá kết quả chụp động mạch vành**

+ Vị trí giải phẫu ĐMV bị tổn thương (LM, LAD, LCx, RCA).

+ Mức độ hẹp ĐMV.

+ Số lượng ĐMV bị tổn thương.

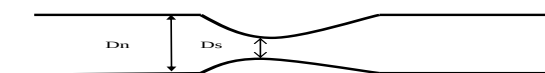
+ Tính chất tổn thương (típ tổn thương).

***Đánh giá đoạn mạch hẹp**

Mức độ hẹp ĐMV được tính bằng công thức:

$$\text{Mức độ hẹp (\%)} = (D_n - D_s) / D_n$$

Trong đó: D_n là đường kính đoạn mạch bình thường. D_s là đường kính đoạn mạch hẹp.



Hình 2.2. Sơ đồ minh họa cách đo độ hẹp động mạch vành.

Để đánh giá đoạn mạch hẹp, đường kính chỗ hẹp (D_s) được so sánh với đường kính đoạn mạch được coi là bình thường (D_n). Máy chụp mạch hiện đại đã có phần mềm tính sẵn cho ta kết quả về mức độ hẹp.

***Đánh giá mức độ hẹp theo cách đánh giá theo Hội Trường môn Tim mạch Mỹ năm 1988.** 0: ĐMV bình thường; 1: thành ĐMV

không đều; 2: hẹp nhẹ < 50%; 3: hẹp vừa 50% - 75%; 4: hẹp khít > 75% - 95%; 5: tắc hoàn toàn.

Tuy nhiên để tiện cho việc so sánh các nhóm, cũng như trong nhiều nghiên cứu của nhiều tác giả khác, chúng tôi chia ra làm hai nhóm sau: nhóm bệnh nhân Hẹp $\geq 50\%$ đến 74% đường kính lòng ĐMV (nhóm hẹp vừa) và nhóm Hẹp $\geq 75\%$ đường kính lòng ĐMV (nhóm hẹp nặng).

***Đánh giá bệnh nhân có bệnh một nhánh, bệnh nhiều nhánh động mạch vành**

Bệnh nhân được xác định là có bệnh một nhánh động mạch vành khi có hẹp (hẹp $\geq 50\%$ đường kính) của 1 trong 3 nhánh chính (động mạch liên thất trước, ĐMV phải, động mạch mũ) trong khi 2 nhánh chính động mạch vành còn lại có thể bình thường hoặc hẹp không ý nghĩa (hẹp < 50%).

Bệnh nhân được xác định là có bệnh nhiều nhánh động mạch vành (multivessel disease) khi có ít nhất là 2 nhánh chính hẹp $\geq 50\%$ đường kính lòng mạch. Bệnh nhân có hẹp $\geq 50\%$ đường kính của thân chung động mạch vành trái, dù có hoặc không có tổn thương các vị trí khác, đều được xem là có bệnh nhiều nhánh động mạch vành.

2.2.3. Xử lý số liệu: Các số liệu thu thập được, mã hóa và quản lý bằng phần mềm Microsoft Office Excel 2003, và xử lý số liệu theo thuật toán thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 15.0 (Statistical Package for Science software).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 1: Đặc điểm giới, tuổi của đối tượng nghiên cứu

Giới, tuổi (năm)	Nhóm I (n = 31)		Nhóm II (n = 78)		p
	n	%	n	%	
Nam giới	20	64,5	67	85,9	< 0,05
BMI (kg/m ²) ≥ 23	6	19,4	45	57,7	< 0,05
Nhóm tuổi < 50 tuổi	5	16,1	8	10,3	> 0,05
Nhóm tuổi 50-59 tuổi	2	6,5	21	26,9	
Nhóm tuổi ≥ 60 tuổi	24	77,4	49	62,8	
Tuổi nhỏ nhất/lớn nhất	33/82		34/88		
Tuổi trung bình (năm)	60,9 $\pm$ 12,0		64,6 $\pm$ 10,8		> 0,05

Kết quả bảng 1, trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi gồm 109 bệnh nhân. Theo kết quả chụp ĐMV chúng tôi chia làm 2 nhóm, nhóm I gồm 31 bệnh nhân hẹp ĐMV < 50% đường kính lòng mạch (hẹp ĐMV không ý nghĩa), nhóm II gồm 78 bệnh nhân hẹp ĐMV $\geq 50\%$ đường kính lòng mạch (hẹp có ý nghĩa). Nhóm hẹp ĐMV có ý nghĩa có tỷ lệ nam giới cao hơn so với nhóm hẹp không ý nghĩa (85,90%; 64,52%; $p < 0,05$); bệnh nhân nhóm II có tỷ lệ thừa cân (BMI (kg/m²) ≥ 23) cao hơn nhóm I (57,7% so với 19,4%; $p < 0,05$). Tương tự với kết quả của nhiều

nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Thomas B. Martins, nam 73%, nữ 27% [6]. Nghiên cứu của Vladimira Muzakova, nam 80%, trong khi đó nữ 20%, có tỷ lệ nam giới nhóm bệnh cao hơn tỷ lệ nam trong nhóm chứng (80%, 46%, $p < 0,05$). Như vậy, tỷ lệ nam giới trong nhóm bệnh động mạch vành cao hơn so với tỷ lệ nữ giới, và tỷ lệ nam giới trong nhóm bệnh động mạch vành cũng cao hơn so với nhóm chứng.

Có sự tương đương về tuổi trung bình giữa nhóm hẹp ĐMV có ý nghĩa là (64,6 $\pm$ 10,8 tuổi), cao hơn nhóm hẹp không ý nghĩa (60,9 $\pm$ 12

tuổi), độ tuổi trẻ nhất và độ tuổi già nhất giữa hai nhóm, hai nhóm tương đối đồng nhất về nhóm tuổi, điều đó thể hiện sự khách quan trong lựa chọn nghiên cứu giữa nhóm hẹp động mạch vành có ý nghĩa và nhóm hẹp không ý nghĩa. Kết quả nghiên cứu của các tác giả đều không thấy sự khác biệt giữa hai nhóm bệnh ĐMV và nhóm chứng về tuổi, Nader Rifai nghiên cứu bệnh ĐMV ở nam giới, và cũng không có sự khác biệt về tuổi trung bình giữa nhóm bệnh và nhóm chứng ($51,9 \pm 10,3$ tuổi, $50,9 \pm 9,7$ tuổi, $p > 0,05$) [5]. Các nghiên cứu cho thấy độ tuổi mắc bệnh ĐMV ở những người cao tuổi.

3.2. Đặc điểm tổn thương động mạch vành: Nhiều nghiên cứu lựa chọn mức độ tổn

thương hẹp 50% đường kính lòng ĐMV trở lên là hẹp mức độ vừa (hẹp có ý nghĩa), và hẹp 70% đường kính lòng ĐMV là hẹp nặng, và chia nhóm theo số lượng ĐMV tổn thương (hẹp một, và hẹp nhiều nhánh chính ĐMV). Đánh giá tổn thương động mạch trên kết quả chụp ĐMV chọn lọc bao gồm: hình thái tổn thương ĐMV, về mức độ hẹp lòng động mạch, đoạn mạch hẹp dài hay ngắn, hẹp tại chỗ chia nhánh, hay gốc các động mạch lớn, hẹp một hay nhiều nhánh ĐMV, những kết quả phân tích này góp phần vào tiên lượng, lựa chọn phương pháp điều trị (can thiệp hay phẫu thuật), do đó chúng tôi phân loại theo các hình thái như sau:

Bảng 2: Đặc điểm số lượng nhánh động mạch vành tổn thương theo giới

Tổn thương một hay nhiều nhánh động mạch vành	Tổng(n = 78)		Nam(n = 67)		Nữ(n = 11)	
	n	%	n	%	n	%
Một nhánh động mạch vành	30	38,5	24	35,8	6	54,5
Nhiều nhánh động mạch vành	48	61,5	43	64,2	5	45,5
p	< 0,05		< 0,05		> 0,05	

Phân loại theo số lượng ĐMV tổn thương, do số lượng bệnh nhân của chúng tôi không nhiều, do đó chúng tôi lựa chọn hai nhóm là hẹp một nhánh chính, và nhóm hẹp từ hai nhánh chính ĐMV trở lên (nhóm hẹp nhiều nhánh ĐMV). Kết quả, nhóm bệnh nhân tổn thương một nhánh ĐMV chiếm 38,47% (30 bệnh nhân) thấp hơn nhóm bệnh nhân tổn thương nhiều nhánh ĐMV chiếm 61,53% (48 bệnh nhân), giới nam có tỷ lệ tổn thương nhiều nhánh chính ĐMV (64,16%) cao hơn tổn thương một nhánh chính ĐMV (35,82%) ($p < 0,05$) (bảng 2). Tương tự với kết

quả chụp ĐMV của tác giả Nguyễn Đức Hải có 60,5% tổn thương nhiều mạch, 39,5% bệnh nhân tổn thương một mạch [1]. Tác giả A M Gotto còn chia ra hẹp một nhánh (39 bệnh nhân, chiếm 12,2%), hẹp hai nhánh (69 bệnh nhân, chiếm 21,6%), hẹp ba nhánh (174 bệnh nhân, chiếm 54%), hẹp bốn nhánh (39 bệnh nhân, chiếm 12,2%) [4]. Nader Rifai chia thành 3 nhóm, nhóm hẹp một nhánh (30 bệnh nhân), hẹp hai nhánh (39 bệnh nhân), hẹp ba nhánh (31 bệnh nhân) [5].

Bảng 3: Đặc điểm typ tổn thương động mạch vành theo giới

Typ tổn thương	Tổng(n = 78)		Nam(n = 67)		Nữ(n = 11)		p
	n	%	n	%	n	%	
Typ A	22	28,2	17	25,4	5	45,5	> 0,05
Typ B	35	44,9	30	44,8	5	45,5	
Typ C	21	26,9	20	29,9	1	9,1	
p	> 0,05		> 0,05		> 0,05		

Trong cách đánh giá này người ta chú ý đến các đặc tính của tổn thương như độ dài, độ gấp góc xoắn vặn, vôi hóa, huyết khối, tắc hoàn toàn hay không... Phân loại nhằm dự đoán tỷ lệ thành công của biện pháp can thiệp ĐMV. Kết quả nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân tổn thương typ A là 22 bệnh nhân chiếm 28,2%, typ B ít hơn 35 bệnh nhân chiếm 44,9%, typ C chiếm 21 bệnh nhân chiếm 26,9%, không có sự khác biệt về tỷ lệ giữa các nhóm ($p > 0,05$), tuy nhiên đối với giới nam giới có tỷ lệ tổn thương typ C cao hơn so với nữ giới (nam 29,9%, nữ 9,1%,) và ngược

lại nữ giới tổn thương typ A cao hơn so với nam giới (nữ 45,5% so với nam 28,2%), (bảng 3). Nguyễn Đức Hải kết quả có typ A 23,2%, typ B nhiều nhất 53,7%, typ C 23,2% [1]. Như vậy mức độ tổn thương ở những bệnh nhân chụp động mạch vành thương ở mức độ tổn thương phức tạp và nặng cũng phù hợp với những chỉ định lâm sàng, những bệnh nhân đau ngực trái, điện tim có chẩn đoán thiếu máu cơ tim, có các yếu tố nguy cơ tim mạch mới có chỉ định điều trị nội trú và chỉ định chụp động mạch vành chọn lọc. Nhóm bệnh nhân nghiên cứu là những bệnh

nhân nằm viện và có chỉ định chụp động mạch vành, và kết quả này của chúng tôi cũng giống

như kết quả các tác giả khác thường kết quả có mức độ tổn thương mức độ nặng chiếm đa số.

Bảng 4: Tỷ lệ tổn thương động mạch vành theo nhánh động mạch (n=78)

Týp tổn thương	Tổng(n=78)		Nam(n = 67)		Nữ(n = 11)		p
	n	%	n	%	n	%	
RAC	38	48,7%	34	50,7%	4	36,4%	> 0,05
LM	6	7,7%	5	7,5%	1	9,1%	
LAD	62	79,8%	53	79,1%	9	81,8%	
LCx	33	42,3%	29	43,3%	4	36,4%	
p	> 0,05		> 0,05		> 0,05		

RAC: động mạch vành phải; LM: Thân chung động mạch vành trái; LAD: động mạch liên thất trước; LCx: động mạch mũ. Kết quả cho thấy bệnh nhân có tổn thương nhánh động mạch liên thất trước chiếm đa số tới 79,8%, đây là nhánh động mạch chịu áp lực lớn nhất trong hệ thống động mạch vành, điều này phù hợp với sinh lý và cơ chế bệnh sinh hình thành vữa xơ gây tổn thương động mạch vành.

Bảng 5: Tỷ lệ tổn thương mức độ hẹp động mạch vành theo giới

Mức độ hẹp	Tổng(n = 78)		Nam(n = 67)		Nữ(n = 11)		p
	n	%	n	%	n	%	
Hẹp 50-74%	16	20,5	11	16,4	5	45,5	< 0,05
Hẹp ≥ 75%	62	79,5	56	83,6	6	54,5	
p	< 0,0001		< 0,0001		> 0,05		

Phân loại theo mức độ hẹp đường kính ĐMV trong nhóm hẹp có ý nghĩa ĐMV, chúng tôi lựa chọn hai nhóm, mức độ vừa là nhóm hẹp 50%-74% đường kính lòng ĐMV, nhóm hẹp nặng là mức độ hẹp từ 75% đường kính lòng động mạch trở lên. Kết quả tổn thương hẹp mức độ vừa chiếm 20,5% thấp hơn nhóm tổn thương hẹp nặng chiếm 79,48%, nam giới có tỷ lệ tổn thương mức độ nặng cao hơn tỷ lệ tổn thương mức độ vừa ($p < 0,05$) (bảng 5). Kết quả nghiên cứu tác giả khác, A M Gotto nghiên cứu 390 bệnh nhân bệnh ĐMV, tỷ lệ hẹp từ 75% đường kính lòng động mạch chiếm 91,3% (356 bệnh nhân), và hẹp từ 50-74% đường kính lòng động mạch chỉ chiếm 3,3% (13 bệnh nhân), hẹp nhẹ chiếm 5,4%, tác giả cũng không thấy có sự khác biệt giữa nam và nữ giới (hẹp từ 75% có nam chiếm 93,5%, nữ chiếm 81,4%, hẹp 50%-74% có nam chiếm 3,1% và nữ 4,3%) [4]. Sự khác biệt này có thể do nam giới có nhiều yếu tố nguy cơ kết hợp hơn, lối sống và sinh hoạt của nam giới Việt Nam sử dụng nhiều thức ăn có đường, mỡ, đồ uống có cồn nhiều hơn so với nữ giới. Mặt khác điều kiện và thói quen kiểm tra sức khỏe định kỳ tại Việt Nam còn rất hạn chế nên những bệnh nhân thường đến đã có triệu chứng và diễn biến nặng do đó trong kết quả chủ yếu những bệnh nhân hẹp nặng là tương đối phù hợp.

IV. KẾT LUẬN

- Trong nghiên cứu, bệnh nhân bệnh động mạch vành mạn tính có tỷ lệ nam giới, thừa cân

cao hơn so với nhóm bệnh nhân không bị bệnh động mạch vành.

- Nhóm bệnh nhân tổn thương nhiều nhánh cao hơn một nhánh động mạch (61,53% so với 38,47%); tổn thương týp B (44,9%) nhiều hơn týp A (28,2%) và týp C (26,9%); tổn thương động mạch liên thất trước chiếm đa số (53%); tổn thương mức độ nặng (79,48%) cao hơn mức độ vừa (20,5%), ($p < 0,05$).

Giới nam có tỷ lệ tổn thương nhiều nhánh động mạch vành có tỷ lệ cao hơn tổn thương một nhánh (64,16% so với 35,82%; $p < 0,05$); tổn thương mức độ nặng cao hơn sơ với mức độ vừa (83,36% so với 16,64%; $p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đức Hải và CS (2004), *Kết quả chụp động mạch vành và bước đầu ứng dụng phương pháp nong, đặt stent điều trị bệnh động mạch vành tại bệnh viện T.Ư. Q.Đ 108*, Tóm tắt các công trình nghiên cứu Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam, tạp Chí Tim Mạch học
2. Nguyễn Lâm Việt và CS (2010), "Nghiên cứu mô hình bệnh tật ở bệnh nhân điều trị nội trú tại Viện Tim mạch Việt Nam trong thời gian 2003-2007", *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, 52, tr. 11- 18.
3. Basil N., Saeed (2011), "Extent of coronary arteries disease between angiographic findings and some atherogenic lipid indices", *The Iraqi postgraduate medical journal*, 10 (2), pp. 166-169.
4. Gotto A.M., Gorro G.A. (1977), "Relationship between plasma lipid concentrations and coronary artery disease in 496 patients", *American Heart Association, Circulation*, 56, pp. 875-883.
5. Nader Rifai (2012), "Inflammatory Markers in Men with Angiographically Documented Coronary Heart Disease", *Clinical Chemistry*, 45(11), pp. 1967-1973.

6. Thomas B., Martins, Jeffrey L., Anderson (2006), "Risk factor analysis of plasma Cytokines in patients with coronary artery disease by a multiplexed fluorescent immunoassay", *Am J Clin Pathol*, 125, pp. 906-913.

7. Vikas Veeranna (2010), "Traditional Cardiovascular Risk Factors and Severity of Angiographic Coronary Artery Disease in the Elderly", *Preventive cardiology*, pp. 135-140.

NGHIÊN CỨU NGUYÊN NHÂN CỦA CHẢY MÁU TIỂU NÃO

Võ Hồng Khôi*, Nguyễn Thị Mai Phương**

TÓM TẮT

Cơ sở: Chảy máu tiểu não là thể tai biến mạch não có diễn biến cấp bách, tiên lượng tử vong cao. Việc xác định nguyên nhân gây ra chảy máu tiểu não có vai trò rất quan trọng, ảnh hưởng đến thái độ xử trí của người thầy thuốc đối với những bệnh nhân khác nhau.

Mục tiêu: Tìm hiểu các nguyên nhân của chảy máu tiểu não. **Phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi lựa chọn vào nghiên cứu những bệnh nhân điều trị nội trú tại Khoa Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai có chẩn đoán cuối cùng khi ra viện là chảy máu tiểu não từ tháng 1 năm 2013 đến tháng 8 năm 2015. Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu và tiền cứu. **Kết quả:** Bệnh hay gặp ở nam hơn ở nữ, với tỷ lệ nam/nữ là 1,21. Nhóm tuổi trên 60 chiếm đa số (50%). Chảy máu tiểu não do tăng huyết áp chiếm 73,2%, do vỡ dị dạng thông động - tĩnh mạch chiếm 5,8%, do phình mạch não chiếm 3,4%, do u máu thể hang chiếm 2,3%, không rõ nguyên nhân chiếm 7,0%. Với nhóm tuổi dưới 30, chảy máu tiểu não do vỡ dị dạng mạch chiếm 66,7%. Nhóm tuổi trên 60, nguyên nhân do tăng huyết áp chiếm 83,6%. **Kết luận:** Nguyên nhân hàng đầu gây ra chảy máu tiểu não là do tăng huyết áp, tuy nhiên ở lứa tuổi trẻ cần lưu ý đến nguyên nhân do vỡ các dị dạng mạch máu não.

Từ khóa: chảy máu tiểu não, nguyên nhân chảy máu tiểu não.

SUMMARY

STUDY ON THE CAUSE OF CEREBELLAR HEMORRHAGE

Grounds: Cerebellar hemorrhage is a type of stroke with rapid evolution and high mortality. Determining the cause of cerebral hemorrhage is very important influencing on the treatment decision of doctors in different patients. **Aims:** To discover the cause of cerebellar hemorrhage. **Methods:** We selected in-patients at the Neurology Department of Bach Mai Hospital, with final diagnosis as cerebellar hemorrhage. The method of descriptive, cross-sectional, retrospective and prospective study was applied. **Results:** This disease was more common in men than in women, with a male/female ratio of 1.21. The majority of patients (50%) were over the age of

60. Cerebral hemorrhage caused by hypertension, AVM, cerebral aneurysms, cavernoma, was respectively for 73.2%, 5.8%, 3.4%, 2.3%. For patients under 30 years old 66,7% were due to vascular malformation. For those over 60 years old cerebellar hemorrhage mostly resulted from hypertension (83.6%). **Conclusions:** The main cause of cerebellar hemorrhage was hypertension. While, vascular malformation was noted in younger patients.

Keywords: Cerebellar hemorrhage, cause of cerebellar hemorrhage.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới năm 1990, tỷ lệ tử vong do tai biến mạch não đứng hàng thứ ba sau ung thư và bệnh tim mạch. Tại Hoa Kỳ, hàng năm tỷ lệ mắc tai biến mạch não là 1.250/100.000 dân, tỷ lệ mới mắc là 2,5/1.000 dân, tỷ lệ tử vong là 28,6%. Ở Việt Nam, nghiên cứu của Nguyễn Văn Đăng và cộng sự về dịch tễ học ở miền Bắc cho thấy tỷ lệ hiện mắc tai biến mạch não là 115,92/100.000 dân, tỷ lệ mới mắc là 28,25/100.000 dân, tỷ lệ tử vong là 21,55/100.000 dân [1].

Chảy máu tiểu não là thể tai biến mạch não có diễn biến cấp tính, tiên lượng tử vong cao. Chảy máu tiểu não chiếm khoảng 10% trong số chảy máu trong não. Tiểu não nằm ở hố sau, là một ngăn xương sọ không giãn được, do đó khi tiểu não bị tổn thương hay phù nề sẽ chèn ép vào não thất IV và thân não gây bệnh cảnh lâm sàng nặng nề.

Việc xác định nguyên nhân gây chảy máu tiểu não có vai trò rất quan trọng, ảnh hưởng đến thái độ xử trí và quyết định điều trị của người thầy thuốc với những bệnh nhân khác nhau. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm tìm hiểu các nguyên nhân gây chảy máu tiểu não, với mong muốn góp phần gia tăng hiểu biết trong nghiên cứu bệnh này tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Chúng tôi tiến hành lựa chọn 86 bệnh nhân điều trị nội trú tại Khoa Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai có chẩn đoán ra viện là chảy máu tiểu não từ tháng 1 năm 2013 đến tháng 8 năm 2015. Tiêu chuẩn

*Bệnh viện Bạch Mai

**Công ty CP Bệnh viện Giao thông vận tải

Chịu trách nhiệm chính: Võ Hồng Khôi

Email: drvohongkhoi@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 4.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 5.3.2018

Ngày duyệt bài: 15.3.2018

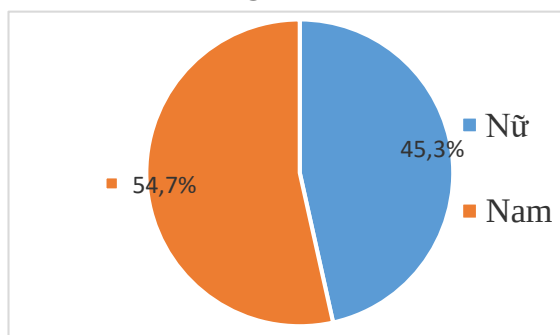
lựa chọn là những bệnh nhân có bệnh cảnh lâm sàng phù hợp với chẩn đoán tai biến mạch não và được chụp phim cắt lớp vi tính sọ não hoặc cộng hưởng từ não có kết quả là chảy máu tiểu não. Tiêu chuẩn loại trừ những bệnh nhân liên quan đến chấn thương, chảy máu trong u hoặc trong ổ nhồi máu não.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi tiến hành nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu và tiến cứu. Đối với các bệnh nhân hồi cứu chúng tôi thu thập thông tin từ những bệnh án của khoa Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai tại Kho lưu trữ của Phòng Kế hoạch tổng hợp Bệnh viện Bạch Mai. Nhóm các bệnh nhân tiến cứu được hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng, được chụp phim cắt lớp vi tính và/hoặc cộng hưởng từ sọ não tại khoa Chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Bạch Mai. Tất cả bệnh nhân đều được xét nghiệm cơ bản gồm: công thức máu ngoại vi, sinh hóa máu (điện giải đồ, chức năng thận, men gan, mỡ máu), đông máu cơ bản tại khoa huyết học và khoa hóa sinh Bệnh viện Bạch Mai.

Các dữ liệu nghiên cứu được điền vào mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất, nhập và xử lý số liệu sử dụng phần mềm thống kê y học SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Phân bố theo giới



Biểu đồ 1: Tần số mắc bệnh theo giới

Nhận xét: Trong số 86 bệnh nhân chảy máu tiểu não, có 47 (54,7%) bệnh nhân nam, 39 (45,3%) bệnh nhân nữ. Tỷ lệ nam/nữ là: 1,21

2. Phân bố theo tuổi

Bảng 1: Phân bố theo tuổi

Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
-----------	--------------	---------

5. Các nguyên nhân chảy máu tiểu não và lứa tuổi

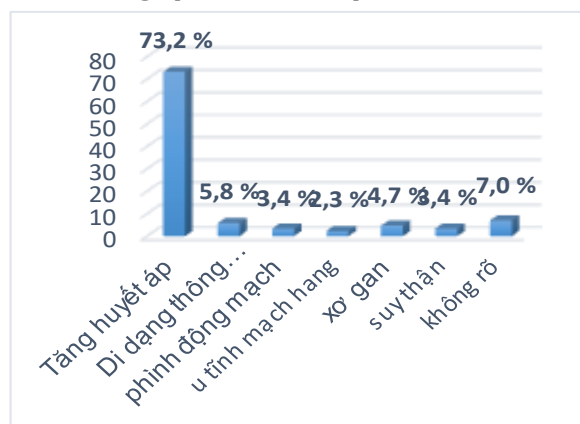
Bảng 2: Các nguyên nhân gây chảy máu tiểu não và lứa tuổi

Nguyên nhân		Nhóm tuổi		
		Dưới 30	Từ 30 đến 60	Trên 60
Tăng huyết áp		1	21	41
Dị dạng mạch	Thông động-tĩnh mạch	3	2	0

Dưới 30	10	11,6
30 - 60	33	38,4
Trên 60	43	50,0

Nhận xét: Nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (50%), sau đó là nhóm tuổi từ 30 đến 60 (38,4%). Tuổi trung bình là 57,3. Bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 19, bệnh nhân cao tuổi nhất là 88.

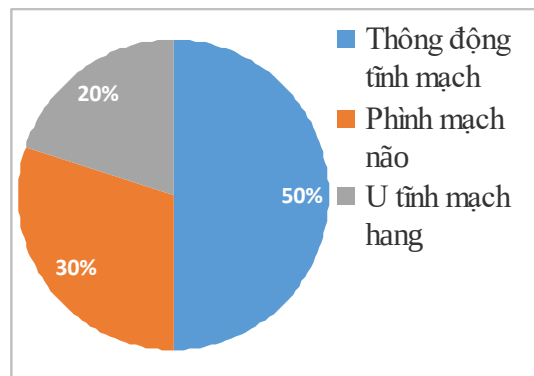
3. Các nguyên nhân chảy máu tiểu não



Biểu đồ 2: Các nguyên nhân chảy máu tiểu não

Nhận xét: Tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất 73,2%. Dị dạng thông động-tĩnh mạch là 5,8%. Một số nguyên nhân khác như u máu thể hang, xơ gan, suy thận có số lượng thấp.

4. Tỷ lệ các loại dị dạng mạch não



Biểu đồ 3: Tỷ lệ các loại dị dạng mạch não

Nhận xét: Loại dị dạng thông động-tĩnh mạch não chiếm tỷ lệ cao nhất (50,0%), phình mạch não chiếm tỷ lệ 30,0%, u máu thể hang 20,0%.

	Phình động mạch não	0	2	1
	U máu thể hang	1	1	0
	Nguyên nhân khác: Xơ gan, suy thận	1	3	3
	Không rõ	0	2	4
	Tổng (n = 86)	6	31	49

Nhận xét: Dị dạng mạch não gặp ở nhóm tuổi dưới 30 chiếm 4/6 (66,7%). Tăng huyết áp hay gặp ở nhóm tuổi trên 60 tuổi chiếm 41/49 (83,6%).

6. Tỷ lệ dị dạng mạch não phát hiện trên phim chụp cắt lớp vi tính mạch não và/hoặc cộng hưởng từ mạch não.

Bảng 4: Tỷ lệ dị dạng mạch não phát hiện trên phim cắt lớp vi tính mạch não và/hoặc cộng hưởng từ mạch não.

Phương Pháp chụp Loại dị dạng	Chụp cắt lớp vi tính nhiều dây mạch não (n = 73)		Chụp cộng hưởng từ mạch não (n = 13)	
	Số trường hợp	Tỷ lệ %	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Dị dạng động – tĩnh mạch não	5	6,8	0	0
Phình động mạch não	3	4,1	0	0
U máu thể hang	2	2,7	2	15,4
Tổng	10	13,6	2	15,4

Nhận xét: Trong số 73 bệnh nhân (84,9%) được chụp cắt lớp vi tính mạch não 10 bệnh nhân (13,6%) có dị dạng mạch máu não. 13 bệnh nhân (15,1%) được chụp cộng hưởng từ phát hiện 2 bệnh nhân (15,4%) có u máu thể hang.

IV. BÀN LUẬN

Bệnh hay gặp ở nam hơn ở nữ, với tỷ lệ nam/nữ là 1,21. Kết quả này cũng tương đương với nghiên cứu của Dolderer S. với tỷ lệ là 1,6 [1]. Lý giải điều này có thể do nam giới khi gặp căng thẳng tâm lý, phản ứng của họ thường mạnh mẽ hơn nữ giới. Mặt khác nam giới thường dùng rượu, thuốc lá, ăn uống không điều độ tạo điều kiện cho vữa xơ động mạch, tăng huyết áp phát triển, là các yếu tố nguy cơ cao gây tai biến mạch não. Tuổi mắc bệnh trung bình là 57,3. Bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 19, bệnh nhân cao tuổi nhất là 88. Bệnh hay gặp nhất ở nhóm tuổi trên 60 (50%). Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Lê Văn Thịnh, Huff J. S. cũng cho rằng chảy máu tiểu não thường gặp ở lứa tuổi trên 50-60 tuổi [2], [3]. Điều này cũng phù hợp với quy luật chung: tuổi càng cao càng có nhiều yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp, bệnh đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa lipid dẫn đến thành mạch bị xơ cứng do đó càng tăng tỷ lệ mắc bệnh.

Khi xét chung cả nhóm nghiên cứu, nguyên nhân hàng đầu gây ra chảy máu tiểu não là do tăng huyết áp chiếm 73,2%, thứ hai là do vỡ các loại dị dạng mạch não (11,6%), sau đó là xơ gan (4,7%), suy thận (3,4%), không rõ nguyên nhân (7,0%). Kết quả này gần với nghiên cứu của Hà Hữu Quý, Bayassi đều cho rằng tăng huyết áp là nguyên nhân hàng đầu gây ra chảy máu tiểu não chiếm từ 70 đến 85,7% [4], [5]. Một số tác giả cho rằng nếu chỉ huyết áp tăng cao thì không gây được chảy máu. Nhưng nếu thành mạch bị

xơ cứng thoái hoá do tăng huyết áp thì nguy cơ gây chảy máu não sẽ tăng gấp nhiều lần [6]. Các trường hợp chảy máu não có số đo huyết áp cao hơn bình thường là hiện tượng phổ biến. Về vấn đề này Marshall đã nhận xét nếu huyết tâm trương trên 110mmHg, với bằng chứng khác ở đáy mắt hoặc dày thất trái thì tăng huyết áp là yếu tố gây chảy máu não nhưng cũng là yếu tố dễ điều chỉnh nhất. Chương trình huyết áp tâm thu ở người lớn tuổi công bố tại Hội nghị toàn cầu về tai biến mạch não lần thứ 2 (1992) cho rằng nếu điều trị bệnh tăng huyết áp ở người lớn tuổi một cách đúng đắn có thể giảm 50% chảy máu não [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ dị dạng mạch não chỉ chiếm 11,6%. Tuy nhiên, nếu xét riêng nhóm tuổi dưới 30, thì chảy máu tiểu não do nguyên nhân vỡ dị dạng mạch máu chiếm tới 4/6 trường hợp (66,7%). Như vậy, có sự khác biệt về nguyên nhân chính gây ra chảy máu tiểu não ở các lứa tuổi khác nhau, với lứa tuổi trẻ cần chú ý tìm các nguyên nhân do dị dạng mạch máu não để có phương án điều trị phù hợp với từng bệnh nhân. Trong nghiên cứu này, kết quả cho thấy trong các loại dị dạng mạch não: thông động-tĩnh mạch chiếm tỷ lệ 50%, phình mạch não 30%, u máu thể hang là 20%.

Dị dạng thông động-tĩnh mạch là bất thường bẩm sinh của mạch máu trong đó động mạch được nối trực tiếp với tĩnh mạch thông qua mạng lưới mao mạch, 90% gặp ở trên lều, 10% gặp ở thân não và tiểu não. Tuổi trung bình phát hiện

là 20 đến 40 tuổi. Nguy cơ chảy máu là 2 đến 3% mỗi/năm, riêng năm đầu tiên sau chảy máu là 6%. Ngoài việc điều trị triệu chứng khi có chảy máu, mục đích chính là loại bỏ nguyên nhân bằng cắt bỏ hoặc làm lấp mạch. Sự lựa chọn phương pháp điều trị tùy từng trường hợp cụ thể, có thể áp dụng một hoặc nhiều phương pháp kết hợp. Tuy nhiên nếu dị dạng thông động-tĩnh mạch não chưa có biến chứng chảy máu thì chưa có chỉ định can thiệp [2], [7].

Phình mạch trong sọ cũng là một bất thường mạch, chủ yếu do bẩm sinh, một số ít do tổn thương thoái hóa mắc phải của thành động mạch, đặc biệt trong vữa xơ động mạch. Các phình mạch chủ yếu gặp ở đa giác willis. Phát hiện phình mạch trong sọ chủ yếu do vỡ túi phình động mạch, một số ít được phát hiện khi khám bệnh. Khi đã phát hiện ra cần tìm phương pháp thích hợp để loại bỏ nguy cơ chảy máu của động mạch [7].

U máu thể hang đa số gặp ở trên lều, 20% ở dưới lều. Thường không có biểu hiện lâm sàng nhưng có thể phát hiện khi chảy máu, gặp ở người trẻ 20 - 40 tuổi. U máu thể hang thường phối hợp với các tổn thương khác như dị dạng tĩnh mạch, dị dạng thông động-tĩnh mạch. Chẩn đoán phải dựa vào chụp CHT sọ não có thể thấy rõ ở thì T2* [7].

Bệnh mạch máu nhiễm tinh bột là nguy cơ thứ ba ở các nước Âu-Mỹ, nhưng tại Việt Nam vấn đề này chưa được quan tâm nhiều. Trong bệnh này protein dạng tinh bột lắng đọng nhiều tại lớp áo giữa và áo ngoài của thành động mạch nhỏ ở màng não và vỏ não. Hậu quả là thành mạch tách đôi, cứng giòn, có khi hoại tử nên dễ vỡ khi bị chấn thương rất nhẹ hoặc huyết áp thay đổi đột ngột [6]. Bệnh mạch máu nhiễm tinh bột được nghĩ đến khi đó là một chảy máu ở thùy, ưu thế phía sau, thường ở vùng giáp ranh giữa vỏ não và dưới vỏ, ở người cao tuổi và huyết áp bình thường. Chảy máu tái phát trong

não cao hơn trong chảy máu thùy não và thường liên quan đến bệnh động mạch não nhiễm bột ở người cao tuổi. Nguy cơ tái phát chảy máu trong não có thể ước tính bằng sử dụng xung T2* trên chụp cộng hưởng từ não. Lợi ích chính của chụp cộng hưởng từ não ở bệnh nhân cao tuổi bị chảy máu trong não là để tìm các ổ vi chảy máu không có triệu chứng trên xung T2*. Tuổi càng cao và số ổ vi chảy máu càng nhiều thì chẩn đoán bệnh động mạch não nhiễm bột càng chắc chắn hơn [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 6 bệnh nhân (7,0%) không rõ nguyên nhân. So sánh với nghiên cứu của Hà Hữu Quý, tỷ lệ này là 6,7% [4]. Ở một số nghiên cứu khác, tỷ lệ không tìm thấy nguyên nhân lên đến 10 - 20%.

V. KẾT LUẬN

Nguyên nhân hàng đầu gây chảy máu tiểu não là tăng huyết áp. Tuy nhiên ở lứa tuổi trẻ, cần lưu ý tìm nguyên nhân do vỡ các loại dị dạng mạch máu não để có hướng xử trí kịp thời cho từng bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dolderer S., Aschoff A. (2004):** Long-term outcome after spontaneous cerebellar haemorrhage, *European Neurology*, 52:112-119
2. **Lê Văn Thịnh, Nguyễn Thị Thanh Vân (2006):** Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của tai biến mạch máu não vùng tiểu não, *Tạp chí Y học lâm sàng Bệnh viện Bạch Mai*, số 10; 25-28.
3. **Huff J. S. (2003):** Cerebellar Hemorrhage, *J Emerg Medline*, 12(4), 521- 524
4. **Hà Hữu Quý (2007):** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học, nguyên nhân và hướng xử trí của chảy máu tiểu não, *Luận văn Bác sĩ Nội trú*, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Bayassi S. (2003):** Spontaneous cerebellar haematomas-results of surgical treatment, *NeurolNeurochir Pol*, 36:911-24.
6. **Lê Xuân Trung (2004):** Chảy máu não và tiểu não do tai biến mạch máu não, *Thần kinh học lâm sàng, NXB Y học*, 196 -197.
7. **Nguyễn Văn Đăng (1997):** Tai biến mạch máu não, *Nhà xuất bản Y học*.

PHẪU THUẬT VẾT HẠCH CHỦ BỤNG Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ CỔ TỬ CUNG, UNG THƯ NỘI MẠC TỬ CUNG VÀ UNG THƯ BUỒNG TRỨNG TẠI BỆNH VIỆN K

Lê Trí Chinh*, Phạm Văn Bình**

TÓM TẮT

*Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Lê Trí Chinh

Email: letrichinh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 11.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 2.3.2018

Ngày duyệt bài: 12.3.2018

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm di căn hạch chủ bụng và biến chứng của phẫu thuật vét hạch chủ bụng ở bệnh nhân ung thư cổ tử cung, ung thư nội mạc tử cung và ung thư buồng trứng. **Phương pháp:** mô tả hồi cứu. **Kết quả:** Trong 59 bệnh nhân: bệnh nhân ung thư cổ tử cung giai đoạn IB-IIA chiếm tỷ lệ cao nhất 37,3%, ung thư buồng trứng giai đoạn sớm (28,8%). Tổng số hạch chủ bụng vét được 323 hạch. Số lượng hạch trung bình $5,47 \pm 4,47$ (1-25 hạch). Tổng số hạch chủ bụng di căn 83 hạch, trung bình là: $1,41 \pm 2,98$ (1-18 hạch). Tỷ lệ di căn là $83/323 = 25,7\%$. Tỷ lệ bệnh nhân có di căn hạch chủ bụng sau mổ là $25/59 = 42,4\%$. Kích thước hạch chủ bụng sau mổ trung bình là: $1,38 \pm 1,22$, (0,4-5,0cm). Kích thước hạch càng lớn tỷ lệ di căn càng cao ($p < 0,0001$). Vị trí hạch di căn dưới ĐMMTTD ($14/25 = 56\%$). Tỷ lệ di căn hạch chủ bụng trong nhóm ung thư buồng trứng giai đoạn sớm là $5/17 = 29,4\%$; nhóm ung thư cổ tử cung giai đoạn IB-IIA là $9/22 = 40,9\%$. Độ nhạy và độ đặc hiệu của chẩn đoán hình ảnh đối với di căn hạch chủ bụng lần lượt là 52% và 100%. Tỷ lệ di căn hạch chủ bụng ở nhóm di căn hạch chậu xu hướng cao hơn so với nhóm không di căn hạch chậu 51,9% vs 28,6% ($P > 0,05$). Có 7 trường hợp biến chứng sau mổ (11,9%), không có tử vong sau mổ 30 ngày. **Kết luận:** Đặc điểm di căn hạch chủ bụng ở nhóm bệnh nhân ung thư cổ tử cung, ung thư buồng trứng, ung thư nội mạc tử cung là: Số lượng hạch di căn và số bệnh nhân di căn hạch chủ bụng cao, tỷ lệ hạch di căn cao khi kích thước hạch lớn, tỷ lệ di căn hạch chủ bụng có xu hướng cao hơn ở nhóm đã có di căn hạch chậu, vị trí di căn chủ yếu dưới động mạch mạc treo tràng dưới. Độ đặc hiệu của chẩn đoán hình ảnh với hạch chủ bụng di căn cao. Vết hạch chủ bụng là một phẫu thuật khó nhưng an toàn với tỷ lệ biến chứng thấp, giúp đánh giá chính xác giai đoạn, tiền lượng bệnh cũng như chiến lược điều trị hỗ trợ sau mổ.

Từ khóa: Vết hạch chủ bụng, Ung thư phụ khoa

SUMMARY

THE PARA-AORTIC LYMPHADENECTOMY IN PATIENTS WITH CERVICAL CANCER, ENDOMETRIAL CANCER, OVARIAN CANCER AT THE K HOSPITAL

Objects: Evaluating on the early results of para-aortic lymphadenectomy in patients with cervical cancer, endometrial cancer, ovarian cancer at the K hospital. **Method:** retrospective and observational study. **Results:** With 59 Patients: group of patients with cervical cancer staged IB-IIA was the highest proportion (37.3%), group of patients with early ovarian cancer was the second (28.8%). Of 323 para-aortic lymph nodes removed, 83 (25.7%) were positive. The mean number of para-aortic lymph nodes was 5.47 ± 4.47 (range 1-25). The mean number of metastatic para-aortic lymph nodes was 1.41 ± 2.98 (range 1-18). The proportion of metastatic para-aortic lymph nodes was $83/323 = 25.7\%$. The proportion of patients with lymph node metastasis after surgery was $25/59 = 42.4\%$. The mean size of postoperative para-aortic lymph node was 1.38 ± 1.22 (range 0.4-5.0cm). There was statistically significant association ($p < 0.0001$) between metastasis condition

of para-aortic lymph node after surgery and size of para-aortic lymph nodes; the larger size, the higher metastasis nodes rate. Of the lower para-aortic lymph nodes (below the inferior mesenteric artery) was the highest ($14/25 = 56\%$). The proportion of patients had para-aortic lymph node metastasis with early stage ovarian cancer was 29.4%; group of cervical cancer stage IB-IIA was 40.9%. The sensitivity and specificity of Imaging Diagnose for para-aortic lymph node 52%, 100%, respectively. The rate of positive para-aortic lymph node of patients had positive pelvic lymph node was higher than the group of patients had negative pelvic lymph node (51.9% vs 28.6%), but the difference was no statistically significant ($p = 0.078 > 0.05$). 7 cases of patients experiencing postoperative complications accounted for 11.9%. There was no patients had serious complications and death. **Conclusion:** Characteristics of para-aortic lymph node metastasis in patients with cervical cancer, ovarian cancer, endometrial cancer: high number of metastatic lymph nodes and high number of patients with para-aortic lymph node metastasis; the high incidence of lymph node metastasis related to large size of lymph nodes. The rate of para-aortic lymph node metastasis is higher in group with iliac lymph node metastasis, and metastatic sites is normally below inferior mesenteric artery. The specificity of diagnostic imaging is high for detecting abdominal lymph node metastases. Abdominal lymphadenectomy is difficult but safe procedure with with lower rate of complications. It helps to have accurate staging, prognosis and good strategy of adjuvant therapy.

Keywords: para-aortic lymphadenectomy, Gynecologic cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Di căn hạch là một yếu tố tiên lượng quan trọng trong các bệnh ung thư (UT) nói chung và UT loại biểu mô tuyến nói riêng. Tình trạng di căn hạch chứng tỏ tế bào ung thư đã lan tràn vào hệ thống bạch huyết, báo hiệu một quá trình di căn đã xảy ra, đây là một yếu tố tiên lượng xấu. Mục tiêu phẫu thuật nạo vét hạch bạch huyết là để xác định mức độ của bệnh và do đó để hướng dẫn điều trị thêm. Nạo vét hạch cũng có thể có một mục tiêu khác là loại bỏ các nút chứa chấp bệnh di căn cải thiện sự sống còn [7]. Nạo vét hạch chủ bụng (CB) trong UT phụ khoa vẫn là một quan điểm tương đối mới cả về lý thuyết và thực hành ngoại khoa ở Việt nam nên chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này. Chúng tôi viết bài này với mục tiêu:

1. Nhận xét đặc điểm di căn hạch chủ bụng trong một số bệnh ung thư cổ tử cung, nội mạc tử cung và ung thư buồng trứng.

2. Đánh giá biến chứng sớm của phẫu thuật nạo vét hạch chủ bụng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: gồm 59 bệnh nhân ung thư cổ tử cung, ung thư nội mạc tử cung và ung thư buồng trứng được phẫu thuật nạo vét hạch chủ bụng tại Bệnh viện K từ 1/2015 đến 8/2016.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- UT cổ tử cung giai đoạn IB-IIA được chỉ định phẫu thuật có di căn hạch chậu và hoặc hạch CB [đánh giá trong mổ hoặc chẩn đoán hình ảnh (CDHA)].

- UT nội mạc tử cung giai đoạn I-II có di căn hạch chậu và hoặc hạch CB (đánh giá trong mổ và hoặc CDHA).

- UT buồng trứng giai đoạn u khu trú tại tiểu khung trong phẫu thuật theo phân loại của FIGO năm 2008.

- UT cổ tử cung, UT nội mạc tử cung, UT buồng trứng tái phát hạch CB dựa trên CDHA

trước mổ.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm di căn hạch chủ bụng

Bảng 1: Tỷ lệ các nhóm bệnh trong nghiên cứu

Nhóm bệnh	N	Tỷ lệ%
UT cổ tử cung IB-IIA	22	37,3
UT cổ tử cung tái phát	7	11,9
UT nội mạc tử cung	4	6,8
UT nội mạc tử cung tái phát	5	8,5
UT buồng trứng giai đoạn sớm	17	28,8
UT buồng trứng tái phát	8	13,6
Tổng	59	100

Bảng 2: Số lượng, kích thước, tỷ lệ hạch chủ bụng di căn sau mổ

	N	X±SD	Min	Max
Tổng số hạch	323	5,47±4,47	1	25
Tổng số hạch di căn	83	1,41±2,98	1	18
Kích thước hạch (cm)		1,38±1,22	0,4	5,0
Tỷ lệ hạch di căn	83/323=25,7%			
Tỷ lệ BN di căn hạch	25/59=42,4%			

Bảng 3: Mối liên quan giữa tình trạng di căn hạch với kích thước hạch sau mổ

Kích thước hạch	Tình trạng hạch				Tổng	
	Di căn		Không di căn			
	N	Tỷ lệ %	N	Tỷ lệ %	N	Tỷ lệ %
≤ 1cm	9	21,4	33	78,6	42	100
1-2 cm	7	87,5	1	12,5	8	100
≥ 2 cm	9	100	0	0	9	100
Tổng	25		34		59	100
p < 0.0001						

p < 0,0001

Bảng 4: Vị trí di căn hạch

Vị trí di căn hạch	N	Tỷ lệ %
Dưới ĐMMT tràng dưới	14	56
Trên ĐMMT tràng dưới	7	28
Trên và dưới ĐMMT tràng dưới	4	16
Tổng	25	100

Bảng 5: Tỷ lệ di căn hạch chủ bụng ở nhóm ung thư buồng trứng giai đoạn u khu trú tiểu khung và ung thư cổ tử cung giai đoạn IB-IIA.

Bệnh	Di căn hạch CB	Hạch CB (+)		Hạch CB (-)		Tổng	
		N	Tỷ lệ %	N	Tỷ lệ %	N	Tỷ lệ %
Ung thư BT GD sớm		5	29,4	12	70,6	17	100%
Ung thư cổ tử cung IB-IIA		9	40,9	13	59,1	22	100%

Bảng 6: Mối liên quan giữa tình trạng di căn hạch chủ bụng sau mổ và hạch trên CDHA

		Hạch CB sau mổ				Tổng	
		Có di căn		Không di căn			
Hạch CB trên CDHA	Có	13	52%	0	0%	13	100%
	Không	12	48%	34	100%	46	100%
Tổng		25	100%	34	100%	59	100%
p≤ 0.0001							

p < 0,0001

Bảng 7: Mối liên quan giữa tình trạng di căn hạch CB và hạch chậu sau mổ

		Hạch CB sau mổ				Tổng	
		Có di căn		Không di căn			
Hạch chậu sau mổ	Có	14	51,9%	13	48,1%	27	100%
	Không	8	28,6%	20	71,4%	28	100%
Tổng		22	100%	33	100%	55	100%
P=0,078							

P=0,078

3.2 Biến chứng

Bảng 8: Biến chứng gần của phẫu thuật vét hạch CB

Biến chứng	N	Tỷ lệ %
Chảy máu có kiểm soát	2	3,4
Tắc ruột	1	1,7
Huyết khối tĩnh mạch sâu	1	1,7
Nang bạch huyết sau mổ	1	1,7
Rò niệu quản	0	0
Phù bạch huyết	2	3,4
Tử vong	0	0

IV. BÀN LUẬN

Số lượng, vị trí hạch chủ bụng di căn: Trong nghiên cứu của chúng tôi tổng số hạch CB vét được là 323 hạch, trong đó có 83 hạch di căn chiếm 25,7%. Số lượng hạch CB trung bình vét được là $5,47 \pm 4,47$ hạch, nhiều nhất là 25 hạch, ít nhất là 1 hạch. Số lượng hạch CB di căn trung bình là: $1,41 \pm 2,98$, nhiều nhất là 18 hạch, ít nhất là 1 hạch. Những trường hợp chỉ có 1 hạch CB là các trường hợp lấy hạch chẩn đoán hoặc lấy tối đa hạch di căn do hạch có kích thước lớn, vỡ vỏ dính vào bó mạch chủ bụng. Nghiên cứu của Nich M. Spirtos số lượng hạch CB trung bình là 7,9 hạch [6], cao hơn nghiên cứu của chúng tôi, điều này được giải thích là do nghiên cứu của chúng tôi lấy cả những trường hợp sinh thiết hoặc lấy tối đa hạch CB, những trường hợp này chỉ có 1 hạch nghi ngờ trong mổ làm sinh thiết tức thì âm tính hoặc một số trường hợp UT buồng trứng, UT nội mạc tử cung hạch di căn kích thước lớn chỉ lấy tối đa hạch nên số lượng hạch những trường hợp này ít hơn nhiều so với vét hạch hệ thống. Có 25 trường hợp bệnh nhân (BN) có di căn hạch CB sau mổ chiếm 42,4%, tỷ lệ này khá cao. Điều này cũng phù hợp vì nghiên cứu của chúng tôi đã khu trú vào nhóm đối tượng nguy cơ cao di căn hạch CB và những trường hợp tái phát đã thấy hạch nghi ngờ di căn trên CDHA.

Mối liên quan giữa tình trạng di căn hạch CB sau mổ với kích thước hạch và vai trò của CDHA (CT, MRI) trong chẩn đoán di căn hạch CB: Trong nghiên cứu của chúng tôi tình trạng di căn hạch tỷ lệ thuận với kích thước hạch vét sau mổ, hạch càng to tỷ lệ di căn càng cao ($p < 0,0001$). Trong

42 BN có kích thước hạch dưới 1 cm có 9 trường hợp di căn hạch chiếm tỷ lệ 21,4 %, tất cả các trường hợp này đều không thấy trên CDHA trước mổ. Các phương pháp CDHA thông thường chỉ phát hiện thấy hạch khi kích thước trên 1 cm. Trong nghiên cứu của chúng tôi CDHA chỉ phát hiện 13 trong tổng số 25 trường hợp di căn hạch sau mổ (độ nhạy 52%). Các nghiên cứu của các tác giả trên thế giới về vai trò của CDHA đối với di căn hạch cho kết quả tương tự nghiên cứu của chúng tôi. Thống kê của 72 nghiên cứu trong tổng số 5042 BN UT cổ tử cung cho độ nhạy và độ đặc hiệu đối với di căn hạch của CT (58 và 92%), của MRI (56 và 93%), của PET (75 và 98%) [2], [3], [4], [5].

Về vị trí di căn hạch chủ bụng: Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nhóm hạch CB di căn cao nhất là hạch dưới động mạch mạc treo tràng dưới (ĐMMTTD) 56%. Nhóm chỉ di căn hạch phía trên ĐMMTTD có 7 BN chiếm tỷ lệ 28%. Về giải phẫu UT cổ tử cung, UT nội mạc tử cung thường di căn nhóm hạch dưới chỗ xuất phát của ĐMMTTD trước khi di căn lên phía trên, tuy nhiên UT buồng trứng có thể di căn nhóm trên ĐMMTTD mà không có di căn nhóm dưới ĐMMTTD do tĩnh mạch buồng trứng trái đổ trực tiếp về tĩnh mạch thận trái, tĩnh mạch buồng trứng phải đổ trực tiếp về tĩnh mạch chủ bụng. Trong nghiên cứu của chúng tôi trong 7 BN di căn hạch phía trên ĐMMTTD thì có tới 5 BN UT buồng trứng (3 BN UT buồng trứng giai đoạn sớm, 2 BN UT buồng trứng tái phát). Nghiên cứu của Kleppe.M trên 124 BN UT buồng trứng giai đoạn u khu trú ở tiểu khung trong đó 69 BN được vét hạch CB cho thấy 6 BN (8,7%) di căn hạch CB phía trên ĐMMTTD [3].

Về mối liên quan giữa tình trạng di căn hạch chủ bụng và di căn hạch chậu: Trong 59 BN được vét hạch CB có 55 BN được vét đồng thời cả hạch chậu và hạch CB, 4 BN còn lại chỉ lấy hoặc vét hạch CB đơn thuần. Tỷ lệ di căn hạch CB ở nhóm có di căn hạch chậu có xu hướng cao hơn so với nhóm BN không có di căn hạch chậu (51,9% vs 28,6%). Tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p = 0,078 > 0,05$). Trong UT cổ tử cung thông thường hạch di căn theo tuần

tự theo các nhóm hạch bắt đầu từ hạch xung quanh cổ tử cung và parametre, đến nhóm hạch hố bịt, hạch chậu trong và chậu ngoài, hạch chậu gốc, hạch CB và cuối cùng di căn lên hạch thượng đòn trái. Đôi khi hạch di căn theo kiểu nhảy cóc, nghĩa là có thể thấy di căn hạch CB trước khi có di căn hạch chậu [5]. Trong UT buồng trứng di căn hạch CB có thể độc lập với di căn hạch chậu do đặc điểm giải phẫu như đã nói ở trên. Tỷ lệ di căn hạch chậu sau mổ là 49,1% (27 trong tổng số 55 BN), tỷ lệ di căn hạch CB ở nhóm không có di căn hạch chậu là 28,6%, điều này được giải thích là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi phần lớn là nhóm BN UT cổ tử cung đã được xạ trị tiểu khung trước mổ, vô hình chung đã làm thay đổi tình trạng hạch chậu di căn sau mổ. Hơn nữa, đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đã có sự chọn lọc nguy cơ cao di căn hạch CB, bao gồm những BN có di căn hạch chậu trong mổ (xác minh qua sinh thiết tức thì) hoặc những BN sờ thấy hạch CB nghi ngờ di căn trên đại thể, hoặc phát hiện trước mổ qua CDHA.

Đối với các trường hợp UT buồng trứng giai đoạn sớm: Tỷ lệ di căn hạch trong những BN này là 10-25% tùy thuộc vào các nghiên cứu [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 17 BN UT buồng trứng giai đoạn sớm, trong đó 16 BN (94,1%) được vét đồng thời cả hạch chậu và hạch CB, 1 BN (5,9%) chỉ được vét hạch CB. Tỷ lệ di căn hạch CB là 29,4%, trong đó 2 BN (11,8%) di căn đồng thời cả hạch chậu và hạch CB, 1 BN (5,9%) chỉ di căn hạch chậu, 3 BN (17,7%) chỉ di căn hạch CB. Nghiên cứu trên 35 BN UT buồng trứng u giới hạn ở tiểu khung Sau khi đánh giá giai đoạn đầy đủ bằng phẫu thuật 50% BN có tăng giai đoạn và trong số đó có 65% BN ở giai đoạn IIIC, tỷ lệ di căn hạch CB là 32% [6]. Nghiên cứu của Michael Frumovitz trên 124 BN UT buồng trứng giai đoạn u khu trú ở tiểu khung, phân loại giai đoạn sau mổ có 87 BN (70,2%) giai đoạn I, 37 BN (29,8%) ở giai đoạn II và III. 69 BN được vét hạch chậu và hạch CB, có 17 BN có di căn hạch (24,6%). Tỷ lệ di căn hạch CB là 17,4% trong đó: 5 BN (7,2%) chỉ di căn hạch chậu, 8 BN (11,6%) chỉ di căn hạch CB và 4 BN (5,8%) di căn đồng thời cả hạch chậu và hạch CB. Tác giả đi đến kết luận một số lượng đáng kể BN UT buồng trứng giai đoạn sớm thực chất đã ở giai đoạn muộn hơn nếu được đánh giá đầy đủ về tình trạng di căn hạch chậu và hạch CB thông qua phẫu thuật vét hạch [5].

Biến chứng trong và sau mổ: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 7 BN gặp biến chứng sớm

trong và sau mổ chiếm tỷ lệ 11,9%; không có BN nào gặp biến chứng nặng hoặc tử vong. Có 2 BN (3,4%) chảy máu trong mổ do rách tĩnh mạch chủ được khâu phục hồi kịp thời, 2 BN (3,4%) phù bạch huyết chi dưới, 1 BN (1,7%) tắc ruột sớm sau mổ phải mổ cấp cứu, 1 BN (1,7%) tắc tĩnh mạch chậu sau mổ, 1 BN (1,7%) nang bạch huyết vùng chậu sau mổ không có triệu chứng không cần can thiệp. Phù bạch huyết là biến chứng hay gặp nhất sau vét hạch chậu và vét hạch CB, dao động từ 1,5 -28% tùy thuộc vào từng nghiên cứu. Xạ trị sau mổ và việc mở rộng phẫu trường vét hạch làm tăng nguy cơ các biến chứng này. Một biến chứng khác cũng thường thấy sau vét hạch chậu và hạch CB là nang bạch huyết vùng chậu hoặc cạnh bó mạch chủ bụng. Một nghiên cứu hồi cứu trên 800 BN được vét hạch chậu và hoặc hạch CB trong UT phụ khoa, tỷ lệ nang bạch huyết sau mổ là 20%, tỷ lệ nang bạch huyết có triệu chứng là 6% [1]. Nghiên cứu của Nick M. Spirtos và CS trên 35 BN ung thư phụ khoa được vét hạch chậu và hạch CB bằng phẫu thuật nội soi, có 2 BN (5,7%) tắc ruột sau mổ và 2 BN (5,7%) huyết khối tĩnh mạch sâu phải điều trị chống đông [6].

V. KẾT LUẬN

- Đặc điểm di căn hạch chủ bụng: số lượng hạch CB trung bình: $5,47 \pm 4,47$. Tổng số hạch CB di căn 83 hạch. Số lượng hạch CB di căn trung bình là: $1,41 \pm 2,98$. Tỷ lệ BN có di căn hạch CB sau mổ là $25/59 = 42,4\%$. Di căn hạch CB đa số vị trí dưới ĐMMTTD $14/25 = 56\%$. Tỷ lệ di căn hạch CB trong nhóm BN UTBT giai đoạn sớm là $5/17 = 29,4\%$; nhóm BN UT cổ tử cung giai đoạn IB-IIA là $9/22 = 40,9\%$. Độ nhạy và độ đặc hiệu của chẩn đoán hình ảnh đối với di căn hạch CB lần lượt là 52% và 100%. Tỷ lệ di căn hạch CB ở nhóm BN di căn hạch chậu có xu hướng cao hơn so với nhóm BN không có di căn hạch chậu (51,9% vs 28,6%) ($p > 0,05$).

- Tỷ lệ biến chứng sau mổ 11,9% (7/59 BN), không có biến chứng nặng và tử vong sau mổ 30 ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Augusto Pereira, Javier F. Magrina et al (2007) "Pelvic and aortic lymph node metastasis in epithelial ovarian cancer". Gynecologic Oncology;105: 604-608.
2. Choi HJ, Roh JW, Seo SS, et al (2006). "Comparison of the accuracy of magnetic resonance imaging and positron emission tomography/computed tomography in the presurgical detection of lymph node metastases in patients with uterine cervical carcinoma: a prospective study". Cancer;106(4): 914.

3. **Kleppe M, Wang T, Van Gorp T, et al (2011).** « Lymph node metastasis in stages I and II ovarian cancer: a review.” *Gynecol Oncol* ; 123:610.
4. **Loft A, Berthelsen AK, Roed H, et al(2007).** “The diagnostic value of PET/CT scanning in patients with cervical cancer: a prospective study”. *Gynecol Oncol.* ;106(1):29.
5. **Michael Frumovitz et al (2014).** “Invasive cervical cancer: Staging and evaluation of lymph nodes”. *Gynecol.Oncol* 160:514
6. **Nick M. Spirtos, M.D,(A) John B, et al (2015).** “Laparoscopic bilateral pelvic and para-aortic lymph node sampling”. *American journal of Obstetrics and Gynecology* Vol 173:105-111
7. **Pelvic and paraaortic** lymphadenectomy in gynecologic cancers. “Up-to-date version 2016”.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG THẬN Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 120, QUÂN KHU 9

Đoàn Văn Tiếp*, Nguyễn Trung Kiên**, Lê Việt Thắng**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ và đặc điểm tổn thương thận ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 tại Bệnh viện quân y 120, Quân khu 9. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang trên 140 bệnh nhân Đái tháo đường typ 2 được chẩn đoán và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện quân y 120 (Quân khu 9) từ tháng 3/2017 đến tháng 5/2017. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương thận trong nghiên cứu của chúng tôi là 68,6%. Trong đó, số bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn 2 chiếm tỉ lệ 55,2%, giai đoạn 3 chiếm 43,8%, 1% ở giai đoạn 1 và không có bệnh nhân nào ở giai đoạn 4 và giai đoạn 5. Phân bố theo thể lâm sàng, bệnh nhân có MAU(+) chiếm tỉ lệ 40,6%, MAC(+) tỉ lệ 15,6%, suy thận mạn tính chiếm tỉ lệ cao nhất với 43,8%. **Kết luận:** Tổn thương thận là thường gặp ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2, trong đó chủ yếu là bệnh thận mạn giai đoạn 2 và 3. Thể lâm sàng của tổn thương thận hay gặp là suy thận mạn tính và MAU (+).

Từ khóa: đái tháo đường typ 2, tổn thương thận, MAU, MAC.

SUMMARY

SURVEY OF RENAL IMPAIRMENT CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES AT MILITARY HOSPITAL 120, MILITARY ZONE 9

Objective: To investigate the rate and characteristics of renal impairment in patients with type 2 diabetes at Military Hospital 120, Military Zone 9. **Subjects and methods:** A prospective, cross-sectional study of 140 type 2 diabetes patients who was diagnosed and treated as an outpatient at Military Hospital 120 (Military Zone 9) from March 2017 to May 2017. **Results:** The rate of patients with renal impairment in our study was 68.6%. The proportion of patients with stage 2 chronic kidney disease was 55.2%. This rate in stage 3 and stage 1 chronic kidney disease was 43.8% and 1% respectively. There were no patients with stage 4 and stage 5 chronic kidney disease. Clinically, patients with MAU (+) accounted for 40.6% while patients with MAU (+) accounted for 15.6%. Chronic renal failure accounted for the highest rate of 43.8%. **Conclusion:** Renal impairment which was mostly of stage 2 and 3 chronic kidney disease was common in type 2 diabetes patients.

*Bệnh viện Quân y 120, Quân khu 9

**Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Kiên

Email: bs.ntkien@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 2.3.2018

Ngày duyệt bài: 8.3.2018

The most common clinical manifestations of renal impairment were chronic renal failure and MAU (+) type.

Keywords: type 2 diabetes, renal impairment, MAU, MAC.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh nội tiết chuyển hoá mạn tính, có yếu tố di truyền. Bệnh được đặc trưng bởi sự tăng glucose máu, nguyên nhân chính do thiếu insulin tuyệt đối hoặc tương đối dẫn đến rối loạn chuyển hoá đường, đạm, mỡ và các chất khoáng. Các rối loạn này có thể đưa đến các biến chứng cấp tính, tình trạng dễ bị nhiễm trùng và về lâu dài dễ gây ra các biến chứng ở mạch máu lớn và mạch máu nhỏ.

Đái tháo đường gây ra nhiều biến chứng ở các cơ quan như: thận, tim, mạch máu, mắt, thần kinh... là nguyên nhân thường gặp của bệnh thận. Biến chứng thận là một trong những biến chứng nặng nề nhất đối với người bệnh, nguy cơ dẫn đến tàn phế và tử vong do suy thận cũng như ảnh hưởng tới chất lượng sống của người bệnh. Tổn thương thận do đái tháo đường typ 2 biểu hiện trên lâm sàng với 3 mức độ, bao gồm sự xuất hiện microalbumin niệu (MAU), protein niệu hay còn gọi macroalbumin niệu (MAC) với có hay không có hội chứng thận hư và cuối cùng là suy thận mạn tính (STMT). Tình trạng tổn thương thận ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2 được nhiều nghiên cứu công bố trên các nhóm bệnh khác nhau ở các bệnh viện khác nhau. Tại Bệnh viện 120 chưa có nghiên cứu nào về biến chứng thận ở bệnh nhân ĐTĐ đang được theo dõi và điều trị tại Bệnh viện. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Khảo sát tỷ lệ và đặc điểm tổn thương thận ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 tại Bệnh viện quân y 120, Quân khu 9.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 140 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 được chẩn đoán và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện quân y 120 (Quân khu 9) từ tháng 3/2017 đến tháng 5/2017

***Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu**

- Bệnh nhân được chẩn đoán ĐTĐ typ 2.
- Chẩn đoán lần đầu hoặc đang được điều trị bằng các biện pháp.
- Bao gồm cả nam, nữ.

- Được điều trị ngoại trú ở thời điểm nghiên cứu.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.
- *Tiêu chuẩn loại trừ**
- Đái tháo đường týp 1, đái tháo đường thai kỳ.
- Đang có những biến chứng nặng như nhiễm khuẩn, hôn mê do ĐTĐ, nhồi máu cơ tim cấp, đột quỵ não cấp...
- Bệnh nhân đái tháo đường có hội chứng thận hư
- Bệnh nhân ĐTĐ STMT giai đoạn cuối đang lọc máu chu kỳ.
- Bệnh nhân không hợp tác.

2. Phương pháp nghiên cứu

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

***Các tiêu chuẩn dùng trong nghiên cứu**

- Tiêu chuẩn chẩn đoán MAU (+); MAC (+): dựa vào nồng độ protein trong mẫu nước tiểu sáng sớm.
- + Microalbumin niệu: MAU (+): Lượng protein niệu 20 – 199mg/L
- + Macroalbumin niệu: MAC (+): Lượng protein niệu ≥ 200 mg/L
- Mức lọc cầu thận ước đoán tính theo công thức MDRD:

DTL creatinin ước đoán = $186 \times (\text{cre/ht})^{-1,154}$

x (tuổi)^{-0,203}

Nếu là nữ thì nhân với 0,742.

Áp dụng tính toán tại trang web www.mdrd.com.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán suy thận mạn tính:

Khi mức lọc cầu thận (MLCT) < 60 ml/phút theo phân loại của NKF 2007.

- Phân chia giai đoạn bệnh thận mạn tính theo KDOQI 2007

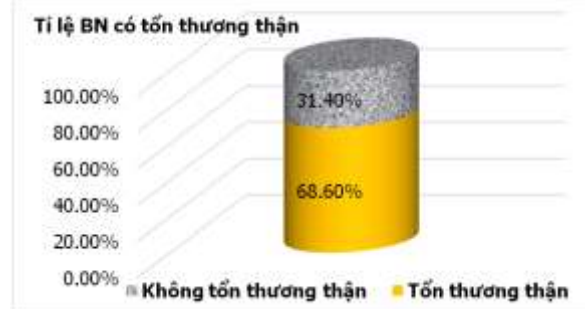
***Xử lý số liệu:** bằng phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 140 bệnh nhân nghiên cứu có tuổi trung bình là 57 tuổi, nam 50,7% và nữ là 49,3%. Thời gian phát hiện bệnh trung bình là 6,16 năm.

Bảng 1: Tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương thận

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tổn thương thận	96	68,6
Không	44	31,4
Tổng	140	100,0



Biểu đồ 1: Tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ có tổn thương thận

Tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương thận là 68,6% cao hơn so với số bệnh nhân không có tổn thương thận, chiếm tỷ lệ 31,4%.

Bảng 2: Phân bố bệnh nhân theo giai đoạn bệnh thận mạn dựa vào phân loại NKF/KDOQI

Giai đoạn bệnh thận	Số bệnh nhân (n = 96)	Tỷ lệ %
1	1	1,0
2	53	55,2
3	42	43,8
4	0	0
5	0	0
MLCT trung bình (ml/phút/1,73m ²)	64,52 $\pm$ 12,47	

Số bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 2 chiếm tỷ lệ 55,2%, giai đoạn 3 chiếm 43,8%, chỉ có 1% ở giai đoạn 1. Không có bệnh nhân giai đoạn 4 và giai đoạn 5.

Bảng 3: Phân bố bệnh nhân theo thể lâm sàng bệnh thận mạn tính

Thể lâm sàng	Số BN (n = 96)	Tỷ lệ %
MAU (+)	39	40,6
MAC (+)	15	15,6
STMT	42	43,8

Phân bố theo thể lâm sàng, bệnh nhân có MAU(+) chiếm tỷ lệ 40,6%, MAC(+) tỷ lệ 15,6%, STMT chiếm tỷ lệ cao nhất với 43,8%.

Bảng 4: Đặc điểm nồng độ ure và creatinine ở nhóm bệnh nhân có tổn thương thận

Đặc điểm	Nhóm có tổn thương thận n=96	Nhóm không tổn thương thận n=44	p
Ure (mmol/L)	5,93 $\pm$ 1,89	5,29 $\pm$ 1,34	< 0,05
Creatinin (μ mol/L)	97,69 $\pm$ 16,51	91,23 $\pm$ 8,77	< 0,05

Nồng độ ure và creatinin huyết thanh trung bình ở nhóm bệnh nhân có tổn thương thận là 5,93 $\pm$ 1,89mmol/L và 97,69 $\pm$ 16,51 μ mol/L, cao hơn có ý nghĩa thống kê (p < 0,05) so với nhóm không có tổn thương thận, số trung bình lần lượt là 5,29 $\pm$ 1,34mmol/L và 91,23 $\pm$ 8,77 μ mol/L.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương thận chiếm 68,6%, phân bố theo giai đoạn bệnh thận mạn dựa vào phân loại NKF/KDOQI số bệnh nhân ở giai đoạn 1 và 2 chiếm tỷ lệ 56,2%, giai đoạn 3 chiếm tỷ lệ 43,8%. Tác giả Nguyễn Thị Thanh Nga (2009) nghiên cứu 108 bệnh nhân đái tháo đường type 2 thống kê được tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương thận là

74,1%. Tỷ lệ bệnh nhân ĐTD có tổn thương thận theo tác giả Lê Đình Tuấn (2017) là 33,1% trong tổng số 501 bệnh nhân nghiên cứu. Tác giả Wani F. A. (2016) nghiên cứu trên 100 bệnh nhân ĐTD type 2 mới chẩn đoán, cho tỷ lệ bệnh nhân có biến chứng thận là 33%. Như vậy qua các nghiên cứu trên cho thấy tỷ lệ biến chứng thận nói chung ở bệnh nhân ĐTD type 2 gặp từ 33 – 74,1%, kết quả giữa các nghiên cứu có khác nhau do mẫu nghiên cứu và đặc điểm bệnh nhân khác nhau, nhưng điểm chung là tỷ lệ biến chứng thận gặp khá cao. Điều này cho thấy việc chú ý và phòng ngừa biến chứng thận ở bệnh nhân ĐTD là rất quan trọng, tuy nhiên phần lớn bệnh nhân ĐTD type 2 đều không rõ thời điểm xuất hiện bệnh. Một số nghiên cứu đã ghi nhận ĐTD type 2 thường đã có từ lâu trước khi bệnh nhân phát hiện bệnh, do vậy ngay tại thời điểm phát hiện đã có một số bệnh nhân đã có một số biến chứng của bệnh, trong đó có biến chứng thận.

Phân bố bệnh nhân tổn thương thận theo thể lâm sàng, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân có MAU(+) chiếm tỷ lệ 40,6%, MAC(+) tỷ lệ 15,6%, STMT chiếm tỷ lệ cao nhất với 43,8%. Các tỷ lệ này theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thanh Nga (2009) lần lượt là 20,4%, 53,7% và 22,8. Kết quả của Lê Đình Tuấn (2017) trong nghiên cứu đặc điểm biến chứng thận ở bệnh nhân ĐTD type 2 điều trị ngoại trú, cho bảng tỷ lệ theo thể lâm sàng như sau: MAU(+) 70,0%, MAC(+) 17,4% và STMT 12,6%. Sự khác nhau giữa các kết quả nghiên cứu trên có thể do đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu khác nhau, thời gian mắc bệnh ĐTD khác nhau và cỡ mẫu khác nhau.

So sánh nồng độ ure và creatinin máu giữa 2 nhóm bệnh nhân có tổn thương thận và không có tổn thương thận cho thấy nồng độ ure và creatinin huyết thanh trung bình ở nhóm bệnh nhân có tổn thương thận là $5,93 \pm 1,89\text{mmol/L}$ và $97,69 \pm 16,51\mu\text{mol/L}$, cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với nhóm không có tổn thương thận, số trung bình lần lượt là $5,29 \pm 1,34\text{mmol/L}$ và $91,23 \pm 8,77\mu\text{mol/L}$. Sự tiến triển của bệnh thận ĐTD theo thời gian sẽ dẫn đến STMT, biểu hiện qua sự tăng nồng độ ure và creatinin máu cũng như sự giảm MLCT.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi một lần nữa khẳng định cơ chế tổn thương thận mà y văn đã nêu: Tổn thương thận được phát hiện khi xét nghiệm nước tiểu có microalbumin (lượng protein niệu từ 30mg - 300mg/24 giờ). Microalbumin niệu trong thời kỳ đầu cũng không

thường xuyên, chỉ xuất hiện khi kiểm soát glucose máu kém và bài xuất ban ngày nhiều hơn ban đêm. Bệnh nhân khi đã có Albumin niệu vi thể chứng tỏ bắt đầu có bệnh thận (biến chứng thận), nếu không được can thiệp đặc hiệu, gần 80% bệnh nhân ĐTD type 1 có Albumin niệu vi thể kéo dài bài xuất Albumin theo nước tiểu sẽ tăng dần, hàng năm có từ 10-20% tiến tới bệnh thận lâm sàng (Albumin niệu $\geq 300\text{mg}/24\text{h}$ hoặc $\geq 200\mu\text{g}/\text{ph}$) trong thời gian từ 10-15 năm. Về sau microalbumin niệu xuất hiện thường xuyên và nồng độ tăng lên, thời gian cho sự xuất hiện của microalbumin niệu thường từ 5 - 20 năm kể từ khi được chẩn đoán đái tháo đường.

Giai đoạn muộn hay giai đoạn bệnh thận lâm sàng được xác định khi Albumin niệu $> 300\text{mg}/24\text{ giờ}$, hay có sự suy giảm mức lọc cầu thận. Triệu chứng lâm sàng đầu tiên thường là phù do rối loạn tái hấp thu nước tại ống thận. Tốc độ tiến triển của suy giảm chức năng thận vào khoảng từ 2 – 20ml/phút/năm, trung bình vào khoảng 12ml/phút/năm. Quá trình suy giảm chức năng thận sẽ nhanh hơn nếu có tăng huyết áp hệ thống, mất nhiều Albumin qua nước tiểu, thiếu máu và các biến chứng khác của bệnh nhân ĐTD.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương thận trong nghiên cứu của chúng tôi là 68,6%. Trong đó, số bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn 2 chiếm tỷ lệ 55,2%, giai đoạn 3 chiếm 43,8%, 1% ở giai đoạn 1 và không có bệnh nhân nào ở giai đoạn 4 và giai đoạn 5. Phân bố theo thể lâm sàng, bệnh nhân có MAU(+) chiếm tỷ lệ 40,6%, MAC(+) tỷ lệ 15,6%, suy thận mạn tính chiếm tỷ lệ cao nhất với 43,8%. Nồng độ ure và creatinin huyết thanh trung bình ở nhóm bệnh nhân có tổn thương thận là $5,93 \pm 1,89\text{mmol/L}$ và $97,69 \pm 16,51\mu\text{mol/L}$, cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) so với nhóm không có tổn thương thận, số trung bình lần lượt là $5,29 \pm 1,34\text{mmol/L}$ và $91,23 \pm 8,77\mu\text{mol/L}$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Diabetes Association, *Standards of medical care in diabetes--2012*. Diabetes Care, 2012. 35 Suppl 1: p. S11-63.
2. Saunders, W., *KDOQI clinical practice guidelines and clinical practice recommendations for diabetes and chronic kidney disease*. 2007: p. S42-S54.
3. Speckhaert, M. and J. Delanghe, *Assessment of renal function, Oxford Textbook of Clinical Nephrology*. 2016: Oxford University Press.

4. Wani, F.A., et al., *Prevalence of Microvascular Complications in Newly Diagnosed Type-2 Diabetes Mellitus*. Int J Sci Stud, 2016. 3(10): p. 102-5.
5. World Health Organization, *Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its*

- complications: report of a WHO consultation. Part 1, Diagnosis and classification of diabetes mellitus*. 1999.
6. Trần Hữu Đăng, *Bệnh nội tiết chuyển hóa*. Đái tháo đường. 2013: Bộ Y Tế, Nhà xuất bản giáo dục.
7. Lê Huy Liệu, *"Đái tháo đường", Bách khoa thư bệnh học*. Vol. Tập 3. 2003: Nhà xuất bản Y học.

CHI PHÍ TRỰC TIẾP CHO ĐIỀU TRỊ VÀ NGOÀI ĐIỀU TRỊ CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TRONG MỘT LẦN ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI KHOA KHÁM BỆNH, BỆNH VIỆN THANH NHÀN – HÀ NỘI, NĂM 2017

Nguyễn Văn Chính*, Phạm Huy Tuấn Kiệt*,
Nguyễn Thị Bạch Yến*, Phạm Bích Diệp*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định và phân chi phí (CP) trực tiếp cho điều trị và một số CP trực tiếp ngoài điều trị của người bệnh ĐĐT típ 2 điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Thanh Nhàn, Hà Nội, năm 2017. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang 440 người bệnh ĐĐT típ 2 điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 12-2017 đến tháng 01-2018. **Kết quả:** Tổng CP trung bình cho 1 lần điều trị ngoại trú là 1.328.293 đồng; trong đó CP trực tiếp cho điều trị là 714.973 đồng; một số CP trực tiếp ngoài điều trị là 613.320 đồng. CP thuốc chiếm tỷ trọng lớn nhất (61,3%) trong tổng CP trực tiếp cho điều trị, CP ăn uống cho điều trị chiếm tỷ trọng lớn nhất (69,5%) trong tổng CP trực tiếp ngoài điều trị. **Kết luận:** CP trực tiếp điều trị ngoại trú ĐĐT típ 2 khá cao chiếm 48,4% so với thu nhập trung bình của người dân. Cần tuyên truyền, giáo dục kiến thức phòng bệnh ĐĐT và khuyến khích người dân tham gia BHYT để chia sẻ gánh nặng bệnh tật.

Từ khóa: đái tháo đường, chi phí điều trị, điều trị ngoại trú.

SUMMARY

DIRECT MEDICAL COST AND DIRECT NON MEDICAL COST FOR TREATMENT PER VISIT OF TYPES 2 DIABETIC PATIENTS AT MEDICAL EXAMINATION DEPARTMENT, THANH NHAN HOSPITAL – HANOI, 2017

Objective: To identify and analyse some direct medical cost and some direct non medical cost of type 2 diabetic patients who are type 2 diabetic outpatients at Examination Department, Thanh Nhan hospital, Hanoi, 2017. **Method:** cross sectionl study among 440 type 2 diabetic outpatients coming to Medical Examination Department in Thanh Nhan hospital from December 2017 to January 2018. **Results:** The average cost for an outpatient treatment is VND 1,328,293 in which

direct medical cost is VND 714,973; some direct non medical cost is VND 613,320. Cost for medicine accounts for the largest propotion (61,3%) of total direct medical cost, cost for food serving for treatment accounts for the largest propotion (69,5%) of total direct non-medical cost. **Conclusion:** Direct medical cost per visit for type 2 diabetic patients is high, accounts for 48,4% their average income. It is needed to communicate and educate for people to prevent diabetes and encourage people to buy health insurance to share their risks.

Key Words: diabetes, treatment cost, outpatient treatment.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐĐT) là bệnh mạn tính, chiếm khoảng 60 - 70% các bệnh nội tiết và được xếp vào một trong ba bệnh gây tàn phế và tử vong cao nhất. Theo Hiệp hội đái tháo đường thế giới (IDF), năm 2013 trên toàn thế giới có 382 triệu người mắc. Dự tính vào năm 2035 có 592 triệu người mắc bệnh ĐĐT, tăng 55% so với năm 2013, với 6 giây có một người chết do ĐĐT. Ở Việt Nam năm 2012, tỷ lệ ĐĐT ở các thành phố lớn như Hồ Chí Minh là 10,8-11%, ở Hà Nội 6,2% ở nam và 8% ở nữ và ước tính số người mắc ĐĐT ở Việt Nam sẽ tăng lên 2.342.879 người vào năm 2030.

ĐĐT là gánh nặng đối với sự phát triển kinh tế xã hội vì bệnh gây nhiều biến chứng nặng nề. Một nghiên cứu tại Mỹ năm 2007 cho thấy, chi phí (CP) cho điều trị ĐĐT là 174 tỷ đô la, trong đó CP trực tiếp là 116 tỷ đô la (CP điều trị ĐĐT là 27 tỷ đô la, 58 tỷ đô la chi cho điều trị các biến chứng của bệnh ĐĐT và 31 tỷ đô la cho các CP y tế khác), CP gián tiếp là 58 tỷ đô la. Ở Việt Nam, các nghiên cứu CP điều trị ĐĐT típ 2 còn ít và hạn chế, chủ yếu tập trung vào diễn biến cũng như các phác đồ điều trị bệnh. Nghiên cứu này nhằm xác định và ước tính những chi phí trực tiếp mà cả cơ sở y tế và người bệnh phải gánh chịu trực tiếp cho điều trị và một số CP

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn văn Chính

Email: giaosuchinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 6.3.2018

Ngày duyệt bài: 16.3.2018

trực tiếp ngoài điều trị của người bệnh ĐTĐ típ 2 điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Thanh Nhàn, Hà Nội, năm 2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tính chi phí kết hợp số liệu hồi cứu và tiến cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên quan điểm của người cung cấp dịch vụ và người sử dụng dịch vụ (bao gồm cả bệnh nhân và cơ quan BHYT).

2. Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh (NB) được chẩn đoán xác định ĐTĐ típ 2 đang điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Thanh Nhàn, Hà Nội (loại trừ NB mắc các bệnh nặng khác kèm theo hoặc có biểu hiện đợt cấp của biến chứng).

3. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu: Được tính theo công thức một giá trị trung bình

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

Trong đó: α : Mức ý nghĩa thống kê với $\alpha = 0,05$ thì hệ số $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$, σ^2 : Độ lệch chuẩn, với $\sigma = 5.0756$ [7], d : độ lệch chính xác tuyệt đối mong muốn = 0.498. Cỡ mẫu tính được $n = 399,1$ người. Cỡ mẫu cần thiết là 440 bệnh nhân ĐTĐ típ 2.

Chọn mẫu thuận tiện: NB bị ĐTĐ típ 2 vào Khoa Khám bệnh trong thời gian nghiên cứu và nằm trong đối tượng nghiên cứu sẽ được mời tham gia vào nghiên cứu cho đến khi đủ số bệnh nhân.

4. Phương pháp tính chi phí: Tất cả các chi phí trực tiếp phát sinh cho người bệnh và cơ

quan BHYT đã được đưa vào tính toán theo công thức sau:

Tất cả các chi phí trực tiếp phát sinh cho bên cung cấp dịch vụ và người bệnh đã được đưa vào tính toán theo công thức sau:

CP trực tiếp cho điều trị = CP khám bệnh + CP xét nghiệm + CP chẩn đoán hình ảnh + CP phẫu thuật, thủ thuật + CP thăm dò chức năng + CP thuốc

CP trực tiếp ngoài điều trị = CP ăn uống cho điều trị + CP đi lại + CP thuốc hỗ trợ điều trị.

Quan điểm phân tích CP từ phía người bệnh, BHYT. Trong nghiên cứu này chỉ phân tích CP trực tiếp của người bệnh điều trị ngoại trú bao gồm: CP trực tiếp cho điều trị (khám, xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh,...) và một số CP trực tiếp ngoài điều trị (ăn uống, đi lại,...).

Nghiên cứu này thực hiện xác định chi phí cho một lần điều trị ngoại trú của người bệnh đã được chẩn đoán xác định ĐTĐ típ 2 (một lần điều trị ngoại trú của người bệnh kéo dài 30 ngày bao gồm người bệnh được khám, cấp thuốc (nếu cần thiết)).

5. Phương pháp thu thập thông tin:

Phòng văn trực tiếp NB sử dụng bộ câu hỏi bán cấu trúc để thu thập thông tin cá nhân và CP trực tiếp ngoài điều trị; sao chép thông tin từ bệnh án và bảng kê CP khám bệnh, chữa bệnh ngoại trú để thu thập CP trực tiếp cho điều trị.

6. Phân tích và xử lý số liệu: Nhập liệu, làm sạch, xử lý và phân tích số liệu trên phần mềm Excel 2013, SPSS 23.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của 440 đối tượng nghiên cứu

Các đặc điểm		n	%
Giới tính	Nam	161	36.6
	Nữ	279	63.4
Nhóm tuổi	≤60 tuổi	86	19.5
	>60	354	80.5
Công việc hiện nay	Làm ruộng, công nhân, tự do	47	10.6
	Kinh doanh, cán bộ	4	1.0
	Hưu trí	313	71.1
	Khác	76	17.3
Nơi cư trú	Thành thị	429	97.5
	Khác	11	2.5
Tình trạng BHYT	Có	440	100
Thu nhập trung bình/tháng	Mean (± SD)	2.744.161±1.878.369	
Thu nhập trung bình/tháng	Dưới 1 triệu đồng	Chiếm 16.4%	

Tuổi trung bình của NB là 68,4±9.2 tuổi, nữ chiếm 63,4%. Tuổi trung bình của NB cao hơn so với thế giới (đa số bệnh nhân ĐTĐ từ 65 tuổi ở các nước phát triển và từ 45-64 tuổi ở các nước đang phát triển [2],[3]).

Nghề nghiệp chủ yếu là hưu trí, và nghề khác (là đối tượng nghỉ mất sức, nghỉ theo chế độ 176),

100% người bệnh có BHYT. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì tuổi của người bệnh >60 tuổi chiếm 80,5% cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Bích Thủy (61,6%) [6].

2. Chi phí trực tiếp điều trị ngoại trú của người bệnh ĐTD típ 2

2.1. Chi phí trực tiếp cho điều trị

Bảng 2. Chi phí trực tiếp cho điều trị của người bệnh ĐTD típ 2 trong 1 lần điều trị ngoại trú

Chi phí trực tiếp cho điều trị (đơn vị tính: Đồng)	Trung bình	Trung vị	Độ lệch chuẩn	Thấp nhất	Cao nhất
CP khám bệnh	44.177	39.000	29.736	37.050	411.700
CP xét nghiệm	215.310	190.800	166.469	0	2.696.400
CP chẩn đoán hình ảnh	10.028	0	88.193	0	1.754.000
CP phẫu thuật, thủ thuật	4.129	0	31.055	0	307.000
CP thăm dò chức năng	2.924	0	14.945	0	231.000
CP thuốc	438.406	407.286	289.220	0	4.655.600

Trong tổng CP trực tiếp cho điều trị thì CP thuốc là 438.406 đồng, chiếm tỷ trọng cao nhất (61,3%), CP xét nghiệm là 215.310 đồng (chiếm 30,1%). Kết quả này phù hợp với người bệnh ĐTD típ 2 điều trị ngoại trú, họ chủ yếu đến kiểm tra định kỳ và lấy thuốc nên thông thường chỉ cần khám, làm các xét nghiệm.

CP trực tiếp cho điều trị là 714.973 chiếm 26,1% so với thu nhập trung bình hàng tháng của người bệnh (2.744.161 đồng/tháng), kết quả này thấp hơn so với chi phí trực tiếp cho 1 đợt điều trị nội trú của Nguyễn Thị Bích Thủy (xấp xỉ 1/2 thu nhập hàng tháng của người bệnh).

2.2. Chi phí trực tiếp ngoài điều trị

Bảng 3. Chi phí trực tiếp ngoài điều trị của người bệnh ĐTD típ 2 trong 1 lần điều trị ngoại trú

CP trực tiếp ngoài điều trị (đơn vị tính: Đồng)	Trung bình	Trung vị	Độ lệch chuẩn	Thấp nhất	Cao nhất
CP thuốc hỗ trợ điều trị	161.089	0	384.354	0	2.500.000
CP đi lại	25.895	16.840	30.144	0	340.000
CP ăn uống cho điều trị	426.336	150.000	573.936	0	2.920.000

Trong một số CP trực tiếp ngoài điều trị thì CP ăn uống cho điều trị chiếm tỷ trọng cao nhất 69,5% (426.336 đồng), CP thuốc hỗ trợ điều trị đứng thứ 2 với tỷ lệ 26,3% (161.089 đồng), CP đi lại chiếm 1 tỷ trọng rất nhỏ 4,2% (25.895 đồng). Kết quả này do người bệnh điều trị ngoại trú khám và lấy thuốc trong 1 buổi sáng, không phải ở lại qua đêm, họ có thể tự đến bệnh viện bằng phương tiện cá nhân, không phải ăn uống tại bệnh viện, không phát sinh các CP khác.

2.3. Tổng chi phí trực tiếp cho điều trị và ngoài điều trị

Bảng 4. Tổng chi phí trực tiếp của người bệnh ĐTD típ 2 cho 1 lần điều trị ngoại trú

Các khoản CP trực tiếp (đơn vị tính: Đồng)	Trung bình	Trung vị	Độ lệch chuẩn	Thấp nhất	Cao nhất
CP trực tiếp cho điều trị	714.973	679.006	347.289	39.000	4.922.500
CP trực tiếp ngoài điều trị	613.320	298.625	759.837	0	4.794.000
Tổng CP trực tiếp	1.328.293	1.054.401	851.653	149.500	6.354.495
Tổng CP NB chi trả	657.384	327.608	769.482	0	4.872.025
Tổng CP BHYT chi trả	670.908	637.111	321.074	39.000	4.884.780

Tổng CP trực tiếp cho 1 lần điều trị ngoại trú của người bệnh là: 1.328.293 đồng, chiếm 48,4% so với thu nhập trung bình. CP điều trị chiếm tỷ trọng lớn trong thu nhập trung bình trên tháng của NB. Điều này sẽ làm gia tăng tình trạng phụ thuộc kinh tế vào người thân của người bệnh.

BHYT chi trả 670.908/1.328.293 đồng (chiếm 50,5% tổng CP trực tiếp). NB phải chi trả 657.384/1.328.293 đồng (chiếm 49,5% tổng CP). BHYT đã làm giảm áp lực kinh tế cho người bệnh ĐTD típ 2, đặc biệt là 16,4% người bệnh có

thu nhập trung bình < 1.000.000 đồng/tháng. Vì vậy, chúng ta cần khuyến khích người bệnh ĐTD típ 2 và cộng đồng cùng tham gia BHYT để cùng chia sẻ gánh nặng kinh tế cho chính người bệnh ĐTD típ 2 nói riêng và cộng đồng nói chung.

V. KẾT LUẬN

CP trung bình cho 1 lần điều trị ngoại trú của người bệnh ĐTD típ 2 là 1.328.293 đồng, chiếm 48,4% thu nhập trung bình của người bệnh. CP trực tiếp cho điều trị trung bình cho 1 lần điều trị ngoại trú là 714.973 đồng, trong đó CP thuốc là

cao nhất chiếm 61,3%. CP trực tiếp ngoài điều trị trung bình cho 1 lần điều trị ngoại trú là 613.320 đồng, trong đó chi phí ăn uống cho điều trị là cao nhất chiếm 69.5%. CP trực tiếp điều trị ngoại trú ĐTĐ típ 2 là gánh nặng kinh tế cho người bệnh, đặc biệt 16,4% người bệnh có thu nhập trung bình nhỏ hơn 1 triệu đồng/tháng và những người bệnh có nhiều biến chứng kèm theo. Từ kết quả nghiên cứu trên, chúng tôi đưa ra một số khuyến nghị sau: Tuyên truyền, giáo dục kiến thức phòng bệnh: đối với người có nguy cơ thì thay đổi hành vi và lối sống để giảm nguy cơ mắc bệnh; các cá nhân chủ động khám bệnh định kỳ để phát hiện sớm bệnh ĐTĐ típ 2 trong cộng đồng; đối với người bệnh thì tuân thủ phác đồ điều trị nhằm hạn chế biến chứng của người bệnh làm giảm chi phí cho người bệnh ĐTĐ típ 2.

Tuyên truyền và khuyến khích người dân tham gia BHYT để duy trì và phát triển quỹ BHYT nhằm chia sẻ gánh nặng kinh tế với chính bản thân người bệnh ĐTĐ típ 2 nói riêng và cả người thân, cộng đồng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Diabetes Federation (2015)**, *Diabetes Atlas Seventh Editor 2015*, Brussels, Belgium.
2. **Giáo dục sức khỏe (2016)**, *Thông tin cần biết về Bệnh Đái tháo đường*, truy cập ngày 18-09-2017, tại trang Web <http://t4g.hue.gov.vn/?gd=1&cn=97&tc=1686>
3. **Health Intelligence (2013)**, *Prevalence of diabetes in the world 2013*, truy cập ngày 18-9-2017, tại trang web <http://publichealthintelligence.org/content/prevalence-diabetes-world-2013>.
4. **Scott M. Grundy, Ivor J. Benjamin và Gregory L. Burke et al (1999)**, *"Diabetes and Cardiovascular Disease"*, *AHA Scientific Statement*, 100(10), tr. 1134-1146.
5. **Burton E Sobel và David J Schneider. (2005)**, *"Cardiovascular complication in diabetes mellitus"*, *Current Opinion in Pharmacology*, 5(2), tr. 143-148.
6. **Nguyễn Thị Bích Thủy, Vũ Xuân Phú và Nguyễn Quỳnh Anh (2013)**, Chi phí trực tiếp cho y tế và ngoài y tế của người bệnh đái tháo đường tại khoa nội tiết, bệnh viện Thanh Nhàn - Hà Nội, năm 2013, *Tạp chí Y học thực hành*, 893 (11), tr. 6-10.
7. **Nguyễn Hoàng Lan (2007)**, Gánh nặng kinh tế của bệnh đái tháo đường ở các hộ gia đình có người bệnh ở Thành phố Huế, *Khoa Y tế công cộng, Trường Đại học Y Dược Huế*.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CẮT LÁCH NỘI SOI MỘT ĐƯỜNG RẠCH Ở TRẺ XUẤT HUYẾT GIẢM TIỂU CẦU

Hồng Quý Quân¹, Nguyễn Việt Hoa¹, Vũ Hồng Tuấn¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Cắt lách nội soi ngày nay là tiêu chuẩn vàng cho cắt lách bệnh lý nhờ sự phát triển của các phương tiện nội soi, dao hàn mạch. Cắt lách nội soi một đường rạch ở rốn ngày nay được áp dụng vì đem lại kết quả thẩm mỹ và ít đau hơn các phương pháp khác. Tuy vậy việc cắt lách nội soi một đường rạch ở bệnh nhi xuất huyết giảm tiểu cầu (XHGTC) còn gặp thách thức do nguy cơ chảy máu cao. **Mục đích:** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội một đường rạch cắt lách ở trẻ XHGTC. **Đối tượng và phương pháp:** 16 bệnh nhi xuất huyết giảm tiểu cầu được mổ cắt lách nội soi một đường rạch tại khoa phẫu thuật Nhi bệnh viện Việt Đức (1/2016-1/2018). Ghi lại dữ liệu về tiểu cầu trước mổ, thời gian mổ, lượng máu mất, các biến chứng, thời gian nằm viện. **Kết quả:** Cắt lách nội soi một đường rạch giúp bệnh nhân giảm đau hơn sau mổ, thời gian nằm viện rút ngắn, tất cả bố mẹ bệnh nhân đều hài lòng về kết quả thẩm mỹ sau mổ. **Kết luận:** Cắt lách nội soi một đường rạch là

một phương pháp an toàn, hiệu quả trong cắt lách ở bệnh nhi XHGTC.

Từ khóa: Cắt lách nội soi một đường rạch, xuất huyết giảm tiểu cầu,

SUMMARY

SINGLE INCISION LAPAROSCOPIC SPLENECTOMY IN CHILDREN WITH IMMUNE THROMBOCYTOPENIC PURPURA

Background: Single incision laparoscopic splenectomy has advantages over open splenectomy and laparoscopic splenectomy. Bleeding is the main complication and cause for conversion, especially in children with immune thrombocytopenic purpura (ITP). **Method:** We records of all pediatric patients with ITP undergoing single incision laparoscopic splenectomy at Viet Duc Hospital. **Results:** Sixteen pediatric patients with IPT were operated. The mean blood loss was 58mL (range, 20 to 170), operating time was 87 minutes (range, 55 to 170). Two minor postoperative complication occurred. No open conversion. **Conclusion:** We believe that single incision laparoscopic splenectomy is safe and effect to pediatric patient with ITP.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt lách nội soi lần đầu được thực hiện năm 1991[2], đến nay đã được áp dụng phổ biến cho

¹Khoa phẫu thuật Nhi, Bệnh viện Việt Đức
Chịu trách nhiệm chính: Hồng Quý Quân
Email: Dr.hongquyquan@gmail.com
Ngày nhận bài: 15.01.2018
Ngày phản biện khoa học: 5.3.2018
Ngày duyệt bài: 16.3.2018

các bệnh lý về máu của lách. Các nghiên cứu đều chỉ ra các ưu điểm của cắt lách nội soi [1], [2], [3], [5], tuy vậy chảy máu và chuyển mủ mớ vẫn xảy ra vì vậy việc áp dụng các phương tiện xử lý mạch máu cuống lách là cần thiết. Đặc biệt trong những trường hợp xuất huyết giảm tiểu cầu, khi số lượng tiểu cầu thấp nguy cơ chảy máu càng cao hơn nữa. Từ năm 1993 phẫu thuật nội soi đã được áp dụng tại bệnh viện Việt Đức, và vài năm trở lại đây chúng tôi bắt đầu sử dụng hệ thống cắt đốt mạch máu LigaSure của hãng Valleylab trong cắt lách nội soi với ưu điểm có thể đốt cắt các mạch máu có đường kính đến 7mm. [1], [3], [5]

Nghiên cứu này của chúng tôi thực hiện nhằm đánh giá kết quả cắt lách nội soi sử dụng LigaSure ở trẻ xuất huyết giảm tiểu cầu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: Những bệnh nhi xuất huyết giảm tiểu cầu đã được mổ cắt lách nội soi một đường rạch tại khoa phẫu thuật Nhi bệnh viện Việt Đức thời gian từ tháng 1/2016 đến tháng 1/2018

2. Phương pháp: Nghiên cứu mô tả

2.1. Phương tiện mổ: Hệ thống phẫu thuật nội soi của hãng Kaln Storz và hệ thống cắt đốt mạch máu LigaSure của hãng Valleylab

2.2. Kỹ thuật mổ: Bệnh nhân được gây mê toàn thân, tư thế nằm nghiêng sang phải 60- 90°, có gối đệm ở ngang mức hố lách nhằm thuận tiện cho việc bộc lộ lách.

Phẫu thuật viên đứng bên phải bệnh nhân, phụ mổ đứng cùng bên phẫu thuật viên và ở phía trên. Dụng cụ viên đứng bên trái bệnh nhân, bàn dụng cụ để ở phía chân bệnh nhân.

Rạch hình chữ Z ở trong chu vi rốn, phẫu tích bóc xung quanh dưới da vùng rốn. Đặt 3 trocar như hình vẽ. Sau khi bơm hơi ổ bụng với áp lực từ 8 đến 12mmHg tùy theo tuổi bệnh nhân, thăm dò ổ bụng và gỡ dính nếu có để tiếp cận cực dưới của lách. Dùng LigaSure cắt các dây chằng lách đại tràng, hoành đại tràng, Mở túi cùng hậu cung mạc nối bằng việc cắt mạch vị mạc nối. Cắt dây chằng vị lách cùng các động mạch vị ngăn từ dưới lên trên để bộc lộ rõ cuống lách và đuôi tụy. Cắt dây chằng lách - thận và hoành- lách, lúc này lách được giải phóng khỏi các dây chằng, chỉ còn liên quan đến đuôi tụy. Phẫu tích đuôi tụy khỏi cuống lách, cắt cuống lách bằng LigaSure. Hút sạch máu đọng hố lách, dẫn lưu hố lách. Lấy bệnh phẩm. Sau mổ bệnh nhân đánh hơi được cho ăn.

3. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 1/2016 đến tháng 1/2018 có 16 bệnh nhi xuất huyết giảm tiểu cầu được mổ cắt lách nội soi một đường rạch tại khoa phẫu thuật Nhi bệnh viện Việt Đức. Tuổi trung bình là 8,2 thấp nhất là 5 tuổi, lớn nhất là 13 tuổi. Trẻ trai là 10 (62,5%).

Tiểu cầu trước mổ trung bình là $32 \times 10^9/L$, thấp nhất là $3 \times 10^9/L$ cao nhất là $120 \times 10^9/L$

Thời gian mổ trung bình là 95 phút, ngắn nhất là 55 phút và lâu nhất là 180 phút.

Lượng máu mất trong mổ trung bình là 56 ml, ít nhất là 20ml và nhiều nhất là 130 ml.

Không có bệnh nhân nào phải chuyển mổ mở.

Thời gian phục hồi lưu thông ruột trung bình là 1,3 ngày, sớm nhất là 1 ngày và muộn nhất là 3 ngày.

Thời gian nằm viện trung bình là 3,3 ngày, ngắn nhất là 3 ngày và dài nhất là 5 ngày.

Không có trường hợp nào tử vong. Không có biến chứng nặng sau mổ chỉ có 1 trường hợp có nhiễm trùng ổ trocar.

100% bố mẹ bệnh nhi hài lòng về kết quả thẩm mỹ sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

Lách là tạng nằm sâu trong vòm hoành bên trái, bản chất nhu mô lách rất giòn, dễ chảy máu và mỗi khi đã chảy máu thì rất khó cầm máu. Cắt lách nội soi được thực hiện lần đầu tiên trên thế giới bởi Delaitre B vào năm 1991. Đến nay phẫu thuật cắt lách nội soi đã được thực hiện rộng rãi trên thế giới cũng như trong nước cho hầu hết các bệnh lý của lách. Về chỉ định của cắt lách cho các bệnh lý: bệnh lý xuất huyết giảm tiểu cầu, bệnh lý cường lách, thiếu máu huyết tán, nang hoặc áp xe lách, chứng phình động mạch trong động mạch lách, nhồi máu lách. Ngoài ra còn có một số trường hợp bệnh lý ác tính nhưng chỉ định hạn chế như bệnh bạch cầu hay một số loại U lymphoma có thể ảnh hưởng đến các tế bào giúp cơ thể chống lại các bệnh nhiễm trùng.

Trong các chỉ định cắt lách nội soi thì bệnh lý xuất huyết giảm tiểu cầu là phổ biến nhất, đây cũng là một thách thức với các phẫu thuật viên do nguy cơ chảy máu tăng cao do lượng tiểu cầu trước mổ cần đạt $>30 \times 10^9/L$. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 bệnh nhân số lượng tiểu cầu trước mổ chỉ dưới $10 \times 10^9/L$ mặc dù đã được điều trị tích cực trước mổ bằng

gamaglobulin và truyền tiểu cầu. Và bệnh nhân đã được mổ và kết quả tốt. Chúng tôi tiến hành truyền tiểu cầu trong mổ để lượng tiểu cầu được nâng lên trong quá trình mổ, giúp giảm nguy cơ chảy máu. Nghiên cứu của Wu, và cộng sự cắt lách nội soi vẫn có thể tiến hành ở những trường hợp tiểu cầu thấp dưới $1 \times 10^9/L$.

Tất cả 16 bệnh nhi phẫu thuật đạt 100% thành công, không có bệnh nhân nào phải thêm trocar hoặc chuyển đổi phương pháp phẫu thuật, không có tử vong, biến chứng sau mổ, do đó phẫu thuật là an toàn và khả thi. Tuy nhiên vẫn có một số yếu tố liên quan đến khó khăn phẫu thuật. Theo Delaitre có 4 nguyên nhân gây khó khăn cho phẫu thuật nội soi cắt lách đó là: béo phì, lách to, kinh nghiệm phẫu thuật của phẫu thuật viên, kỹ thuật xử trí mạch máu của lách. Các trường hợp xuất huyết giảm tiểu cầu

tiên phát thường được điều trị corticoid nên thường nhập viện trong tình trạng mang những đặc điểm của hội chứng Cushing với tình trạng béo phì, điều này là một yếu tố gây khó khăn hơn cho mổ nội soi. [2]

Việc phẫu tích với phẫu thuật nội soi một đường rạch với 3 trocar nằm ở 1 vị trí là khó khăn hơn do góc hoạt động của các dụng cụ bị thu hẹp nên đòi hỏi phải có quá trình rèn luyện, các ca đầu chúng tôi thường mất nhiều thời gian hơn, càng về sau thời gian mổ được rút ngắn hơn.

Theo các nghiên cứu tỷ lệ chuyển mổ mở hoặc thêm trocar trong cắt lách nội soi một đường rạch cho bệnh lý xuất huyết giảm tiểu cầu là khoảng 4,8% do nguyên nhân chảy máu trong quá trình mổ, khó tiếp cận cực trên lách.

Bảng 1: So sánh thời gian mổ cắt lách nội soi một đường rạch và nội soi kinh điển ở bệnh nhi XHGTC

Nghiên cứu	Số bệnh nhân	Thời gian phẫu thuật	Lượng máu mất	Chuyển mổ mở	Biến chứng	Thời gian nằm viện
HQ Quân 2018	16	95 (55-180)	56 (20-130)	0	1	3,3 (3-5)
Machado NO [3] 2010	12	126 (110-240)	70 (50-460)	0	2	4 (3-6)
Aydin C [1] 2008	19	107 (45-230)	88 (20-400)	2	3	4 (3-10)
Wang GY [6] 2008	32	70 (55-130)	200 (50-600)	0	0	6
Yuney E [5] 2005	10	93 (60-155)	60 (20-100)	0	0	4,3 (3-7)

Trong kỹ thuật mổ của chúng tôi, chúng tôi sử dụng dao Ligasure cho tất cả các ca mổ. Với những ưu điểm của dao Ligasure là có thể hàn mạch máu, mạch bạch huyết có đường kính đến 7mm và mỗi hàn chịu được áp lực có thể cao gấp 3 lần áp lực tâm thu. Chính vì vậy việc cầm máu trở nên dễ hơn.

Về tính thẩm mỹ, tất cả các trường hợp đều mang lại sự hài lòng cho bố mẹ bệnh nhi. Thật vậy, dễ dàng nhận thấy rằng: với phẫu thuật nội soi một đường rạch số lượng sẹo mổ trên thành bụng đã giảm từ 3-5 sẹo xuống còn 1 sẹo. trong phẫu thuật nội soi thông thường mặc dù vết rạch đặt trocar rốn lúc đầu là 10mm nhưng sau đó khi lấy lách ra ngoài cũng phải mở rộng vết mổ này lên 2-3cm do đó vết rạch tại rốn cũng tương đương của phẫu thuật 1 đường rạch. Sử dụng đường vào là rốn, rốn lại là 1 sẹo bẩm sinh nên bệnh nhân xem như không có thêm sẹo mới nào, hoặc sẹo được che khuất vì vậy phẫu thuật được thực hiện như là không có sẹo mổ và kết quả thẩm mỹ là tối ưu. Đối với những trường hợp đường vào là vùng hạ sườn trái thì ưu thế thẩm mỹ đã giảm đi rõ rệt.

V. KẾT LUẬN

Với những kết quả trên chúng tôi thấy rằng cắt lách nội soi một đường rạch là phương pháp an toàn, hiệu quả và thẩm mỹ cho các bệnh nhi XHGTC. Tuy cỡ mẫu còn nhỏ nên chúng tôi hy vọng sẽ có nhiều kinh nghiệm chia sẻ hơn khi cỡ mẫu lớn hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aydin C, Kayaalp C, Olmez A, Tatli F, Kirimlioglu V. (2008). Laparoscopic splenectomy with a vessel sealing device. *Minim Invasive Ther Allied Technol.*17(5):308–312.
2. Delaitre B, Champault G, Barrat C, et al. (2000). Laparoscopic splenectomy for haematologic disease: study of 275 cases. French Society of Laparoscopic Surgery. *Ann Chir.* 125(6):522–529.
3. Machado NO, Al Kindy N, Chopra PJ. (2010). Laparoscopic Splenectomy Using LigaSure. *Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons.* 14(4):547-52.
4. Qureshi FG, Ergun O, Sandulache VC, Nadler EP, Ford HR, Hackam DJ, Kane TD. (2005). Laparoscopic splenectomy in children. *Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons.* 9(4):389-92.
5. Yuney E, Hobek A, Keskin M, Yilmaz O, Kamali S, Oktay C. (2005). Laparoscopic splenectomy and LigaSure. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.*15:212–215.

6. Wang GY, Liu YH, Lu GY, Liu K, Zhang W, Li N, Tan YQ. (2008). The value of spleen subpedicle two steps, severance with LigaSure in laparoscopic splenectomy. *Zhonghua Wai Ke Za Zhi*. 46(19):1457–1459.
7. Winslow ER, Brunt LM. (2003) Perioperative outcome of laparoscopic versus open splenectomy: a meta-analysis with an emphasis on complication. *Surgery*. 134(4):647– 653.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA THUỐC AZARGA TRONG ĐIỀU TRỊ GLÔCÔM GÓC MỞ

Nguyễn Lê Trung¹, Nguyễn Đình Ngân¹,
Vũ Hải Long², Vũ Anh Tuấn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị, tác dụng phụ của thuốc Azarga trên bệnh nhân glôcôm góc mở và tìm hiểu một số yếu tố liên quan có ảnh hưởng đến kết quả điều trị của thuốc. **Phương pháp:** nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng tiến cứu trên 40 mắt (24 bệnh nhân) được chẩn đoán glôcôm góc mở tháng 12 năm 2015 đến tháng 4 năm 2016 tại bệnh viện Mắt Trung ương. **Kết quả:** Hiệu quả hạ nhãn áp ở các thời điểm 3 ngày, 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng khác biệt có ý nghĩa so với trước điều trị ($p < 0,05$). Nhãn áp trung bình trước điều trị là 31,65mmHg đã hạ xuống còn 15,18mmHg tương đương hạ 47,96% so với nhãn áp ban đầu. Có 87,5% số mắt đạt mức nhãn áp < 18 mmHg ở tất cả các lần theo dõi. Tỷ lệ thành công ở nhóm glôcôm góc mở nguyên phát là 91,7%, ở nhóm glôcôm do corticoid là 83,3%, nhóm thất bại sau phẫu thuật đạt 100%. Tác dụng phụ của thuốc đều nhẹ và có tỷ lệ rất thấp. Thời gian phát hiện bệnh có liên quan tỷ lệ hạ nhãn áp ($p < 0,05$). Giá trị nhãn áp ban đầu liên quan đến tỷ lệ hạ nhãn áp ($p < 0,05$). Hình thái glôcôm không liên quan đến tỷ lệ hạ nhãn áp. Tiền sử dùng thuốc liên quan chặt chẽ đến tỷ lệ hạ nhãn áp, nhóm bệnh nhân dùng nhiều thuốc tỷ lệ thành công đạt 62,5%, nhóm dùng 1 thuốc và chưa dùng thuốc trước đó đạt tỷ lệ thành công 100%. **Kết luận:** Azarga có tác dụng hạ nhãn áp khá tốt, ít tác dụng phụ và có thể sử dụng cho các hình thái glôcôm. Những yếu tố liên quan đến hiệu quả hạ nhãn áp của thuốc bao gồm giá trị nhãn áp trước khi điều trị, tiền sử dùng thuốc hạ nhãn áp, thời gian phát hiện bệnh.

Từ khóa: glôcôm góc mở, nhãn áp, azarga

SUMMARY

EVALUATE THE RESULTS OF AZARGA IN OPEN GLAUCOMA

Objectives: to evaluate the result of Azarga on the open glaucoma patients and assess some factors that related to the efficacy of this eye drop. **Methods:** the cohort study was conducted on 40 eyes (24 open angle glaucoma patients) at the Vietnam national institute of Ophthalmology from December 2015 to April 2016. **Result:** the reduction of intra-ocular pressure (IOP) was significantly all of times of post treatment examination (3 days, 1 week, 01 month, 03 months and 6 months) ($p < 0,05$). The average of IOP after treatment was 15.18 mmHg that was equal the

reduction of 47.96% of pre-treatment IOP (31.65mmHg). There were 87.5% of treatment eyes which IOP was lower than 18mmHg at every times of post treatment examination. The successful rate was 91.7% in primary open angle glaucoma group, 83.3% in steroid-induced glaucoma and 100% in glaucoma surgery failure group. The side effects of the eye drop were mild and very low rate. The time of glaucoma detecting and the initial IOP were associated to the ability of IOP lowering ($p < 0.05$). The types of glaucoma were not associated to the ability of IOP lowering. The history of using IOP reduction drugs was strongly correlated with the IOP lowering. The successful rate was 100% in group that had never used IOP reduction drug or used only one drug and was 62.5% in group that had used more than one drug for reducing IOP. **Conclusion:** Azarga was good at lowering IOP with very few side effects and could be used in different types of glaucoma. The association factors of this drug efficacy were initial IOP, the history of using IOP reduction drugs and the time of glaucoma detecting.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Glôcôm là một nhóm bệnh mắt nguy hiểm cần được chẩn đoán sớm, điều trị và theo dõi chặt chẽ vì hậu quả mù lòa do bệnh glôcôm là không thể phục hồi [5]. Mục tiêu chính trong điều trị glôcôm là phải hạ được nhãn áp và duy trì chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Cho đến nay lựa chọn hàng đầu trong điều trị glôcôm góc mở vẫn là sử dụng thuốc tra tại chỗ để điều chỉnh nhãn áp. Thuốc được chỉ định cho hầu hết các giai đoạn của bệnh. Thuốc phải được dùng đều đặn, đúng giờ, liên tục không được ngắt quãng, có thể phải điều trị suốt đời vì vậy chế độ điều trị hợp lý thuận tiện là rất quan trọng. Theo khuyến cáo của hiệp hội Glôcôm châu Âu, thuốc được ưu tiên sử dụng điều trị đầu tiên là nhóm Prostaglandine, nếu như nhãn áp không điều chỉnh hoặc bệnh nhân bị tác dụng phụ của thuốc thì có thể lựa chọn đến nhóm thuốc ức chế thụ cảm thể beta. Tuy nhiên, những nhóm thuốc này vẫn có những điểm hạn chế nhất định, nhóm thuốc Prostaglandine gây tác dụng đỏ mắt kéo dài, cộm kích thích nên khó khăn khi dùng ở các bệnh nhân cơ địa dị ứng. Nhóm thuốc ức chế thụ cảm thể beta có thể có tác dụng phụ lên hệ tuần hoàn và hô hấp và hiệu quả hạ nhãn áp không cao. Khi sử dụng đơn lẻ các nhóm thuốc này mà nhãn áp vẫn không đạt được mục đích điều trị thì bác sĩ phải cân nhắc điều trị phối hợp với các

¹Bệnh viện Quân Y 103

²Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lê Trung

Email: bstrung8a@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 7.3.2018

Ngày duyệt bài: 12.3.2018

nhóm thuốc khác như ức chế men chuyển, cường phó giao cảm, cường giao cảm alpha [5].

Vào tháng 11. 2008, thuốc phối hợp cố định giữa nhóm thuốc ức chế thụ thể beta (timolol 0,5%) và nhóm thuốc ức chế men chuyển (brinzolamide 1%) với tên biệt dược là Azarga được hãng Alcon chính thức giới thiệu trên thị trường. Ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào đánh giá về hiệu quả sử dụng của thuốc và những yếu tố liên quan. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả điều trị và một số yếu tố liên quan của thuốc Azarga trên bệnh nhân glôcôm góc mở.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng thực hiện tại khoa Glôcôm bệnh viện Mắt Trung ương trong khoảng thời gian từ tháng 9/2015 đến tháng 9/2016.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Glôcôm góc mở nguyên phát: mới được phát hiện hoặc đã được điều trị thuốc nhưng nhãn áp chưa điều chỉnh
- Glôcôm góc mở nguyên phát đã phẫu thuật nhãn áp chưa điều chỉnh
- Glôcôm góc mở thứ phát có tiền sử dùng thuốc cortico-steroid tra mắt kéo dài.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân mất cảm hoặc có chống chỉ định với các thành phần của thuốc
- Phụ nữ có thai và cho con bú
- Bệnh nhân không có điều kiện dùng thuốc và theo dõi định kì.

2. Thiết kế nghiên cứu:

2.1. Cỡ mẫu

- *Loại hình nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng tiến cứu.*

- *Cỡ mẫu được tính theo công thức.*

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

Trong đó: *p*: Tỷ lệ phần nhãn áp hạ thành công ước tính so với trước điều trị = 30%, *ε*: sai số ước tính = 0,12, *a*: độ tin cậy 95%=0,05%, suy ra *n*: 40 mắt

2.2. Cách thức tiến hành

- Tất cả bệnh nhân được hỏi bệnh sử, tiền sử dùng thuốc, đo thị lực, nhãn áp. Khám bán phần trước, đánh giá gai thị, đo thị trường trung tâm bằng thị trường kế Humphrey test SITA 24-2, chụp OCT đầu dây thần kinh thị giác và lớp sợi thần kinh quanh gai.

- Bệnh nhân được tra mắt thuốc Azarga 2 lần /ngày. Đánh giá nhãn áp và các tác dụng không

mong muốn tại các thời điểm 3 ngày, 7 ngày, 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng.

2.3. Các chỉ tiêu thu được

- Đặc điểm bệnh nhân: tuổi giới, nhãn áp, hình thái glôcôm.

- Hiệu quả hạ nhãn áp

+ Giá trị nhãn áp các thời điểm

+ Tỷ lệ hạ nhãn áp trên 30%

+ Các tác dụng phụ nếu có

+ Kết quả hạ nhãn áp của bệnh nhân được chia theo các mức độ của nhãn áp sau khi tra thuốc (đo bằng nhãn áp kế Goldmann)

. Thành công: nhãn áp ≤ 18mmHg

. Tương đối: nhãn áp từ 21 đến trên 18mmHg

. Thất bại: nhãn áp > 21 mmHg

- Một số yếu tố liên quan

+ Hình thái glôcôm với hạ nhãn áp

+ Giá trị nhãn áp ban đầu với hiệu quả nhãn áp

+ Tiền sử dùng thuốc

- So sánh kết quả nhãn áp trung bình tại các thời điểm với nhãn áp trung bình trước điều trị sử dụng test χ^2

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm bệnh nhân: Nghiên cứu tiến hành trên 24 bệnh nhân (40 mắt) với độ tuổi trung bình là 46,68 ± 10,62 tuổi. Số bệnh nhân nam là 11 chiếm 46,0%, nữ có 13 bệnh nhân chiếm 54,0%. So với tác giả Vũ Thị Thái và Phùng Thị Nguyệt Hằng (2014) thì độ tuổi nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn[1]. Chúng tôi thấy số lượng bệnh nhân bị glôcôm và đục thể thủy tinh có xu hướng ngày càng gia tăng, do tự ý mua thuốc tra mắt có thành phần corticosteroid kéo dài. Nếu tính số bệnh nhân ≤ 60 tuổi ở mẫu nghiên cứu thì gặp 20/24 bệnh nhân chiếm 83,33%. Đây là nhóm trong độ tuổi lao động bị bệnh glôcôm, nguy cơ giảm thị lực cao là gánh nặng cho gia đình và xã hội. Về yếu tố giới tính thì trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt giữa 2 giới ($p > 0,05$).

Số lượng mắt bị GLGM nguyên phát là 24 mắt (60%), 6 mắt bị glôcôm thứ phát do corticoid (15%) và 10 mắt sau phẫu thuật lỗ rò. Mặc dù ở nhóm phẫu thuật lỗ rò cũng là glôcôm góc mở đã được cắt bè hoặc cắt củng mạc sâu nhưng chúng tôi chia thành một hình thái khác. Sau phẫu thuật với thời gian phẫu thuật trên 2 năm, do quá trình xơ sẹo hoá dẫn đến tắc nghẽn lỗ rò, làm giảm hiệu quả hạ nhãn áp điều trị. Điều đáng lưu ý ở đây là trong 6 mắt bị glôcôm do corticoid có 2 mắt là do bệnh lý viêm kết mạc dị ứng phải sử dụng corticoid kéo dài, có 4 mắt là tự ý mua thuốc tra mắt corticoid điều trị tại nhà.

Điều đó nói lên sự cần thiết của việc kiểm soát chặt chẽ trong việc bán và sử dụng thuốc, cũng như tăng cường giáo dục kiến thức y học thường thức cho người dân.

3.2. Hiệu quả hạ nhãn áp

Bảng 1. Giá trị nhãn áp trung bình sau điều trị tại các thời điểm

Thời điểm	n	Giá trị TB	p
Trước ĐT	40	31.65 ± 4.61	
Sau ĐT 3 N	40	20.08 ± 6.38	p< 0.05
Sau ĐT 7 N	40	16.08 ± 4,20	p<0.05
Sau ĐT 1 T	40	15.40 ± 3.22	p< 0.05
Sau ĐT 3 T	40	15.88 ± 4.55	p< 0.05
Sau ĐT 6 T	40	15.18 ± 3.53	p< 0.05

Sau điều trị 1 tháng, giá trị nhãn áp trung bình hạ của chúng tôi có sự dao động rất lớn từ 4-18mmHg, giá trị khác biệt rất nhiều so với tác giả Arturo (3-3,6mmHg) [4]. Tại thời điểm 6 tháng điều trị nhãn áp hạ từ 12-26 mmHg so với giá trị ban đầu. Gábor và cs có giá trị nhãn áp hạ thấp hơn so với kết quả của chúng tôi [6]. Do bệnh nhân của các tác giả trên đã sử dụng thuốc hạ nhãn áp trước đó nhưng không đạt được nhãn áp đích, khi sử dụng Azarga nhãn áp tiếp tục hạ nhưng không quá nhiều. Trong khi đó, nhóm đối tượng bệnh nhân của chúng tôi có 17 mắt chưa dùng thuốc trước đó, tạo ra khoảng chênh lệch nhãn áp lớn. Kết quả của chúng tôi cũng tương đương với Hollo (2009) và Manni (2009) [6], [7].

Bảng 2. Bảng tỷ lệ hạ nhãn áp thành công theo thời điểm.

Thời điểm Mức độ	3 ngày		7 ngày		1 tháng		3 tháng		6 tháng	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Thành công	15	37.5	26	65	35	87.5	33	82.5	35	87.5
Tương đối	3	7.5	7	17.5	4	10	4	10	2	5
Thất bại	22	55	7	17.5	1	2.5	3	7.5	3	7.5
Tổng	40	100	40	100	40	100	40	100	40	100

Kết quả sau 1 tháng điều trị kết quả đạt được nhãn áp < 18mmHg là 35 mắt (87.5%), 4 mắt (10%) có nhãn áp từ 19-21mmHg và có 1 mắt (2.5%) không đạt được. Ở thời điểm 6 tháng sau điều trị, số mắt đạt nhãn áp < 18mmHg không thay đổi là 35 mắt (chiếm 87.5%) tuy nhiên số mắt điều trị thất bại lại tăng lên từ 1 mắt (2.5%) thành 3 mắt (7.5%). Nguyên nhân của thất bại này là do bệnh nhân có thời gian mắc bệnh nhiều năm, đã sử dụng nhiều nhóm thuốc hạ nhãn áp khác nhau, kèm theo tuổi cao, hoặc phụ thuộc vào corticoid. Tuy vậy, tỷ lệ hạ thành công của chúng tôi vẫn cao hơn so với tác giả Hollo [6].

Bảng 3. Tỷ lệ hạ nhãn áp trên 30% so với nhãn áp ban đầu

Giai đoạn	Tỷ lệ hạ NA trên 30%		<25%		25-30%		>30%	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ngày thứ 3	3	7,5%	0	0	37	92,5		
Ngày thứ 7	1	2,5	1	2,5	38	95		
1tháng	1	2,5	0	0	39	97,5		
3 tháng	2	5	0	0	38	95		
6 tháng	1	2,5	0	0	39	97,5		

Tỷ lệ % nhãn áp hạ được >30% so với giá trị nhãn áp ban đầu của chúng tôi là rất cao chiếm 97,5%. Sự khác biệt về tỷ lệ % hạ nhãn áp trung bình có thể là do đặc điểm nhóm nghiên cứu của chúng tôi có số lượng bệnh nhân có độ tuổi mắc bệnh trẻ hơn, hình thái glôcôm nguyên phát chưa điều trị chiếm tỷ lệ nhiều, nhãn áp trung bình trước điều trị cao hơn. Tuy nhiên, với số lượng mắt là không nhiều nên chúng tôi chỉ đưa ra nhận xét bước đầu.

Ở thời điểm sau 3 ngày dùng thuốc chúng tôi lập bảng kiểm đánh giá tác dụng phụ của thuốc Azarga, trong đó tập trung vào 3 tác dụng phụ thường gặp mà các tác giả khác đã nghiên cứu. Chúng tôi nhận thấy kết quả của chúng tôi cao

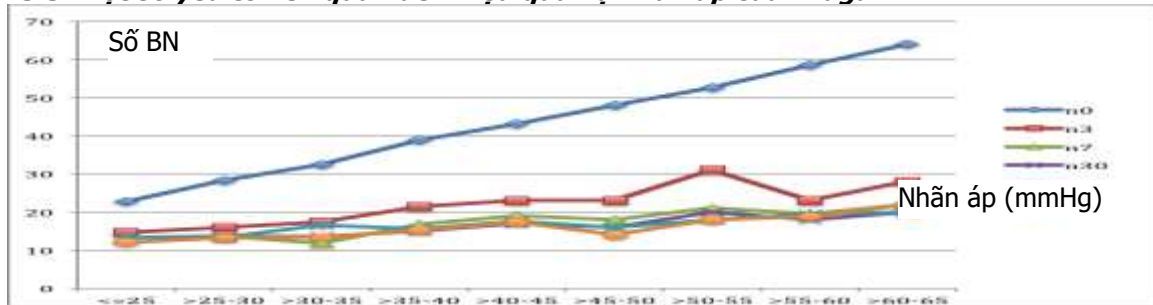
hơn rất nhiều so với các tác giả. Do mẫu nghiên cứu của chúng tôi ít hơn so với các tác giả. Ngoài ra ở 2 nhóm nghiên cứu được so sánh, bệnh nhân đã sử dụng các thuốc đơn trị liệu hoặc đa trị liệu trước đó, nhất là đã từng sử dụng đơn lẻ nhóm timolol và nhóm brinzolamide, nên bệnh nhân cũng quen thuốc hơn. Tác dụng gây mờ mắt thoáng qua đều chiếm tỷ lệ cao nhất, tuy nhiên triệu chứng này được chấp nhận. Cơ chế gây ra là do thành phần cấu tạo của thuốc ở dạng dịch treo, vì thế độ bám dính trên bề mặt lâu hơn so với nhóm thuốc dạng dung dịch. Ưu điểm của thuốc Azarga là cảm giác xót mắt ít hơn do độ Ph ≈ 7.2 gần ở dạng trung tính. Đây

là một yếu tố quan trọng cho sự tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân.

Bảng 4. So sánh tác dụng phụ với các nghiên cứu khác

Tác giả	Triệu chứng	n	Xót mắt khi nhỏ (%)	Đỏ mắt (%)	Mờ mắt thoáng qua (%)	Viêm GM chấm nông (%)
Kaback và cs,(2008)		174	2.9	0.6	3.4	1,5
Manni G và cs (2009)		220	2.7	0.5	3.6	0,7
V.A.Tuấn và cs (2016)		40	7,5	5	10	7,5

3.3. Một số yếu tố liên quan đến hiệu quả hạ nhãn áp của Azagar



Biểu đồ 1. Mối liên quan giữa giá trị nhãn áp ban đầu với kết quả hạ nhãn áp

Tham khảo với các nghiên cứu khác trên thế giới cũng sử dụng brinzolamide - timolol 0.5% thì kết quả của chúng tôi cao hơn các tác giả khác [4],[5],[6],[7]. Sở dĩ nhãn áp trung bình trước điều trị của chúng tôi cao hơn là do trong nhóm nghiên cứu có đến 19 mắt (47.5%) chưa được điều trị trước đó, độ tuổi dưới 60 chiếm 85%. Những mắt có giá trị nhãn áp ban đầu càng cao thì giá trị trung bình nhãn áp hạ càng mạnh. Còn những mắt đã điều trị bằng thuốc

trước đó thì giá trị ban đầu đo được chính là trị số nhãn áp đã có sự điều chỉnh của thuốc nên khi nhỏ Azarga nhãn áp hạ xuống thêm một chút. Những mắt có giá trị ban đầu rất cao, sau đó hạ xuống nhưng để đạt được mức thành công <18mmHg thì lại không đạt được. Trong khi đó, với những mắt có giá trị nhãn áp ban đầu tăng ở mức độ vừa phải thì lại đạt được mức thành công. Tỷ lệ hạ nhãn áp thành công giữa các mức là khác biệt có ý nghĩa ($p < 0,05$, test χ^2).

Bảng 3. Hiệu quả hạ nhãn áp với các hình thái glôcôm

Hình thái Glôcôm	Phân loại NA		Thành công		Thất bại		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
GLCGM	22	91,7	2	8,3	24	100		
GLC do corticoid	5	83,3	1	16,7	6	100		
GLC đã PT thất bại	10	100	0	0	10	100		
Tổng	37	92,5	3	7,5	40	100		

Tỷ lệ hiệu quả hạ nhãn áp thành công tại thời điểm kết thúc nghiên cứu ở nhóm glôcôm do phẫu thuật là cao nhất đạt 100%, nhóm glôcôm nguyên phát là 91,7% và thấp nhất là nhóm glôcôm do corticoid chỉ có 83,3%. Ở nhóm glôcôm do phẫu thuật, khi tra Azarga với mục đích bổ sung, nên nhãn áp hạ về giá trị an toàn với tỷ lệ cao. Ở nhóm glôcôm nguyên phát có số mắt được phát hiện sớm nhiều, một số mắt đã điều trị bằng thuốc trước đó, cho nên đạt được

tỷ lệ thành công cao. Những trường hợp thất bại là những mắt điều trị bằng thuốc kéo dài dẫn đến tính đáp ứng với thuốc kém. Nhãn áp có hạ nhưng không đạt được đến giá trị nhãn áp thành công. Trong khi đó, đối với nhóm glôcôm do corticoid việc dùng thuốc để về nhãn áp đích là rất khó khăn. Ngoài ra ở nhóm glôcôm này cũng gặp những người có sự tuân thủ điều trị kém dẫn đến kết quả không cao.

Bảng 4. Mối liên quan giữa tiền sử dùng thuốc với kết quả điều trị

Tiền sử dùng thuốc	Tỷ lệ hạ nhãn áp		Thành công		Thất bại		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Chưa dùng thuốc	17	100	0	0	17	100		
Dùng 1 thuốc	9	100	0	0	9	100		
Dùng 2 thuốc	6	100	0	0	6	100		
> 2 thuốc	5	62,5	3	37,5	8	100		

Tổng	37	92,5	3	7,5	40	100
------	----	------	---	-----	----	-----

Có 17 mắt chưa sử dụng thuốc, thời gian phát hiện bệnh sớm dưới 1 tháng. Khi sử dụng Azarga nhãn áp của bệnh nhân đạt được tỷ lệ thành công rất cao. Có 9 mắt sử dụng 1 thuốc, cụ thể là nhóm prostaglandin, nhãn áp của bệnh nhân tại thời điểm đó là nhãn áp bán điều chỉnh với thuốc. Do chưa đạt được nhãn áp đích và do tác dụng phụ của thuốc nên chúng tôi lựa chọn Azarga điều trị. Với 6 mắt dùng 2 loại thuốc, chúng tôi sử dụng Azarga khi nhãn áp chưa đạt nhãn áp đích, thêm vào đó bệnh nhân không đạt được sự tuân thủ trong điều trị và điều kiện kinh tế của bệnh nhân hạn chế. Tất cả những điều đó làm ảnh hưởng đến tác dụng hạ nhãn áp khi bệnh nhân sử dụng Azarga. Kết quả trên cũng phần nào lý giải nhãn áp trung bình trước điều trị của chúng tôi cao hơn một số tác giả khác.

IV. KẾT LUẬN

1. Azarga là thuốc có tác dụng hạ nhãn áp khá tốt: 92.5% các trường hợp đạt mức nhãn áp $\leq 21\text{mmHg}$ sau 1 tuần điều trị trong đó 65% trường hợp đạt mức nhãn áp $< 18\text{mmHg}$. Đặc biệt trong nhóm nghiên cứu có 87.5% số mắt đạt mức nhãn áp $< 18\text{mmHg}$ ở tất cả các lần khám theo dõi. Đây là mức nhãn áp được coi là khá an toàn đối với bệnh nhân glôcôm.

- Nhãn áp trung bình trước điều trị là 31.65mmHg đã hạ xuống còn 15.18mmHg tương đương hạ 47.96% so với nhãn áp ban đầu.

- Tỷ lệ thất bại là 7,5%, đây là những mắt mặc dù đã hạ được nhãn áp nhưng không đạt được nhãn áp đích hoặc diễn biến tiếp tục xấu đi khi đánh giá bằng thị trường và OCT. Chúng tôi đã bổ sung thêm thuốc Alphagan điều trị phối hợp.

- Tác dụng phụ của thuốc Azarga nhẹ nhàng,

giống như một số tác giả đã nghiên cứu, giảm dần sau 2 tuần điều trị. Ngoài ra chúng tôi không gặp tác dụng phụ toàn thân và bất kỳ tác dụng phụ tại chỗ nào khác.

2. Những yếu tố liên quan đến tác dụng của thuốc bao gồm giá trị nhãn áp trước khi điều trị, tiền sử dùng thuốc hạ nhãn áp, thời gian phát hiện bệnh rất có giá trị. Thuốc có thể sử dụng cho các lứa tuổi và các hình thái glôcôm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phùng Thị Thuý Hằng (2014) Vũ Thị Thái (2014), *Nghiên cứu tác dụng hạ nhãn áp của thuốc Ganfort trong điều trị Glôcôm góc mở*.
2. Vũ Thị Thái Đỗ Như Hân, Đào Thị Lâm Hường và CS (2012). *Glôcôm, Nhãn khoa, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội*. (11)
3. Vũ Thị Thái Trần Thị Nguyệt Thanh, Vũ Anh Tuấn và CS (2010), *Hướng dẫn về Glôcôm. Hội nhãn khoa Việt Nam*.
4. Arturo Alezzandrini, Douglas Hubatsch và Rene Alfaro (2014), "Efficacy and Tolerability of Fixed-Combination Brinzolamide/Timolol in Latin American Patients with Open-Angle Glaucoma or Ocular Hypertension Previously on Brimonidine/Timolol Fixed Combination", *Advances in therapy*. 31(9), tr. 975-985. (2)
5. M. Cristina Leske và các cộng sự (2003), "Factors for glaucoma progression and the effect of treatment: the early manifest glaucoma trial", *Archives of ophthalmology*. 121(1), tr. 48-56. (7)
6. Gábor Holló, Banu Bozkurt và Murat Irkeç (2009), "Brinzolamide/timolol fixed combination: a new ocular suspension for the treatment of open-angle glaucoma and ocular hypertension", *Expert opinion on pharmacotherapy*. 10(12), tr. 2015-2024. (3)
7. Gianluca Manni và các cộng sự (2009), "The safety and efficacy of brinzolamide 1%/timolol 0.5% fixed combination versus dorzolamide 2%/timolol 0.5% in patients with open-angle glaucoma or ocular hypertension", *Journal of glaucoma*. 18(4), tr. 293-300. (4)

TĂNG ACID URIC MÁU Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP - BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Trần Minh Trung*, Lê Minh Ngọc*, Hoàng Văn Sỹ*

TÓM TẮT

Mối liên quan giữa acid uric máu và bệnh tim mạch chưa được hiểu biết một cách đầy đủ. Đặc biệt, vai trò của acid uric máu ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp

ngày càng được quan tâm. Chúng tôi mô tả hai trường hợp lâm sàng nhồi máu cơ tim cấp có tăng acid uric máu được can thiệp mạch vành qua da.

Từ khóa: tăng acid uric máu, nhồi máu cơ tim cấp.

SUMMARY

HYPERURICEMIA IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION - CASE REPORT

The association between blood uric acid and cardiovascular disease is not fully understood. In

*Đại học Y Dược, TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Sỹ

Email: hoangvansy@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 2.3.2018

Ngày duyệt bài: 13.3.2018

particular, the role of blood uric acid in patients with acute myocardial infarction is increasingly being interested. We describe two clinical cases of acute myocardial infarction with hyperuricemia and coronary artery stenting.

Key words: hyperuricemia, acute myocardial infarction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mối liên quan giữa bệnh Gout với tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh thận và các bệnh tim mạch khác đã được mô tả từ cuối thế kỷ XIX. Vai trò của acid uric trong bệnh lý tim mạch dường như đã bị quên lãng sau đó, nhưng đến giữa thập niên 1950 và đầu thập niên 1960 được chú ý trở lại, và bắt đầu có nhiều nghiên cứu cho thấy sự liên quan giữa nồng độ acid uric với các bệnh lý tim mạch như tăng huyết áp, hội chứng chuyển hoá, bệnh mạch vành, bệnh mạch máu não, tiền sản giật và cả bệnh thận [1]. Các nghiên cứu cho thấy tăng acid uric lúc nhập viện có mối liên quan độc lập với các biến cố bất lợi trong thời gian nằm viện cũng như kết cục lâu dài ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp nói chung và nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên được can thiệp mạch vành qua da nói riêng [2][3].

Chúng tôi mô tả hai trường hợp nhồi máu cơ tim cấp được can thiệp mạch vành qua da có tăng acid uric máu và bàn luận về cơ chế bệnh sinh và vai trò của acid uric máu trong nhồi máu cơ tim cấp.

II. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Trường hợp 1. Bệnh nhân nam, 70 tuổi, nhập viện vì đau ngực. Bệnh nhân được chuyển đến từ tuyến trước với chẩn đoán "Nhồi máu cơ tim cấp vùng trước rộng giờ thứ 12 Killip I". Bệnh nhân được chụp mạch vành cấp cứu với kết quả hẹp 90% LADI, 70% LADII và D1; hẹp 40% RCAII, 70% RCAIII và được đặt 1 stent phủ thuốc 2,75 x 38 mm vào sang thương LADI-II. Bệnh nhân được điều trị tiếp với thuốc kháng tiểu cầu kép, kháng đông, statin, ức chế men chuyển và ức chế bơm proton.

Siêu âm tim cho thấy giảm động thành trước và vách liên thất với EF = 48% (Simpson). Điện tâm đồ ghi nhận sóng Q hoại tử ở V2-V4, ST chênh lên ở V2-V5; Troponin I > 1 ng/mL; CK-MB = 100,3 U/L; Creatinin máu = 1,05 mg/dL; Acid uric máu = 11,1 mg/dL.

Bệnh nhân ổn định và được xuất viện 5 sau ngày can thiệp.

Trường hợp 2. Bệnh nhân nam, 37 tuổi, nhập viện vì đau ngực, được chẩn đoán "Nhồi

máu cơ tim cấp vùng sau thực". Chụp mạch vành cho kết quả hẹp 50-60% LADII, hẹp 80-90% LCxIII và được đặt 1 stent phủ thuốc 3,0 x 36mm vào LCxIII. Bệnh nhân được tiếp tục điều trị với thuốc kháng tiểu cầu kép, kháng đông, statin, ức chế men chuyển và ức chế bơm proton.

Điện tâm đồ cho thấy sóng Q rộng > 0,03 giây và sâu > 1 mm ở DIII, aVF, sóng R = 0,04 giây ở V1, V2 và R = 8mm ở V2. Siêu âm tim giảm động thành sau với EF = 54% (Simpson). Troponin I > 1ng/mL, CK-MB = 192,6U/L, Creatinin máu = 1,0mg/dL; Acid uric máu = 7,1mg/dL.

Bệnh nhân ổn định và được xuất viện 3 ngày sau can thiệp.

III. BÀN LUẬN

Các trường hợp lâm sàng trên có bệnh cảnh chung là nhồi máu cơ tim cấp được can thiệp mạch vành qua da và có tăng acid uric máu. Acid uric là sản phẩm của quá trình chuyển hóa acid nucleic. Nồng độ trung bình của acid uric tăng lên theo sự tiến hóa của con người và liên quan tới sự đột biến gen uricase là gen chuyển hóa acid uric. Giá trị ngưỡng của acid uric máu vẫn còn bàn cãi. Về mặt sinh bệnh học, ngưỡng cao của nồng độ acid uric máu là 6,8 mg/dL ở 37°C. Nhưng khi phân tích dữ liệu gần đây cho thấy giá trị cắt của acid uric là 6,0 mg/dL và thấp hơn một chút ở nữ giới [4].

Sự gia tăng tần suất của tăng acid uric máu có nguyên nhân từ yếu tố môi trường và yếu tố di truyền [5]. Có lẽ xu hướng này phù hợp với chu trình tiến hóa của loài người khi mà nồng độ acid uric ngày càng tăng qua các nghiên cứu dịch tễ học và thực nghiệm. Các yếu tố môi trường liên quan đến acid uric bao gồm chế độ ăn và sử dụng các thuốc điều trị. Một số thuốc làm giảm acid uric máu, đặc biệt ở bệnh nhân tăng acid uric đi kèm với lắng đọng tinh thể urate, ví dụ như probenecid, benzbromarone và sulfipyrazone và nhóm thuốc ức chế xanthine oxidase như allopurinol và febuxostat. Các thuốc khác gây ảnh hưởng thứ phát đến acid uric bao gồm thuốc hạ huyết áp, hạ cholesterol máu, thuốc kháng viêm corticoid, NSAIDs và vài loại kháng sinh [4]. Một số rối loạn đơn gen nhỏ được phát hiện liên quan đến tăng acid uric và tích tụ tinh thể urate. Hiện nay đã xác định được 26 gen gây đột biến. Các nghiên cứu về gen chỉ ra rằng mối liên quan giữa acid uric và bệnh tim mạch khá phức tạp, có thể bị nhiễu hoặc biến

đổi bởi các phương pháp điều trị khác nhau và thay đổi theo từng bệnh lý tim mạch [4].

Ba cơ chế chính gây ra bệnh lý mạch máu do tăng acid uric, bao gồm stress oxy hóa, rối loạn kênh vận chuyển urate và tổn thương mạch máu do acid uric [5]. (1) Stress oxy hóa là nguyên nhân chính gây giảm chức năng các tế bào. Acid uric là sản phẩm cuối cùng của quá trình chuyển hóa protein. Trong hệ tuần hoàn, acid uric bảo vệ tế bào nội mô mạch máu tránh stress oxy hóa qua việc tác động lên các chất oxy hóa khác như oxygen đơn, gốc tự do hydroxyl và peroxy. Ngoài ra, acid uric còn hoạt động như một phương tiện chuyên chở của oxid nitric (NO), giảm trương lực và tăng lưu lượng mạch máu, bảo vệ tế bào nội mạc và chống lại tác nhân oxy hóa bên ngoài. Tuy nhiên, khi acid uric ở trong nội bào, chúng trở thành một chất tiền oxy hóa mạnh, gây rối loạn chức năng nội mạc mạch máu. Khi cơ thể sử dụng ATP, năng lượng này cũng thoái hóa thành sản phẩm sau cùng là acid uric và trong điều kiện thiếu máu cục bộ cơ quan, chuyển hóa yếm khí xảy ra làm tăng sử dụng ATP do đó tăng sản xuất acid uric. Mặt khác ATP cũng có mặt trong quá trình thoái giáng fructose và rượu nên khi dùng nhiều các chất này cũng làm tăng acid uric. Khi chuyển hypoxanthine thành acid uric qua xanthine, các gốc hoạt động chứa oxy (ROS) được tạo ra. Các chất này cùng với superoxid kích thích thành mạch tăng sinh, thúc đẩy quá trình xơ vữa động mạch. Kết quả là hoạt động của men xanthine oxidase làm tái cấu trúc mạch máu liên quan đến quá trình xơ vữa. Khi các gốc hoạt động chứa oxy được tạo ra, chúng gắn với oxid nitric (NO) – một chất giãn mạch, làm giảm hoạt động của NO, là một yếu tố liên quan đến xơ vữa động mạch. (2) Rối loạn kênh vận chuyển urate. Tế bào cơ trơn và tế bào nội mạc mạch máu có các kênh vận chuyển urate URAT1 (SLC22A12) và URATv1/GLUT9 (SLC2A9). Acid uric đi vào tế bào qua các kênh này làm hoạt hóa COX-2 qua phản ứng khử gây tăng MCP-1, chất này đóng vai trò gây viêm mạch máu và tăng sinh tế bào thúc đẩy xơ vữa động mạch. (3) Tổn thương mạch máu do tăng acid uric được ghi nhận khi nồng độ acid uric vượt quá 7 mg/dL sẽ tạo điều kiện thuận lợi hình thành tinh thể urate. Chúng lắng đọng vào thành mạch, tác động vào quá trình đông máu dẫn đến xơ vữa mạch máu. Tinh thể urate gắn vào IgG huyết tương kích thích tiểu cầu, tăng đông máu, đồng thời sản xuất

cytokines, tạo huyết khối gây xơ vữa động mạch. Tinh thể urate cũng hoạt hóa bạch cầu đa nhân, bạch cầu đơn nhân, lympho bào tạo ra nhiều chất gây viêm. Khi bạch cầu đa nhân tiếp cận tinh thể urate làm phóng thích các superoxide, oxy hóa LDL, gây rối loạn chức năng tế bào nội mạc và tiểu cầu dẫn đến xơ vữa động mạch.

Tăng acid uric ở nhóm bệnh nhân bệnh mạch vành so với người khỏe mạnh được giải thích theo 2 giả thuyết. (1) Tăng acid uric là hậu quả của quá trình bệnh lý. Acid uric có hoạt tính chống oxy hóa do đó ở người bệnh tim mạch sẽ gia tăng acid uric để chống lại peroxide lipid, vì thế tăng acid uric được giải thích là hậu quả của quá trình bệnh lý [6]. (2) Ngược lại nếu giải thích ở phương diện tăng acid uric là nguyên nhân gây nên bệnh tim mạch, acid uric ảnh hưởng lên chức năng nội mạc mạch máu làm giảm sinh khả dụng của oxid nitric, tăng oxy hóa lipid thông qua tăng sản xuất các gốc hoạt động chứa oxy ở những tế bào mỡ trưởng thành, kết quả là làm tổn thương nội mạc, tăng kết dính tiểu cầu, tạo huyết khối hoặc co thắt mạch máu gây ra các bệnh lý tim mạch [6].

Tăng acid uric máu có liên quan với bệnh tim mạch đã được báo cáo trong các nghiên cứu dịch tễ học và nghiên cứu lâm sàng. Trong nghiên cứu dịch tễ học điều tra tiếp diễn về sức khỏe và dinh dưỡng quốc gia lần thứ nhất giai đoạn 1971-1992 của Hoa Kỳ (NHANES I) cho thấy tăng acid uric là nguy cơ độc lập có ý nghĩa liên quan với tử vong tim mạch. Nghiên cứu của Ndrepepa và cộng sự [2] cho thấy tăng acid uric là yếu tố tiên lượng độc lập tử vong 1 năm ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp được can thiệp mạch vành qua da. Còn nghiên cứu Kaya và cộng sự [3] tăng acid uric máu tại thời điểm nhập viện có mối liên quan độc lập với biến cố bất lợi nội viện và lâu dài ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên được can thiệp mạch vành cấp cứu qua da. Ở chiều ngược lại, trong một phân tích xuất bản năm 1999 từ dữ liệu của nghiên cứu đoàn hệ Framingham Heart Study không cho thấy có mối liên quan nào giữa nồng độ acid uric máu với tần suất mắc bệnh mạch vành hoặc tử vong do tim mạch sau khi đã hiệu chỉnh các yếu tố nguy cơ. Các tác giả cho rằng mối liên quan mật thiết giữa acid uric và các yếu tố nguy cơ tim mạch đã biết chính là nguyên nhân của sự ít liên quan này. Cụ thể, chính sự giảm độ lọc cầu thận, sử dụng thuốc lợi tiểu và tình trạng đề kháng insulin làm tăng acid

uric máu và đây là những yếu tố gây nhiều chủ yếu [4].

Điều trị hạ acid uric máu có thể đem lại một số lợi ích nhất định trong nhóm dân số chọn lọc ở bệnh nhân mắc bệnh tim mạch (như bệnh mạch vành, suy tim...). Hầu hết các tác động có lợi này chỉ đạt được khi điều trị với allopurinol và dẫn xuất của nó với mục tiêu ngăn ngừa bệnh tim mạch hoặc điều trị hạ urate ở bệnh nhân tăng acid uric máu. Cách điều trị này đã cho thấy giảm được tử vong do mọi nguyên nhân và tử vong do tim mạch. Trong nghiên cứu của MacIsaac và cộng sự, nhóm bệnh nhân tăng huyết áp lớn tuổi được điều trị với allopurinol giảm 39% nguy cơ biến cố tim mạch và giảm 50% nguy cơ đột quỵ, và khi dùng liều allopurinol cao hơn thì nguy cơ này giảm được nhiều hơn nữa. Cơ chế tác dụng có lợi của allopurinol trong nghiên cứu của MacIsaac có thể là do hiệu quả ngăn ngừa stress oxy hóa liên quan một cách tuyến tính với quá trình sinh hóa dẫn đến sự tạo thành acid uric. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu đánh giá hiệu quả của nhóm thuốc ức chế xanthine oxidase trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có tăng acid uric máu. Đồng thời cũng chưa đánh giá được thuốc nào trong nhóm ức chế xanthine oxidase ưu thế hơn. Tất cả những vấn đề này đòi hỏi có những nghiên cứu lâm sàng ngẫu nhiên cỡ mẫu lớn hơn trong tương lai [7].

Vai trò của acid uric trong bệnh thận đã được xác định. Tuy nhiên, đối với bệnh lý tim mạch, dù mối liên quan với acid uric đã được ghi nhận sớm hơn, nhưng vai trò của nó vẫn còn bàn cãi

cho tới ngày nay và nó được xem là "Người tới trước nhưng lại là người về sau".

IV. KẾT LUẬN

Acid uric máu là một xét nghiệm rẻ tiền và thường quy trong thực hành lâm sàng về bệnh lý tim mạch. Tăng acid uric máu là yếu tố nguy cơ độc lập tiên lượng biến cố bất lợi ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. Vì vậy việc ứng dụng acid uric để theo dõi bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp tại thời điểm nhập viện và sau khi xuất viện là cần thiết và ít tốn kém.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Feig, et al., Uric acid and cardiovascular risk. New England Journal of Medicine, 2008. 359(17): p. 1811-1821.
2. Ndrepepa, G., et al., Prognostic value of uric acid in patients with acute coronary syndromes. American Journal of Cardiology, 2012. 109(9): p. 1260-1265.
3. Kaya, M.G., et al., Prognostic value of uric acid in patients with ST-elevated myocardial infarction undergoing primary coronary intervention. The American journal of cardiology, 2012. 109(4): p. 486-491.
4. Borghi, C., et al., Serum uric acid and the risk of cardiovascular and renal disease. Journal of hypertension, 2015. 33(9): p. 1729-1741.
5. Kuwabara, M., Hyperuricemia, cardiovascular disease, and hypertension. Pulse, 2015. 3(3-4): p. 242-252.
6. Kutzing, M.K. and B.L. Firestein, Altered uric acid levels and disease states. Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics, 2008. 324(1): p. 1-7.
7. Borghi, C. and G. Desideri, Urate-lowering drugs and prevention of cardiovascular disease: the emerging role of xanthine oxidase inhibition. 2016, Am Heart Assoc.

CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VỠ TÚI PHÌNH ĐỘNG MẠCH CẢNH TRONG ĐOẠN TRONG SỢ

Đặng Việt Sơn*, Võ Hồng Khôi**, Nguyễn Thế Hào**

TÓM TẮT⁴⁴

Mục tiêu: Xác định một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị vỡ túi phình động mạch cảnh trong đoạn trong sợ tại Bệnh viện Bạch Mai. **Phương Pháp:** Nghiên cứu tiền cứu 84 bệnh nhân được chẩn đoán

xác định vỡ túi phình động mạch cảnh trong đoạn trong sợ từ tháng 06 năm 2014 đến tháng 10 năm 2017. **Kết quả:** 84 bệnh nhân nghiên cứu có tuổi trung bình mắc bệnh là $56,71 \pm 12,9$. Tỷ lệ nam/nữ: 1/1,19. Độ tuổi thường gặp từ 40 đến 60 chiếm 51,2%. Độ tuổi trung bình mắc bệnh của hai giới khác nhau có ý nghĩa, nhưng cách thức phát bệnh và mức độ hồi phục lâm sàng sau mổ không có sự khác biệt. Tăng huyết áp (THA), đái tháo đường (ĐTĐ), hút thuốc lá và thói quen uống rượu không phải là các yếu tố nguy cơ phát sinh túi phình mà là yếu tố đồng hành, không ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Mức độ lâm sàng thường gặp là phân độ (WFNS) 2 chiếm 47,6%. Mức độ lâm sàng trước mổ có ảnh hưởng đến

*Bệnh viện Việt Tiếp Hải Phòng

**Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Việt Sơn

Email: dangvietson.vthp@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 7.3.2018

Ngày duyệt bài: 16.3.2018

sự hồi phục sau mổ, lâm sàng càng nhẹ thì sự hồi phục tốt sau mổ càng tăng. Mức độ chảy máu dưới màng nhện không liên quan đến vị trí vỡ túi phình động mạch cảnh trong, không ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Vị trí vỡ túi phình động mạch cảnh trong và phương pháp xử lý túi phình không ảnh hưởng đến quá trình điều trị sau mổ. **Kết luận:** Vi phẫu thuật điều trị vỡ túi phình động mạch cảnh trong đoạn trong sọ là phương pháp điều trị triệt để. Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị bao gồm tuổi cao, mức độ lâm sàng trước phẫu thuật. Mức độ chảy máu dưới nhện không ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

Từ khóa: yếu tố tiên lượng, vỡ túi phình động mạch cảnh trong đoạn trong sọ.

SUMMARY

STUDY ON RISK FACTORS AFFECTING THE TREATMENT RESULTS OF RUPTURED ANEURYSM OF THE INTERNAL CAROTID ARTERY INTRACRANIAL SEGMENT

Summary: To determine some factors affecting the treatment results of ruptured aneurysm of the internal carotid artery intracranial segment. **Method:** The prospective study of 84 patients diagnosed as ruptured aneurysm of intracranial segment of internal carotid artery from June 2014 to October 2017. **Results:** Among 84 patients in this study, the average age was $56,71 \pm 12,9$. The rate male/female was 1/1.19. The common age group was 40 – 60 year olds, (51.2%). The average age between male and female patients showed statistically significant difference. Hypertension, diabetes, smoking, drinking habit were not the risk factors causing aneurysm and did not affect the treatment result. The common clinical condition were WFNS 2, accounting for 47.6%. Subarachnoid haemorrhage condition did not affect the treatment result. The clinical condition before surgery influenced on recovery after surgery. Subarachnoid haemorrhage was not related to the position of ruptured aneurysm and did not affect the treatment result. **Conclusion:** Microsurgery of the intracranial segment of internal carotid artery ruptured aneurysm was the ideal treatment method. Some factors affecting the treatment result included the old age and the clinical condition before surgery.

Key words: prognosis factors, ruptured aneurysm of the internal carotid artery intracranial segment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Túi phình động mạch cảnh trong đoạn trong sọ nằm ở đáy não và thường bị mòm yên trước che khuất. Vỡ túi phình động mạch cảnh trong là một trong cấp cứu thần kinh thường gặp, nguy cơ tử vong cao trong tháng đầu tới 50- 60% và 1/3 các trường hợp này có thể tử vong trong vòng 6 tháng nếu có chảy máu phát. Tỷ lệ tái vỡ túi phình chiếm 1,5-8%/năm và để lại di chứng nặng nề cho các trường hợp sống sót. Hiệu quả điều trị phẫu thuật bị tác động rất nhiều bởi các

yếu tố nguy cơ như tuổi, giới, các bệnh mạn tính có từ trước, mức độ lâm sàng trước mổ, mức độ chảy máu... tuy nhiên chưa có nghiên cứu đầy đủ nào về vấn đề này. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu mô tả các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị vỡ túi phình động mạch cảnh trong đoạn trong sọ.

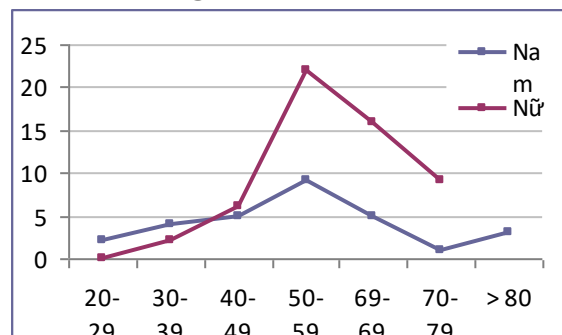
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Gồm 84 bệnh nhân có 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 tháng 06 năm 2014 đến tháng 10 năm 2017.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiền cứu, can thiệp lâm sàng theo mẫu bệnh án với các chỉ tiêu nghiên cứu đã hoạch định trước. Xác định thời gian đến viện, cách khởi phát cũng như các triệu chứng lâm sàng của bệnh theo phân độ của Liệp hội phẫu thuật thần kinh thế giới (WFNS). Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính não, xác định thời điểm mổ, các biến chứng trong mổ, sau mổ. Đánh giá kết quả lâm sàng sau mổ theo thang điểm Rankin cải tiến và sửa đổi, đánh giá hiệu quả can thiệp túi phình trên phim chụp mạch não sau mổ. Xác định mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật cũng như tỷ lệ tử vong của bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi và giới



Biểu đồ 1: Tương quan giữa nhóm tuổi mắc bệnh giữa hai giới.

Trong tổng số 84 bệnh nhân: có 29 nam (34,5%) và 55 Nữ (65,5%). Tỷ lệ nam/nữ: 1/1.9, Tuổi trung bình $56,71 \pm 12,9$ tuổi, trong đó độ tuổi trung bình của nữ là: $53,83 \pm 17,01$ tuổi, của nam là: $58,24 \pm 1,34$ tuổi. Tuổi trung bình của nữ cao hơn nam có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$). Độ tuổi hay gặp là từ 40 đến 60 chiếm 51,2%. Ở lứa tuổi trước 40 tỷ lệ nam giới mắc

bệnh cao hơn nữ nhưng ở lứa tuổi trên 40 tỷ lệ nữ giới mắc bệnh cao hơn nam giới.

3.2. Tiền sử bệnh lý kèm theo

Bảng 1. Tương quan giữa yếu tố nguy cơ và kết quả điều trị

Yếu tố		Kết quả điều trị		p
		Tốt	Xấu	
Tăng huyết áp	Có	32	11	0.06
	Không	37	4	
Đái tháo đường	Có	3	0	0.41
	Không	66	15	
Hút thuốc lá	Có	13	3	0.92
	Không	56	12	
Uống rượu	Có	12	4	0.41
	Không	57	11	

Tiền sử tăng huyết áp có tỷ lệ 51,2%, đái tháo đường chiếm 3,6%, 2,3% bệnh nhân có tiền sử bố hoặc mẹ đã bị vỡ túi phình động mạch não. Đánh giá sau phẫu thuật chúng tôi nhận thấy hầu hết các yếu tố tiền sử bệnh lý không ảnh hưởng đến kết quả trên lâm sàng.

Thói quen hút thuốc lá, uống rượu chiếm 19%, chỉ gặp ở nam giới. So sánh logistic cho thấy đây không phải là yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị (với $p > 0,05$).

3.3. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 2. Mức độ lâm sàng

Phân độ theo Liên hội PTTK Thế giới (WFNS)		Trước phẫu thuật số trường hợp (n); tỷ lệ (%)				Tổng
		độ 1	độ 2	độ 3	độ 4	
Khi vào viện	độ 1	3 (3,6)	16 (19,0)	0	1 (1,2)	20 (23,8)
	độ 2	2 (2,4)	28 (33,3)	6 (7,1)	4 (4,8)	40 (47,6)
	độ 3		6 (7,1)	11 (13,1)	1 (1,2)	18 (21,4)
	độ 4				6 (7,1)	6 (7,1)
	Tổng	5 (6,0)	50 (59,5)	17 (20,2)	12 (14,3)	84 (100)

$$\chi^2 = 66,234 \quad p = 0,001 \quad (p < 0,05)$$

Mức độ lâm sàng khi vào viện chủ yếu là độ 2 WFNS (47,6%). So sánh mức độ lâm sàng khi vào viện và trước khi phẫu thuật thấy có sự khác biệt với phân độ theo WFNS biến đổi tăng lên đáng kể. Điều này cho thấy cần thiết phải loại bỏ túi phình khỏi hệ tuần hoàn não nhằm tránh các biến chứng do vỡ túi phình gây ra.

Tương quan giữa mức độ lâm sàng với kết quả phẫu thuật

Bảng 3. Tương quan giữa mức độ lâm sàng với kết quả phẫu thuật

		Phân độ WFNS trước mổ				Tổng
		độ 1	độ 2	độ 3	độ 4	
Lâm sàng sau mổ	Tốt (Rankin 1-2)	4 (4,8)	42 (50,0)	4 (4,8)	6 (7,1)	56 (88,7)
	Trung bình (Rankin 3)	0	5 (6,0)	7 (8,3)	2 (2,4)	14 (16,7)
	Xấu (Rankin 4-5)	1 (1,2)	3 (3,6)	6 (7,1)	4 (4,8)	14 (16,7)
	Tổng	5 (6,0)	50 (59,5)	17 (20,2)	12 (14,3)	84 (100)

$$\chi^2 = 24,912 \quad p = 0,001 \quad (p < 0,05)$$

Kết quả lâm sàng sau mổ có sự phụ thuộc vào mức độ lâm sàng trước mổ, Các bệnh nhân có mức độ lâm sàng trước mổ càng nhẹ thì sự phục hồi về lâm sàng càng tốt (với $p < 0,05$).

Bảng 4. Mức độ chảy máu dưới màng nhện

		Phân độ Fisher				Tổng
		độ 1	độ 2	độ 3	độ 4	
Kết quả lâm sàng sau mổ	Tốt (Rankin 1-2)	8 (9,5)	28 (33,3)	5 (6,0)	15 (17,9)	56 (66,7)
	Trung bình (Rankin 3)	0	4 (4,8)	2 (2,4)	8 (9,5)	14 (16,7)
	Xấu (Rankin 4-5)	1 (1,2)	2 (2,4)	1 (1,2)	10 (11,9)	14 (16,7)
	Tổng	9 (10,7)	34 (40,5)	8 (9,5)	33 (39,3)	84 (100)

$$\chi^2 = 13,934 \quad p = 0,029 \quad (p > 0,05)$$

Về mức độ chảy máu dưới nhện chúng tôi nhận thấy Fisher độ I chiếm 10,7%, Fisher độ II (40,5%) và Fisher độ III chiếm 9,5%, Fisher độ IV (39,3%). Mức độ chảy máu dưới nhện không ảnh hưởng đến sự phục hồi lâm sàng sau phẫu thuật của bệnh nhân (với $p > 0,05$).

4. Đặc điểm phẫu thuật

Bảng 5. Tương quan giữa các phương pháp mổ và sự hồi phục lâm sàng sau mổ

Phương pháp phẫu thuật		kết quả phẫu thuật		p
		Tốt	xấu	
Đặt kẹp (Clip) đơn thuần	Có	64	13	0,44
	Không	5	2	
Bọc túi phình	Có	4	2	0,30
	Không	65	13	
Đặt kẹp (Clip) và lấy máu tụ	Có	1	0	0,64
	Không	68	15	
Kẹp tạm thời động mạch cảnh trong	Có	21	6	0,47

Nhận xét: Không có sự khác biệt phục hồi lâm sàng giữa các phương pháp mổ.

Bảng 6. Tương quan giữa thời gian mổ và kết quả sau mổ

		Thời gian chờ mổ				Tổng
		< 7 ngày		> 7 ngày		
		24 giờ	2- 7 ngày	8-14 ngày	> 14 ngày	
Lâm sàng sau mổ	Tốt (Rankin 1-2)	1 (1,2)	24 (28,6)	25 (29,8)	6 (7,1)	56 (66,7)
	Trung bình (Rankin 3)	0	8 (9,5)	4 (4,8)	2 (2,4)	14 (16,7)
	Xấu (Rankin 4-5)		9 (10,7)	4 (4,8)	1 (1,2)	14 (16,7)
Tổng		1 (1,2)	41 (48,8)	33 (39,3)	9 (10,7)	84 (100)
$\chi^2 = 3,353 \quad p = 0,743 \quad (p > 0,05)$						

$$\chi^2 = 3,353 \quad p = 0,743 \quad (p > 0,05)$$

Không có sự khác biệt về kết quả phục hồi ở bệnh nhân mổ trước 7 ngày và sau 7 ngày.

Bảng 7. Tương quan giữa kết quả phẫu thuật so với vị trí túi phình vỡ

Kết quả	Vị trí túi phình vỡ												Tổng	
	Lưng động mạch cảnh trong		Động mạch thông sau		Động mạch yên trên		Động mạch mạch trước		Động mạch mắt		Ngã ba động mạch cảnh trong			
Tốt	2	5,9	18	52,9	5	14,7	2	5,9	3	8,8	4	11,8	34	100
Trung bình	2	7,1	18	64,3	1	3,6	1	3,6	4	14,3	2	7,1	28	100
Xấu	1	4,5	11	50,0	1	4,5	1	4,5	5	22,7	3	13,6	22	100
Tổng	5	6,0	47	56,0	7	8,3	4	4,8	12	14,3	9	10,7	84	100
Cramer's V = 0.189 với n = 0.084														

$$\text{Cramer's } V = 0,189 \text{ với } p = 0,084$$

Vị trí túi phình vỡ và các phương pháp phẫu thuật không ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi, giới và kết quả phẫu thuật:

Tuổi trung bình của bệnh nhân là $56,71 \pm 12,9$, trong đó nữ có tuổi trung bình là $53,83 \pm 17,01$, và nam là $58,24 \pm 1,34$. Tỷ lệ nam/nữ là 1/1,19. Nữ giới mắc bệnh nhiều hơn nam giới có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$). Inagall T và cộng sự, khi nghiên cứu đa quốc gia về dịch tễ học túi phình mạch não nhận thấy tuổi trung bình mắc bệnh là $49,0 \pm 10,0$ tuổi, trong đó tuổi của nữ là $48,1 \pm 10,0$ và của nam là $49,0 \pm 10,0$. Tuổi trung bình mắc bệnh tùy thuộc vào các nước và các khu vực: Thấp nhất ở Phần Lan (48,6) và cao nhất ở Trung Quốc (51,4) [1]. Độ tuổi trung bình các

bệnh nhân của chúng tôi cao hơn có thể do chúng tôi chỉ tập trung vào túi phình động mạch não đoạn trong sọ.

Về lứa tuổi, các nghiên cứu đều nhận thấy đa số mắc bệnh trong lứa tuổi 40 đến 60. Trong nghiên cứu này độ tuổi nhóm này chiếm 51,2% và tỷ lệ mắc bệnh giữa hai giới theo các lứa tuổi khác nhau không có ý nghĩa thống kê. Trước 40 tuổi nam giới mắc nhiều hơn nữ giới, nhưng sau 40 tuổi thì nữ mắc nhiều hơn nam 2,1 lần. Các nghiên cứu đều chỉ ra giới nữ ở lứa tuổi này thường mắc cao hơn nam có thể do sự suy giảm nội tiết Estrogen ở thời kỳ mãn kinh, tuy nhiên giả thiết này hiện nay vẫn chưa được chứng minh.

Mức độ hồi phục lâm sàng sau phẫu thuật của chúng tôi không có sự khác biệt giữa hai giới. Một số tác giả ghi nhận giới nữ có tỷ lệ tốt sau mổ thấp hơn của nam và tỷ lệ tử vong của nữ cao hơn nam, Lambert đo độ catecholamine trong máu của bệnh nhân vỡ túi phình động mạch não và nhận thấy nồng độ chất này tăng lên ở nhóm nữ dẫn đến tình trạng co thắt mạch. Tuy nhiên vẫn chưa thể khẳng định chính xác được giả thuyết này [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi sự co thắt mạch não sau vỡ túi phình giữa hai nhóm không có sự khác biệt.

Về mức độ hồi phục lâm sàng tốt sau mổ có sự khác biệt giữa nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi và trên 60 tuổi. Sự phục hồi lâm sàng ở nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi có kém hơn nhóm dưới 60 tuổi có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$; OR 95%, CI 0,08-0,87), Nghiên cứu của chúng tôi cũng giống nghiên cứu của Kelly B.M và cộng sự [3].

4.2. Các yếu tố bệnh lý trước đó với kết quả phẫu thuật

Bệnh Tăng huyết áp: có tỷ lệ khá cao chiếm 51,2%. Đây là các bệnh nhân có tiền sử THA từ trước, triệu chứng THA khi vào viện chúng tôi ghi nhận chỉ có 7,1%, có thể là THA phản ứng khi túi phình vỡ. Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các tác giả khác có thể do số bệnh nhân cao tuổi của chúng tôi nhiều hơn và đây cũng là lứa tuổi hay gặp của bệnh THA. Một số tác giả ghi nhận THA không phải là nguyên nhân phát sinh túi phình mạch não và cũng không phải là yếu tố thúc đẩy túi phình vỡ, mà là một bệnh lý đồng hành. Hakasa đã chứng minh sự hình thành túi phình động mạch não phải có hai yếu tố là sự phá vỡ cấu trúc thành mạch do men Elastase và ảnh hưởng liên tục của tăng áp lực dòng huyết động lên thành mạch [4]. Các tác giả khác cũng nhận thấy thường gặp THA ở nhóm có bệnh nhân vỡ túi phình cao hơn nhóm túi phình chưa vỡ. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy bệnh lý THA cao trong nhóm bệnh nhân, tuy nhiên không phải là yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị (với $p > 0,05$).

Chúng tôi gặp 3,6% bệnh nhân có bệnh lý đái tháo đường và 2,4% rối loạn chuyển hóa lipid. Các yếu tố này cũng không ảnh hưởng đến kết quả tốt sau mổ của bệnh nhân. Các tác giả khác cũng nhận thấy đái tháo đường và rối loạn chuyển hóa là những bệnh song hành với bệnh lý túi phình. Tuy nhiên một số tác giả nhận thấy vỡ túi phình ở những bệnh nhân này rất thấp có thể người bệnh đái tháo đường có nguy cơ tử

vong cao do các bệnh lý khác hơn là do vỡ túi phình, mặt khác những bệnh nhân đó được điều trị nội khoa tốt hơn và được kiểm soát THA nên tỷ lệ vỡ túi phình trên các bệnh nhân này rất thấp.

Hút thuốc lá, thói quen uống rượu: không phải là nguyên nhân phát sinh nhưng là yếu tố tăng nguy cơ hình thành túi phình mạch não. Các tác giả nhận thấy có sự thay đổi tỷ lệ elastase/alpha-1-antitrypsin trong huyết tương và thành động mạch ở người hút thuốc lá gây suy yếu thành mạch do đó thúc đẩy túi phình tăng trưởng nhanh hơn cũng như tăng nguy cơ vỡ túi phình động mạch não và là biến số phụ thuộc theo thời gian. Juven P nhận thấy thói quen hút thuốc lá làm tăng nguy cơ hình thành túi phình động mạch não tới 3,48 lần so với người không hút (CI 95%, 1,29-11,93), nguy cơ chảy máu dưới nhện do vỡ túi phình động mạch não tăng lên 1,87 lần (với khoảng tin cậy 95%: 1,46 - 2,17); những người uống rượu trên 30g/ngày và rối loạn chảy máu tăng 12,1% khi uống 10g/ngày, thường gặp ở nam giới chiếm 35,2% [5]. Qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ uống rượu và thói quen hút thuốc lá (19%) và chỉ gặp ở nam giới (16/84 trường hợp), tỷ lệ của chúng tôi thấp hơn các tác giả trên thế giới vì số lượng nữ giới chiếm 61,9% và thói quen hút thuốc lá và uống rượu ít gặp ở phụ nữ Việt Nam [5].

Có nhiều tác giả đã đề cập tới yếu tố gia đình trong bệnh cảnh túi phình có thể do sai lệch về gen: một số nghiên cứu cũng nhận thấy các trường hợp vỡ túi phình động mạch não có sự gia tăng của gen COL1A2 nằm trên nhiễm sắc thể 7q22.1 [6]. Các trường hợp này có sự biến đổi collagen tại tế bào cơ trơn thành mạch hoặc theo các sợi elastin trong các thành mạch máu não, các loại collagen này đóng vai trò làm cứng và mất tính đàn hồi của mạch máu và cuối cùng làm thay đổi cấu trúc thành mạch có thể hình thành nên túi phình động mạch não. Ngoài ra sự mất liên kết giữa thể nhiễm sắc số 6 và thể nhiễm sắc số 11 đều gặp trong các trường hợp bệnh nhân có túi phình mạch não phối hợp với phình động mạch chủ [7]. Nghiên cứu của chúng tôi gặp 2/84 bệnh nhân có tiền sử gia đình bị mắc bệnh lý túi phình vỡ chiếm 2,3%, tuy nhiên điều này không ảnh hưởng gì đến kết quả điều trị.

4.3. Mức độ lâm sàng với kết quả phẫu thuật: Triệu chứng lâm sàng khi vào viện chủ yếu là nhức đầu chiếm 92,9%. Dấu hiệu màng não là 88,1%, tỷ lệ giảm thị lực, thị trường chiếm

21,4%. Dấu hiệu thần kinh khu trú chủ yếu là liệt nửa người (14/84 bệnh nhân chiếm 16,7%), rối loạn ngôn ngữ chiếm 13,1%, có 15,5% trường hợp khi đến viện có liệt dây thần kinh II.

Sự phục hồi lâm sàng sau mổ của bệnh nhân liên quan đến mức độ lâm sàng trước mổ có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$). Trước mổ chúng tôi gặp chủ yếu phân độ WFNS 2 và 3 (79,7%) và nhận thấy bệnh nhân mức độ lâm sàng càng ổn định trước mổ thì sau mổ sẽ phục hồi tốt hơn những bệnh nhân nặng phân độ WFNS 4. Bệnh nhân sau mổ đạt tình trạng tốt lên tới 88,8%. Phân độ WFNS 4-5 có nguy cơ nặng sau phẫu thuật gấp 4,43 lần so với phân độ WFNS thấp hơn (với $p < 0,05$ và OR 95%, khoảng tin cậy 117-16,71). Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như các tác giả khác về túi phình động mạch não nói chung.

Chúng tôi nhận thấy mức độ chảy máu dưới nhện không phụ thuộc vào vị trí của túi phình động mạch não, mức độ chảy máu phân bố đồng đều ở các vị trí. Mức độ chảy máu dưới nhện không ảnh hưởng đến kết quả phục hồi lâm sàng sau mổ. Chúng tôi gặp chủ yếu là mức độ chảy máu dưới nhện Fisher độ II và Fisher độ IV chiếm lần lượt là 40,5% và 39,3%. Một số tác giả khác nhận thấy mức độ chảy máu dưới nhện ảnh hưởng tới kết quả phẫu thuật, nếu mổ sớm ở các bệnh nhân có mức chảy máu dưới nhện trên 1 mm thì khả năng dính khoang dưới nhện cao hơn do đó sau mổ tình trạng lâm sàng cải thiện chậm hơn.

4.4. Đặc điểm phẫu thuật: Chúng tôi không nhận thấy sự khác nhau giữa các phương pháp can thiệp túi phình trong nhóm nghiên cứu, cũng như tình trạng vỡ túi phình trong mổ. Có thể do chúng tôi đã chủ động trong việc khống chế động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ ở các thì mổ do đó thời gian kẹp tạm thời động mạch cảnh trong ngoài sọ của chúng tôi khá thấp không ảnh hưởng đến thời gian gây thiếu máu não.

Chúng tôi tiến hành phẫu thuật trước 7 ngày (50%), là thời gian xảy ra co thắt mạch nhiều nhất, tuy nhiên trong nghiên cứu này chúng tôi không nhận thấy sự khác biệt về mức độ phục hồi lâm sàng với thời gian chờ mổ. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ co thắt mạch thấp, cũng tương tự như các tác giả khác đều thấy kết quả sau phẫu thuật chịu ảnh hưởng không nhiều đến thời gian chờ mổ mà phụ thuộc vào tình trạng

lâm sàng trước mổ và độ tuổi của bệnh nhân khi vỡ túi phình.

Vị trí vỡ túi phình động mạch cảnh trong đoạn trong sọ chúng tôi gặp nhiều nhất ở vị trí gốc động mạch thông sau (47/ 84 bệnh nhân chiếm 56,0%), động mạch mắt (12/84 bệnh nhân chiếm 14,3%), Ngã ba động mạch cảnh trong (9/84 bệnh nhân 10,7%), động mạch yên trên (7/84 bệnh nhân 8,3%), Lưng động mạch cảnh trong (5/84 bệnh nhân 6,0%) và động mạch mạc trước (4/84 bệnh nhân 4,8%). Đánh giá kết quả phẫu thuật giữa các nhóm vị trí túi phình động mạch cảnh trong đoạn trong sọ chúng tôi nhận thấy không có sự khác nhau.

V. KẾT LUẬN

Vi phẫu thuật điều trị vỡ túi phình động mạch cảnh trong đoạn trong sọ là phương pháp điều trị triệt để. Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị bao gồm tuổi cao, mức độ lâm sàng trước phẫu thuật. Mức độ chảy máu dưới nhện không ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ingall T, Asplund K, Bonita R (2000).** A multinational comparison of Subarachnoid hemorrhage epidemiology in the WHO MONICA stroke study, *Stroke*, vol 31. pp 1054-1061.
2. **Lambert GL, Naredi S, Eden E (2002).** Monoamine metabolism and sympathetic nervous activation following subarachnoid hemorrhage: influence of gender and hydrocephalus, *Brain Res Bull*, Vol 58, pp 77-82.
3. **Kelly B.M, Robert D.B, Irén M (2014).** Age-related differences in unruptured intracranial aneurysms: 1- year outcomes, *J Neurosurg* 121, pp 1024- 1038.
4. **Hasaka K, Downes D.P, Nowicki K, Hoh B.L (2014).** Modified murine intracranial aneurysm model: aneurysm formation and rupture by elastase and hypertension. *J NeuroInterv Surg*, vol 6, pp 474-479.
5. **Steiner T, Juvela S, Unterberg A (2013),** European Stroke Organization Guidelines for the Management of Intracranial Aneurysms and Subarachnoid Haemorrhage, *Cerebrovascular Diseases*, vol 35, pp 93- 112.
6. **Worrall B.B, Foroud T, Brown R.D (2009),** Genome Screen to Detect Linkage to Common Susceptibility Genes for Intracranial and Aortic Aneurysms, *Stroke*, vol 40(1), pp 71-76.
7. **Caranci F, Briganti F, Cirillo L (2013).** Epidemiology and genetics of intracranial aneurysms, *European Journal of radiology*, vol 82, pp 1598- 1605.

MỤC LỤC

TẠP CHÍ Y HỌC VIỆT NAM TẬP 465 - THÁNG 4 - SỐ 1 - 2018

VIETNAM MEDICAL JOURNAL N^o - APRIL - 2018

1. **Nghiên cứu trị số SUV max của hạch di căn từ ung thư phổi biểu mô tuyến trên PET/CT** 1
Study the SUV max of PET/CT of medial lympho node in epithelial lung carcinoma
Huỳnh Quang Huy
2. **So sánh hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật bụng của truyền liên tục thuốc tê vào vết mổ với dùng morphin tĩnh mạch do bệnh nhân tự điều khiển** 4
Postoperative pain control using continuous wound infusion with patients controlled analgesia morphine intravenous after major abdominal
Lê Sáu Nguyên, Nguyễn Quốc Kính, Ngô Mạnh Đình, Nguyễn Thu Ngân
3. **Kết quả lâu dài điều trị hẹp khúc nối bể thận – niệu quản qua nội soi sau phúc mạc** 8
Comparison level urinary retention of treatment ureteropelvic junction obstruction by retroperitoneal laparoscopic
Nguyễn Đức Minh, Vũ Nguyễn Khải Ca, Hoàng Long
4. **Thực trạng khuyết tật ở trẻ 0 - 6 tuổi tại huyện Quỳnh Phụ tỉnh Thái Bình năm 2016** 12
Current situation of disabilities in children aged 0-6 years in Quỳnh Phụ district, Thai Binh province in 2016
Phạm Thị Tĩnh, Phạm Thị Dung, Phạm Bích Phương
5. **Nghiên cứu mối liên quan giữa tổn thương thận với một số đặc điểm bệnh nhân đái tháo đường týp 2 được điều trị tại Bệnh viện Quân Y 120, Quân khu 9** 16
Study on the relation between renal impairment and some characteristics in patients with type 2 diabetes at Military Hospital 120, Military zone 9
Đoàn Văn Tiếp, Nguyễn Trung Kiên, Lê Việt Thắng
6. **Đánh giá những yếu tố gây loạn thị giác mạc sau ghép giác mạc xuyên** 19
Assessment the factors caused astigmatism after penetrating keratoplasty
Lê Xuân Cung, Phạm Ngọc Đông, Nguyễn Đình Ngân
7. **Hiệu quả và tính an toàn của phương pháp truyền liên tục levobupivacain 0.2% qua multillholed catheter để giảm đau sau phẫu thuật ổ bụng** 23
Effectiveness and safety of continuous wound infiltration of levobupivacaine 0.2% by multillholed catheter for postoperative pain management after open abdominal
Lê Sáu Nguyên, Nguyễn Quốc Kính
8. **Ứng dụng kỹ thuật vít qua khớp trong điều trị 9 trường hợp trật nặng C₁-C₂** 27
Application of transarticular screw fixation in treatment of 9 severe C₁-C₂ dislocation cases
Hoàng Gia Du, Nguyễn Văn Trung
9. **Nghiên cứu SUV max khối u nguyên phát trên PET/CT của ung thư phổi biểu mô tuyến** 32
Study the SUV max of PET/CT in lung epithelial carcinoma
Huỳnh Quang Huy
10. **Nhiễm khuẩn bệnh viện và các yếu tố nguy cơ tại khoa hồi sức tích cực nhi** 35
Nosocomial infection and risk factors of nosocomial infection in pediatric intensive care unit
Hà Mạnh Tuấn
11. **Nhạy cảm ngà và một số yếu tố liên quan** 38
Hypersensitive teeth and related factors
Phạm Thị Tuyết Nga

12. **Nghiên cứu hiệu quả điều trị lấy huyết khối bằng dụng cụ cơ học ở 141 bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp do tắc nhánh lớn động mạch sọ** 41
Efficacy of mechanical thrombectomy in 141 patients with acute ischemic stroke by large vessel intracranial occlusion
Nguyễn Văn Phương, Nguyễn Hoàng Ngọc, Nguyễn Văn Tuyền, Nguyễn Quang Ân, Lê Văn Trường, Trần Duy Anh
13. **Nghiên cứu vai trò chuỗi xung tưới máu gắng sức cộng hưởng từ tim trong chẩn đoán bệnh tim thiếu máu cục bộ** 46
Diagnostic performance of stress perfusion cardiovascular magnetic resonance for detection of ischemia heart disease
Nguyễn Khôi Việt, Nguyễn Ngọc Tráng, Lê Thị Thùy Liên, Hoàng Thị Vân Hoa, Phùng Bảo Ngọc, Phạm Minh Thông, Nguyễn Quốc Dũng
14. **Kiến thức, thái độ về bệnh lao/HIV của bệnh nhân HIV/AIDS đăng ký điều trị tại Bệnh viện Lao và Bệnh phổi tỉnh Hà Nam năm 2011 – 2012** 51
Knowledge and attitudes about tuberculosis/HIV of HIV/AIDS patients registered for treatment at hanam tuberculosis and Lung Disease Hospital in 2011-2012
Ninh Thị Nhung, Lương Xuân Hiến, Phạm Thị Dung
15. **Mối liên quan giữa triệu chứng lâm sàng và hình ảnh học của chảy máu tiểu não** 55
The relation between clinical and radiological symptoms of cerebellar hemorrhage
Võ Hồng Khôi, Nguyễn Thị Mai Phương
16. **Kiến thức của các bà mẹ có con dưới 6 tháng tuổi về bệnh viêm gan B tại phòng tiêm chủng, Đại học Y Hà Nội năm 2017** 58
Knowledge of mothers having children less than 6 months about hepatitis B in vaccination department, Ha Noi Medical University in 2017
Nguyễn Quốc Doanh, Nguyễn Văn Thành, Lê Thị Thanh Xuân
17. **Kết quả chăm sóc hẹp bao quy đầu sinh lý ở trẻ em** 62
The result of treatment physiologic phimosis in children
Vũ Hồng Tuân, Nguyễn Việt Hoa
18. **Liên quan nồng độ TNF-ALPHA huyết tương với một số đặc điểm bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ** 65
Relation between concentration of plasma TNF-A and some features of regular hemodialysis patients
Nguyễn Thị Thanh Bình, Trần Văn Công Thắng, Lê Việt Thắng
19. **Đánh giá kết quả phẫu thuật ghép màng ối trong giai đoạn cấp tính điều trị bỏng mắt do hóa chất mức độ nặng** 68
Evaluate the primary results of inlay amniotic membrane transplantation in acute phase of severe chemical eye burn
Nguyễn Đình Ngân, Phạm Ngọc Đông, Lê Xuân Cung
20. **Nghiên cứu đánh giá sự đa dạng của nấm mốc và độc tố của chúng trong các mẫu tương** 72
Study on the diversity of mold and toxicity in fermented soybean paste samples
Đoàn Văn Thước, Lại Duy Hưng, Lê Thị Việt Hà
21. **Kết quả điều trị vi phẫu thuật vỡ túi phình động mạch thông sau tại Bệnh viện Bạch Mai** 76
The outcome of microsurgery of the posterior communicating artery ruptured aneurysms at Bach Mai Hospital
Đặng Việt Sơn, Nguyễn Thế Hào, Võ Hồng Khôi
22. **Ứng dụng phương pháp sắc ký lỏng hiệu năng cao (HPLC) và điện di mao quản (CE – C⁴D) trong chẩn đoán và tiên lượng bệnh nhân ngộ độc cấp paraquat** 79
The application of HPLC and CE-C⁴D in diagnosis and survival prediction for the patients with acute paraquat poisoning
Vũ Anh Phương, Tạ Thị Thảo, Hà Trần Hưng

23. **Nghiên cứu đặc điểm đồng nhiễm virus viêm gan C (HCV) trên bệnh nhân nhiễm HIV tại Bệnh viện Bạch Mai** 82
Research on characteristics of hepatitis C virus (HCV) coinfection in patients with HIV in Bach Mai Hospital
Trương Thái Phương, Nguyễn Liên Hương
24. **Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn IC-II bằng phẫu thuật kết hợp với hóa chất** 89
Study on clinical, paraclinical characteristics and the results of treatment of stage IC-II epithelial ovarian cancer by surgery combined with paclitaxel-carboplatin regimen as adjuvant chemotherapy
Nguyễn Trọng Diệp, Phạm Văn Bình
25. **Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh thoát vị đĩa đệm cột sống cổ ở bệnh nhân được phẫu thuật lấy đĩa đệm, hàn xương liên thân đốt và nẹp vít cột sống cổ lồng trước** 89
Imaging of cervical disc herniation in patients underwent anterior cervical discectomy and fusion (ACDF)
Hoàng Gia Du
26. **Nghiên cứu một số tác nhân hóa học và chỉ số sức khỏe có liên quan tại khu công nghiệp Đồ Sơn, Hải Phòng** 93
The survey of chemical agents and related health indicators in do son industrial zone, Hai Phong City
Hoàng Quốc Cường, Hoàng Xuân Bách, Đặng Xuân Sơn, Nguyễn Thị Minh Ngọc, Phạm Văn Thức
27. **Nghiên cứu vai trò cộng hưởng từ tim trong chẩn đoán bệnh tim thiếu máu cục bộ** 97
Role of cardiac magnetic resonance imaging in diagnose ischemic heart disease
Nguyễn Khôi Việt, Nguyễn Ngọc Tráng
Lê Thị Thùy Liên, Phạm Minh Thông, Nguyễn Quốc Dũng
28. **Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu não khu vực động mạch não sau** 101
Clinical features of patients with cerebral infarction in vascular of the posterior cerebral artery
Phạm Duy Tùng, Võ Hồng Khôi
29. **Ảnh hưởng của cốm hạ mỡ máu đối với chức năng và mô bệnh học gan thận trên động vật thực nghiệm** 105
The effects of ha mo mau granule to function and histology of liver and kidney of experiment animals
Nguyễn Thị Ngọc Châu, Trần Công Trường
Nguyễn Mạnh Tuyên
30. **Thực trạng hoạt động chăm sóc dinh dưỡng cho bệnh nhân của bác sỹ và điều dưỡng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình** 109
The status of nutritional care for patients of doctors and nurses in Thai Binh General Hospital
Trần Khánh Thu, Phạm Thị Dung, Phạm Thị Tĩnh
31. **Chấn thương tá tràng ở trẻ em** 113
Duodenal injury in children
Đặng Thị Huyền Trang, Nguyễn Việt Hoa, Vũ Hồng Tuân
32. **Tối ưu hóa quy trình chiết xuất ecdysterone từ bài thuốc chỉ thống** 117
Optimization of ecdysterone ultrasonic extraction from chi thong (pain relief) remedy
Vũ Bình Dương, Nguyễn Sơn Nam
33. **Đặc điểm đầu thị thần kinh trên mắt glôcôm góc mở nguyên phát có cận thị nặng** 121
Optic nerve head characteristics on glaucoma with high myopia
Bùi Thị Vân Anh, Bùi Thị Diệu

34. **Đánh giá nhu cầu phục hồi chức năng sớm của người bệnh đột quỵ giai đoạn cấp tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc năm 2017** 127
Situation of acute stroke patients' demand for early at Vinh Phuc General Hospital in 2017
Nguyễn Thị Hải Yến, Đỗ Đào Vũ, Nguyễn Đăng Vững
35. **Yếu tố liên quan đến suy hô hấp ở bệnh nhân trẻ em bị viêm phổi do cúm a H₁N₁** 130
Factors relating to respiratory distress in pediatric patients with pneumonia caused by influenza a H₁N₁
Hà Mạnh Tuấn
36. **Nghiên cứu mức độ tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân bệnh động mạch vành mạn tính** 134
Research levels of coronary artery lesion in patients with chronic coronary artery disease
Nguyễn Thanh Xuân
37. **Nghiên cứu nguyên nhân của chảy máu tiểu não** 139
Study on the cause of cerebellar hemorrhage
Võ Hồng Khôi, Nguyễn Thị Mai Phương
38. **Phẫu thuật vét hạch chủ bụng ở bệnh nhân ung thư cổ tử cung, ung thư nội mạc tử cung và ung thư buồng trứng tại Bệnh viện K** 142
The para-aortic lymphadenectomy in patients with cervical cancer, endometrial cancer, ovarian cancer at the K Hospital
Lê Trí Chinh, Phạm Văn Bình
39. **Khảo sát đặc điểm tổn thương thận ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 được điều trị tại Bệnh viện Quân Y 120, Quân khu 9** 147
Survey of renal impairment characteristics in patients with type 2 diabetes at Military Hospital 120, Military zone 9
Đoàn Văn Tiếp, Nguyễn Trung Kiên, Lê Việt Thắng
40. **Chi phí trực tiếp cho điều trị và ngoài điều trị của người bệnh đái tháo đường týp 2 trong một lần điều trị ngoại trú tại khoa khám bệnh, Bệnh viện Thanh Nhàn – Hà Nội, năm 2017** 150
Direct medical cost and direct non medical cost for treatment per visit of types 2 diabetic patients at medical examination department, Thanh Nhan Hospital – Hanoi, 2017
Nguyễn Văn Chinh, Phạm Huy Tuấn Kiệt, Nguyễn Thị Bạch Yến, Phạm Bích Diệp
41. **Đánh giá kết quả cắt lách nội soi một đường rạch ở trẻ xuất huyết giảm tiểu cầu** 153
Single incision laparoscopic splenectomy in children with immune thrombocytopenic purpura
Hồng Quý Quân, Nguyễn Việt Hoa, Vũ Hồng Tuấn
42. **Đánh giá hiệu quả của thuốc azarga trong điều trị glôcôm góc mở** 156
Evaluate the results of azarga in open glaucoma
Nguyễn Lê Trung, Nguyễn Đình Ngân, Vũ Hải Long, Vũ Anh Tuấn
43. **Tăng acid uric máu ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp - báo cáo trường hợp lâm sàng** 160
Hyperuricemia in patients with acute myocardial infarction - case report
Trần Minh Trung, Lê Minh Ngọc, Hoàng Văn Sỹ
44. **Các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến kết quả điều trị vỡ túi phình động mạch cảnh trong đoạn trong sọ** 163
Study on risk factors affecting the treatment results of ruptured aneurysm of the internal carotid artery intracranial segment
Đặng Việt Sơn, Võ Hồng Khôi, Nguyễn Thế Hào