



Y HỌC

VIỆT NAM

Năm thứ sáu mươi tư

VIETNAM MEDICAL JOURNAL



THÁNG 4 - SỐ 2
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.tonghoiychoc.vn

TẠP CHÍ
Y HỌC VIỆT NAM
VIETNAM MEDICAL JOURNAL

TỔNG BIÊN TẬP

Nguyễn Thị Xuyên

PHÓ TỔNG BIÊN TẬP

Nguyễn Thị Ngọc Dung

Đinh Ngọc Sỹ

Lê Gia Vinh

HỘI ĐỒNG CỐ VẤN

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

ỦY VIÊN BAN BIÊN TẬP

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

BAN THƯ KÝ

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

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

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

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

ĐIỀU TRỊ HẸP BAO QUY ĐẦU BẰNG KỸ THUẬT CẮT VÒNG XƠ, BẢO TỒN BAO QUY ĐẦU

Nguyễn Việt Hoa¹, Vũ Hồng Tuân^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kỹ thuật cắt vòng xơ bảo tồn bao quy đầu để điều trị hẹp bao quy đầu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả tiến cứu 75 trẻ mắc hẹp bao quy đầu có vòng xơ mô theo kỹ thuật cắt vòng xơ bảo tồn bao quy đầu tại khoa phẫu thuật nhi – bệnh viện Việt Đức trong năm 2017. **Kết quả:** Thời gian mổ trung bình là 25,6 phút, thời gian nằm viện trung bình là 1,4 ngày, thông thường là ra về trong ngày. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là chảy máu 1,3%. Kết quả 100% không có hẹp bao quy đầu tái phát. **Kết luận:** Kỹ thuật cắt vòng xơ, bảo tồn bao quy đầu là một kỹ thuật đem lại sự hài lòng về thẩm mỹ. Kỹ thuật đơn giản nhưng cũng cần sự cẩn thận, tỷ mỉ, chuyên khoa.

Từ khóa: Hẹp da quy đầu.

SUMMARY

TREATMENT PHIMOSIS WITH FIBER RING CUTTING TECHNIQUE AND CONSERVATION OF THE CIRCUMCISION

Objective: Description of fiber ring cutting technique and conservation of the circumcision for treatment phimosis. **Material and methods:** Prospective study. 75 boys treat phimosis with fiber ring at department pediatric in Viet Duc hospital in 2017. **Results:** The average operative time was 25,6 minutes, the average hospitalization was 1,4 days, usually during the day. The complication after surgery: bleeding 1,3%. 100% of the results not have recurrent phimosis. **Conclusion:** This technique should be applied to treat all the patients with phimosis that need surgical treatment.

Key words: Phimosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

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 [1]. 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 [2]. 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.

Ở Mỹ, tỷ lệ cắt bỏ bao quy đầu sơ sinh giảm từ 90% của những năm 50, xuống còn 60 – 70% của những năm 80 thuộc thế kỷ trước, nhưng gần đây tỷ lệ này thay đổi từ 65 – 82% tùy theo từng năm. Ở các nước Châu Âu, Châu Á, Trung và Nam Mỹ, tỷ lệ cắt bỏ bao quy đầu thấp. Ở nước Anh, tỷ lệ này giảm từ 30% của năm 1940 xuống còn 6% vào năm 1975. Từ sau chiến tranh Nam – Bắc Triều Tiên (những năm 50 của thế kỷ trước), Hàn quốc là nước duy nhất ở Châu Á thực hiện rộng rãi kỹ thuật này, với tỷ lệ 90% ở học sinh trung học [1].

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 [6]. 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].

Hiện nay vẫn còn có những quan điểm khác nhau về chỉ định cũng như phương pháp mổ, trong đó phẫu thuật cắt bỏ gần hết bao quy đầu là phổ biến [3]. Với quan niệm mọi bộ phận trong cơ thể đều có những chức năng sinh lý của nó nên cần được bảo vệ tối đa nếu có thể được. Từ nhiều năm nay tại khoa phẫu thuật Nhi và trẻ sơ sinh – Bệnh viện Việt Đức chúng tôi vẫn sử dụng kỹ thuật cắt vòng xơ và bảo tồn bao quy đầu. Mục đích của kỹ thuật này là giải quyết được hẹp bao quy đầu nhưng vẫn bảo tồn bao quy đầu với các chức năng của nó. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị của phương pháp này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 75 bệnh nhân hẹp bao quy đầu có vòng xơ được mổ theo cùng một kỹ thuật tại khoa phẫu thuật nhi

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: 14.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2018

Ngày duyệt bài: 12.4.2018

và trẻ sơ sinh – Bệnh viện Việt Đức từ 1/1/2017 đến 30/12/2017.

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu.

2.2.2 Mô tả kỹ thuật: Gây mê đối với trẻ nhỏ. Gây tê với trẻ trên 10 tuổi, chịu hợp tác: tê gốc dương vật, mục đích nhằm phong bế thần kinh lưng dương vật gồm 2 nhánh đi từ dưới xương mu, chạy dọc ở lưng dương vật ở vị trí 10 giờ và 2 giờ. Thuốc tê thường dùng là Lidocain hoặc Xylocain 0.25%, vị trí gây tê ở điểm 2 giờ, 10 giờ và tổ chức dưới da quanh gốc dương vật.

- Đánh dấu đường cắt da vòng quanh dương vật, thường ở trạng thái dương vật cương.

- Tách niêm mạc quy đầu khỏi quy đầu, sát khuẩn lại quy đầu.

- Đánh giá hãm quy đầu, sẽ cắt tạo hình hãm nêu ngăn.

- Dùng 4 Pince ở 4 góc (2h, 4h, 8h và 10h). Rạch da bao quy đầu vị trí 6 và 12h đến đường đánh dấu. Cắt vành xơ hẹp đến đường đánh dấu ở da bên ngoài.

- Cắt bớt niêm mạc quy đầu, thường cắt cách rãnh quy đầu khoảng 1cm.

- Kiểm tra cầm máu kỹ (dung dao điện đơn cực hoặc lưỡng cực).

- Lộn bao quy đầu về phía sau và kiểm tra độ rộng của đường cắt. Nếu chưa đủ rộng thì cắt thêm cho vừa đủ.

- Khâu lại da và niêm mạc bao quy đầu bằng chỉ tiêu 5/0 hoặc 6/0.

- Bôi mỡ kháng sinh và băng ép lại. Trong trường hợp bao quy đầu viêm nhiều, xơ sẹo chúng tôi đặt Sonde tiểu và rút sau 1 ngày.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình là 8,3 tuổi, trẻ nhỏ nhất là 5 tuổi và lớn nhất là 15 tuổi. Khai thác tiền sử thì có 43 bệnh nhi (57,3%) đã ít nhất 1 lần được tách bao quy đầu tại các cơ sở y tế.

Thời gian phẫu thuật trung bình là 25,6 phút, nhanh nhất là 20 phút và lâu nhất là 45 phút.

Thời gian nằm viện trung bình là 1,4 ngày, thông thường bệnh nhân mổ về trong ngày.

Biến chứng sau mổ: Một trường hợp chảy máu sau mổ chiếm tỉ lệ 1,3% do có 1 nút chỉ bị rách vị trí 10h và rỉ máu từ mép da, xử lý bằng ép với adrenalin pha loãng và không có trường hợp nào nhiễm khuẩn sau mổ (thường khám lại sau 7-10 ngày).

Kết quả điều trị: 100% bệnh nhân đều không còn hẹp bao quy đầu, bao quy đầu lộn lên dễ dàng. Khả năng che phủ bao quy đầu: Che phủ

toàn bộ quy đầu có 51 (68%), che phủ một phần bao quy đầu có 18 bệnh nhân (24%), có 6 bệnh nhân (8%) bao quy đầu sau cắt không che phủ quy đầu. Không có trường hợp nào bị mất cân đối da bao quy đầu. Tất cả các gia đình bệnh nhân đều hài lòng với kết quả (100%).

IV. BÀN LUẬN

Hẹp bao quy đầu sinh lý ở trẻ còn bú (dưới 1 tuổi) không có chỉ định mổ cắt bỏ bao quy đầu. 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. Về mô học, tình trạng bệnh lý này được đặc trưng bằng viêm quy đầu khô tắc. Người ta cho rằng hẹp bao quy đầu thứ phát có thể do nhiều lần cố gắng kéo bao quy đầu về phía gốc dương vật để làm lộ quy đầu, các động tác này gây ra tổn thương mô của bao quy đầu và tạo nên sẹo xơ hoặc viêm bao quy đầu mạn tính dẫn đến sẹo xơ [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ trẻ ít nhất 1 lần được lộn bao quy đầu tại các cơ sở y tế là 57,3%. Chúng tôi chưa tìm thấy các nghiên cứu nói về vấn đề này, tuy nhiên ở góc nhìn chuyên khoa cho rằng: sự cố gắng lộn bao quy đầu khi bao còn hẹp dễ làm cho đầu bao quy đầu tổn thương chảy máu, trẻ rất đau (đặc biệt những trường hợp dùng Pince tách), sau đó trẻ sẽ không cho gia đình chăm sóc cho trẻ hàng ngày, dẫn đến chỗ tổn thương rỉ máu do tách viêm xơ hóa.

Hẹp bao quy đầu bệnh lý thực sự ít gặp trước 5 tuổi, chỉ gặp từ 0,6 – 4% ở trẻ nam 17 tuổi và chiếm 0,9% ở nam giới từ 19 – 31 tuổi [1] [4]. Điều trị bằng corticoide không có tác dụng đối với hẹp bao quy đầu bệnh lý. Tình trạng bệnh lý này chỉ có thể điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ bao quy đầu. Theo các tác giả các chống chỉ định cắt bỏ bao quy đầu ở trẻ sơ sinh bao gồm: Trẻ đẻ non và trẻ sơ sinh (dưới 1 tháng tuổi), tất cả các rối loạn đông máu, bệnh ưa chảy máu, hoặc có tiền sử gia đình về rối loạn đông máu, nếu phần bụng của bao quy đầu ngắn hoặc không có, biến dạng gấp góc ở lưng dương vật (dương vật bị cong vẹo lên phía trên), trẻ bị hypospadias hoặc epispadias, dương vật nhỏ lùn hoặc hình chân vịt [3] [7].

Vấn đề bao quy đầu quá dài: da của bao quy đầu bị viêm ammoniac của nước tiểu, có thể dẫn đến da bị dày và bao quy đầu đó thường được gọi là “bao quy đầu quá dài”. Đó là một cách gọi tên không chính xác và có thể dẫn đến cắt bỏ bao quy đầu một cách không cần thiết. Nếu so

người này với người khác, thì kích thước của bao quy đầu ít thay đổi, vì vậy không có bao quy đầu quá dài một cách thực sự. Mặc dù khi nhìn, bao quy đầu có vẻ khá dài, nhưng khi kéo bao quy

đầu về phía gốc dương vật, vẫn bộc lộ được toàn bộ quy đầu và rãnh quy đầu. Tất cả các trường hợp này đều không có chỉ định mổ cắt bỏ bao quy đầu.



Hình 1: Hẹp bao quy đầu có vòng xơ

Năm 2008, Trần Ngọc Bích [5] đưa ra một kỹ thuật chỉ cắt bỏ vòng da niêm mạc bao quy đầu hẹp đơn thuần bằng cách bảo tồn lớp tổ chức dưới da niêm mạc mà chỉ bóc bỏ lớp da-niêm mạc dựa vào kinh nghiệm phẫu tích bóc tách lấy vạt niêm mạc bao quy đầu tự do tạo hình niệu đạo khi mổ dị tật lỗ đái lệch thấp. Theo tác giả ưu điểm của kỹ thuật này là dễ thực hiện, nếu phẫu tích chính xác thì khi mổ hầu như không rỉ máu và vì chỉ cắt bỏ đơn thuần vòng da-niêm mạc hẹp nên vẫn bảo tồn nguyên vẹn lớp tổ chức dưới da có mạch máu và thần kinh. Do vậy, sau mổ ít nguy cơ nhiễm khuẩn và phù nề, vết khâu sẽ mau lành, sẹo nhỏ và mềm mại. Kỹ thuật này đòi hỏi phẫu thuật viên phải phẫu tích tỉ mỉ để cắt bỏ đi vòng xơ bao quy đầu. Kỹ thuật của chúng tôi thực hiện cũng tương tự tuy nhiên chúng tôi cố gắng đơn giản hóa phẫu thuật và thời gian mổ trung bình của chúng tôi 25,6 phút cũng tương đương của tác giả (thời gian phẫu thuật trung bình của Trần Ngọc Bích là 26 phút). Kỹ thuật này kết hợp tạo hình hăm qui đầu cho những trường hợp ngắn hăm qui đầu, điều này làm dương vật sau mổ sẽ dài hơn và thẩm mỹ hơn.

Rạch bao quy đầu ở mặt lưng rất ít khi được khuyến dùng vì kết quả không được hoàn hảo về phương diện thẩm mỹ. Nhưng, thủ thuật này tỏ ra có ích ở nam giới cao tuổi, có nhiều bệnh lý phức tạp phối hợp như viêm quy đầu – bao quy đầu nặng hoặc hẹp bao quy đầu bán phần tái phát, ... Tạo hình bao quy đầu bằng cách rạch da bao quy đầu một cách hạn chế theo chiều dọc, khâu lại da theo chiều ngang. Tạo hình bao quy đầu chỉ nên áp dụng cho các bệnh nhân bị hẹp bao quy đầu bán phần, mà không phải là hẹp bao quy đầu bệnh lý.

Một số nghiên cứu cho biết tỷ lệ biến chứng của cắt bỏ bao quy đầu ở trẻ sơ sinh là từ 0,2 –

0,6%, trong khi các nghiên cứu khác chỉ ra tỷ lệ biến chứng này là từ 1,5 – 10% [1], [7]. Các biến chứng thường gặp nhất là chảy máu, nhiễm khuẩn, hẹp lỗ ngoài niệu đạo, loét phan của bao quy đầu và dính bao quy đầu. Chảy máu là biến chứng thường gặp nhất, với tỷ lệ từ 0 – 35% [7]. Đa số là chảy máu ít và không có hậu quả lâm sàng. Nhưng chảy máu rất nhiều, đe dọa tính mạng người bệnh có thể gặp ở các trường hợp có rối loạn đông máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ chảy máu là 1,3% là thấp so với các tác giả khác [7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi với 100% gia đình hài lòng về kết quả sau mổ, không có bệnh nhi hẹp tái phát, không có trường hợp nào bị mất cân đối bao quy đầu, tỷ lệ 92% bệnh nhi vẫn giữ được bao quy đầu là rất lý tưởng. Đảm bảo được chức năng sinh lý của bao quy đầu và bảo tồn tối đa bao quy đầu là một chất liệu tốt khi có nhu cầu tạo hình niệu đạo sau này.

V. KẾT LUẬN

Hẹp bao quy đầu là một bệnh lý phổ biến và phương pháp điều trị thì không quá phức tạp. Chỉ định ngoại khoa chỉ định cho những trường hợp hẹp bệnh lý. Sự chăm sóc bao quy đầu không đúng cách góp phần tăng nguy cơ mắc bệnh. Đã có nhiều kỹ thuật mổ điều trị hẹp bao quy đầu, mỗi kỹ thuật có những ưu và nhược điểm khác nhau. Kỹ thuật cắt vòng xơ hẹp bảo tồn bao quy đầu mang đến tính thẩm mỹ, sự hài lòng cho bệnh nhi. Kỹ thuật đơn giản tuy nhiên cũng cần sự cẩn thận, tỉ mỉ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dunsmuir WD, Gordon EM (1999)** The history of circumcision. *BJU Int* 83 [Suppl 1], 1 – 2.
2. **Babu R, Harrison SK, Hutton KA (2004)** Ballooning of the foreskin and physiological

- phimosis: is there any objective evidence of obstructed voiding. *BJU Int*, 94, 384 – 387.
3. **Larke N, Thomas SL, Dos Santos Silva I, et al. (2011).** "Male circumcision and human papillomavirus infection in men: a systematic review and meta – analysis". *J. Infect. Dis.* 204 (9), 1575 – 1390.
 4. **Ashfield JE, Nickel KR, Siemens DR et al (2003)** Treatment of phimosis with topical steroids in 194 children. *J Urol*, 169, 1106 – 1108.

5. **Trần Ngọc Bích (2008).** "Kỹ thuật cắt bỏ vòng thắt bao qui đầu chữa hẹp bao qui đầu (đề xuất một kỹ thuật mổ)", *Y học TP Hồ Chí Minh*, 12, tr 445-450
6. **Cuckow P (2006).** Phimosis and buried penis, *Pediatric Surgery*, pp 557-568.
7. **Kaplan GW (1983).** Complications of Circumcision, *Urologic Clinics of North America*, 10, pp 543-549.

NGHIÊN CỨU THỬ KÍCH ỨNG DA, NIÊM MẠC VÀ KHẢ NĂNG LÀM LÀNH VẾT THƯƠNG CỦA BÀI THUỐC VL1 DẠNG CỒN THUỐC TRÊN THỰC NGHIỆM

Lê Thị Minh Nguyệt*, Phạm Bá Tuyền*, Trần Trọng Dương**

TÓM TẮT

Nghiên cứu thử kích ứng da, niêm mạc và khả năng làm lành vết thương của bài thuốc VL1 dạng cồn thuốc trên thỏ thực nghiệm. Nghiên cứu được tiến hành trên thỏ trắng nặng 1,800g - 2000g, không phân biệt đực cái. Nghiên cứu thử kích ứng da và khả năng làm lành vết thương của VL1: tiến hành tạo vết thương trên da thỏ, bôi VL1 vào vết thương 3 lần/ngày trong 3 ngày, so sánh với vết thương bôi nước muối đẳng trương. Nghiên cứu thử kích ứng niêm mạc, bôi thuốc lên niêm mạc hậu môn thỏ, so sánh với bôi nước muối sinh lý. Kết quả nghiên cứu cho thấy Cồn thuốc VL1 khi sử dụng với liều chấm 3 lần/1 ngày không gây kích ứng da và niêm mạc hậu môn thỏ và có tác dụng làm lành vết thương.

Từ khóa: VL1, kích thích da, niêm mạc, lành vết thương

SUMMARY

STUDY ON SKIN IRRITATION, MUCOSAL AND POSSIBILITY OF WOUND HEALING OF VL1 PRESCRIPTION DRUGS IN EXPERIMENT

Study on the skin irritation, mucosal and wound healing of VL1 drug in experimental rabbit. The study was conducted on white rabbits weighing 1800g - 2000g, regardless of male. Examination of skin irritation and wound healing of VL1: wound healing on rabbit skin, VL1 applied to the wound 3 times a day for 3 days, compared with isotonic saline wound. Study on mucosal irritation, application to rabbit anal mucosa, compared with physiological saline. Research results showed that VL1 tablet when used with 3 doses /day did not irritate skin and rabbit anus and wound healing effect.

*Bệnh viện Y học cổ truyền, Bộ Công an

**Cục Y tế, Bộ Công an

Chịu trách nhiệm chính: Trần Trọng Dương

Email: bsduongretechco@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/3/2018

Ngày phản biện: 3/4/2018

Ngày duyệt bài: 16/4/2018

Keyword: VL1, skin irritation, mucosal and wound healing.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm lợi là tổn thương viêm cấp tính hay mãn tính xảy ra ở tổ chức phần mềm xung quanh răng. Tổn thương chỉ khu trú ở lợi (bờ, nhú lợi, lợi dính) mà không ảnh hưởng đến xương ổ răng. Từ xưa trong dân gian có những bài thuốc chữa đau răng viêm lợi như vò đuối ngâm rượu để ngậm, nước sắc ngải cứu súc miệng, nước sắc vỏ cây sao đen, cây đại, điều trị viêm lợi và một số sản phẩm điều trị viêm lợi bằng chế phẩm thuốc YHCT dưới dạng tán bột bôi tại chỗ, thuốc chấm tại chỗ như Eupolin, Sindolor, BT98, RK94, lưỡng diện hương...

Xuất phát từ nhu cầu điều trị ngày càng cao mà các nguồn thuốc ngoại nhập đối với chuyên khoa răng ngày càng đắt và khan hiếm, làm thế nào để dùng các sản phẩm thuốc y học cổ truyền vừa giảm giá thành điều trị bệnh răng miệng, tính an toàn cao nhưng chất lượng đảm bảo. Chính vì vậy chúng tôi nghiên cứu tác dụng bài thuốc chữa viêm lợi VL1. Để đánh giá tác dụng của bài thuốc trên lâm sàng, bước đầu chúng tôi nghiên cứu thử kích ứng da, niêm mạc và khả năng làm lành vết thương của bài thuốc VL1 dạng cồn thuốc trên thỏ thực nghiệm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

***Đối tượng nghiên cứu trên thực nghiệm:** thỏ trắng nặng 1,800g - 2000g, không phân biệt đực cái.

***Chất liệu nghiên cứu:** Bài thuốc VL1 dạng cồn thuốc được sản xuất tại Khoa Dược - Bệnh viện Y học cổ truyền - Bộ Công an, đóng trong lọ thủy tinh màu sẫm, đã được kiểm nghiệm đạt tiêu chuẩn cơ sở. Công thức bài thuốc:

Hoàng liên 3g

Tế tân 3g

Đinh hương 2g

Cồn 55° 5ml

***Nghiên cứu thực nghiệm:**

Thử kích ứng da - khả năng làm lành vết thương:

- Tiến hành thí nghiệm trên 03 con thỏ trắng.
- Cạo sạch lông thỏ bằng dao cạo, không làm trầy xước da thỏ.
- Tạo vết thương trên da thỏ bằng dụng cụ tiết trùng: Trên mỗi con thỏ tạo 2 vết thương hình chữ thập có vị trí, kích thước tương tự nhau.
- Bôi dung dịch nước muối đẳng trương tiết trùng lên cả hai vết thương và theo dõi thỏ trong 3 giờ.
- Xác định độ rộng của quãng đo bằng thước kỹ thuật.
- Độ rộng của quãng đo ở mỗi vết thương được tính bằng công thức:

$$r_1 + r_2 + r_3 + r_4$$

$$r = \frac{\quad}{4}$$

- Sau 3 giờ, đo độ rộng quãng đo ở mỗi vết thương (r_0).
- Một vết thương bôi dung dịch nước muối đẳng trương tiết trùng 3 lần/ngày trong 3 ngày,

ghi lại thời gian bắt đầu sử dụng dung dịch đối chiếu của mỗi thỏ.

- Một vết thương bôi dung dịch thử 3 lần/ngày trong 3 ngày, ghi lại thời gian bắt đầu sử dụng dung dịch thử của mỗi thỏ.

- Quan sát các vết thương và xác định độ rộng của quãng đo ở các thời điểm 24 giờ, 48 giờ và 72 giờ và so sánh với r_0 .

Thử kích ứng niêm mạc hậu môn thỏ:

- Tiến hành thí nghiệm trên 06 con thỏ trắng.
- Cạo sạch lông thỏ ở vùng hậu môn bằng dao cạo thích hợp, để quan sát được niêm mạc hậu môn thỏ và không làm trầy xước da thỏ.
- Quan sát hậu môn thỏ ghi lại tình trạng của niêm mạc hậu môn thỏ trước khi thử nghiệm.
- Tiến hành thử nghiệm, chia thỏ làm hai nhóm, mỗi nhóm 03 con:
 - + Nhóm chứng: Bôi nước muối sinh lý lên niêm mạc hậu môn.
 - + Nhóm thử: Bôi thuốc lên niêm mạc hậu môn.
- Ghi lại thời gian bắt đầu thử nghiệm của từng thỏ.
- Một giờ sau rửa sạch hậu môn của thỏ ở cả hai nhóm bằng nước cất.
- Quan sát và ghi lại tình trạng của niêm mạc hậu môn thỏ sau 24 giờ, 48 giờ và 72 giờ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Bảng 3.1: Độ rộng quãng đo của vết thương sau 24 giờ

Thỏ	Dung dịch NaCl 0,9%			Dung dịch thử		
	r_0 (mm)	r_{24} (mm)	$r_{24} - r_0$ (mm)	r_0 (mm)	r_{24} (mm)	$r_{24} - r_0$ (mm)
1	1,88	2,25	0,4	2,38	1,5	-0,9
2	2,38	2,75	0,4	2,13	1,38	-0,8
3	1,75	2,12	0,4	1,75	1,13	-0,6

Nhận xét: Độ rộng quãng đo của vết thương: Thỏ 1: Dung dịch NaCl 0,9%: r_0 : 1,88 mm, r_{24} : 2,25mm; Thỏ 2: r_0 : 2,38mm, r_{24} : 2,75mm; Thỏ 3: r_0 : 1,75mm, r_{24} : 2,12 mm. Dung dịch thử: Thỏ 1: r_0 : 2,38mm, r_{24} : 1,5mm; Thỏ 2: r_0 : 2,13mm, r_{24} : 1,38mm; Thỏ 3: r_0 : 1,75mm, r_{24} : 1,13mm.

Bảng 3.2: Mô tả vết thương sau 24 giờ

Thỏ	Dung dịch NaCl 0,9%	Dung dịch thử
1	Vết thương hơi tấy nhẹ, miệng vết thương ướt, không có ban đỏ ở vùng da xung quanh.	Quãng đo của vết thương đã thu nhỏ lại, miệng vết thương khô, không có ban đỏ ở vùng da xung quanh.
2	Vết thương hơi tấy nhẹ, miệng vết thương ướt, không có ban đỏ ở vùng da xung quanh.	Quãng đo của vết thương đã thu nhỏ lại, miệng vết thương khô, không có ban đỏ ở vùng da xung quanh.
3	Vết thương hơi tấy nhẹ, miệng vết thương ướt, không có ban đỏ ở vùng da xung quanh.	Quãng đo của vết thương đã thu nhỏ lại, miệng vết thương khô, không có ban đỏ ở vùng da xung quanh.

Nhận xét: Sau 24 giờ: Đối với dung dịch NaCl 0,9%: Thỏ 1: Vết thương hơi tấy nhẹ, miệng vết thương ướt, không có ban đỏ ở vùng da xung quanh (Dung dịch thử: Quãng đo của vết thương đã thu nhỏ lại, miệng vết thương khô, không có ban đỏ ở vùng da xung quanh.); Thỏ 2: Vết thương hơi tấy nhẹ, miệng vết thương ướt, không có ban đỏ ở vùng da xung quanh (Dung dịch thử: Quãng đo của vết thương đã thu nhỏ lại, miệng vết thương khô, không có ban đỏ ở vùng da xung quanh); Thỏ 3: Vết thương hơi tấy nhẹ, miệng vết thương ướt, không có ban đỏ ở vùng da xung quanh (Dung

dịch thử: Quảng đồ của vết thương đã thu nhỏ lại, miệng vết thương khô, không có ban đỏ ở vùng da xung quanh).

Bảng 3.3: Độ rộng quảng đồ của vết thương sau 48 giờ

Thỏ	Dung dịch NaCl 0,9%			Dung dịch thử		
	r ₀ (mm)	r ₄₈ (mm)	r ₄₈ - r ₀ (mm)	r ₀ (mm)	r ₄₈ (mm)	r ₄₈ - r ₀ (mm)
1	1,88	1,63	-0,3	2,38	1,0	-1,4
2	2,38	2,0	-0,4	2,13	0,88	-1,3
3	1,75	1,88	0,1	1,75	0,88	-0,9

Nhận xét: Độ rộng của quảng đồ sau 48 giờ: Đối với dung dịch NaCl 0,9%: Thỏ 1: r₀: 1,88mm, r₄₈: 1,63mm; Thỏ 2: r₀: 2,38 mm, r₄₈: 2,0mm; Thỏ 3: r₀: 1,75mm, r₄₈: 1,88mm. Dung dịch thử: Thỏ 1: r₀: 2,38mm, r₄₈: 1,0mm; Thỏ 2: r₀: 2,13mm, r₄₈: 0,88mm; Thỏ 3: r₀: 1,75mm, r₄₈: 0,88mm.

Bảng 3.4: Mô tả vết thương sau 48 giờ

Thỏ	Dung dịch NaCl 0,9%	Dung dịch thử
1	Vết thương không còn tấy nhưng vẫn đỏ, miệng vết thương ướt, không có ban đỏ ở vùng da xung quanh.	Quảng đồ của vết thương đã thu nhỏ nhiều, miệng vết thương khô, không có ban đỏ ở vùng da xung quanh.
2	Vết thương không còn tấy nhưng vẫn đỏ, không có ban đỏ ở vùng da xung quanh.	Quảng đồ của vết thương đã thu nhỏ nhiều, miệng vết thương khô, không có ban đỏ ở vùng da xung quanh.
3	Vết thương không còn tấy nhưng vẫn đỏ, miệng vết thương ướt, không có ban đỏ ở vùng da xung quanh.	Quảng đồ của vết thương đã thu nhỏ nhiều, miệng vết thương khô, không có ban đỏ ở vùng da xung quanh.

Nhận xét: Sau 48 giờ: Đối với dung dịch NaCl 0,9%: Thỏ 1: Vết thương không còn tấy nhưng vẫn đỏ, miệng vết thương ướt, không có ban đỏ ở vùng da xung quanh (Dung dịch thử: Quảng đồ của vết thương đã thu nhỏ nhiều, miệng vết thương khô, không có ban đỏ ở vùng da xung quanh); Thỏ 2: Vết thương không còn tấy nhưng vẫn đỏ, không có ban đỏ ở vùng da xung quanh (Dung dịch thử: Quảng đồ của vết thương đã thu nhỏ nhiều, miệng vết thương khô, không có ban đỏ ở vùng da xung quanh); Thỏ 3: Vết thương không còn tấy nhưng vẫn đỏ, miệng vết thương ướt, không có ban đỏ ở vùng da xung quanh (Dung dịch thử: Quảng đồ của vết thương đã thu nhỏ nhiều, miệng vết thương khô, không có ban đỏ ở vùng da xung quanh).

Bảng 3.5: Độ rộng quảng đồ của vết thương sau 72 giờ

Thỏ	Dung dịch NaCl 0,9%			Dung dịch thử		
	r ₀ (mm)	r ₇₂ (mm)	r ₇₂ - r ₀ (mm)	r ₀ (mm)	r ₇₂ (mm)	r ₇₂ - r ₀ (mm)
1	1,88	1,50	-0,4	2,38	0,63	-1,8
2	2,38	1,75	-0,6	2,13	0,63	-1,5
3	1,75	1,63	-0,1	1,75	0,63	-1,1

Nhận xét: Độ rộng quảng đồ của vết thương sau 72 giờ: Đối với dung dịch NaCl 0,9%: Thỏ 1: r₀: 1,88mm, r₇₂: 1,5mm; Thỏ 2: r₀: 2,38mm, r₇₂: 1,75mm; Thỏ 3: r₀: 1,75mm, r₇₂: 1,63mm. Đối với dung dịch thử: Thỏ 1: r₀: 2,38mm, r₇₂: 0,63mm; Thỏ 2: r₀: 2,13mm, r₇₂: 0,63mm; Thỏ 3: r₀: 1,75mm; r₇₂: 0,63mm.

Bảng 3.6: Mô tả vết thương sau 72 giờ

Thỏ	Dung dịch NaCl 0,9%	Dung dịch thử
1	Vết thương vẫn đỏ, miệng vết thương ướt, không có ban đỏ ở vùng da xung quanh.	Vết thương gần như không còn quảng đồ, miệng vết thương khô, không có ban đỏ ở vùng da xung quanh.
2	Vết thương vẫn đỏ, miệng vết thương ướt, không có ban đỏ ở vùng da xung quanh.	Vết thương gần như không còn quảng đồ, miệng vết thương khô, không có ban đỏ ở vùng da xung quanh.
3	Vết thương vẫn đỏ, miệng vết thương ướt, không có ban đỏ ở vùng da xung quanh.	Vết thương gần như không còn quảng đồ, miệng vết thương khô, không có ban đỏ ở vùng da xung quanh.

Nhận xét: Vết thương 72 giờ: Đối với dung dịch NaCl 0,9%: Thỏ 1: Vết thương vẫn đỏ, miệng vết thương ướt, không có ban đỏ ở vùng da xung quanh (Dung dịch thử: Vết thương gần như không còn quầng đỏ, miệng vết thương khô, không có ban đỏ ở vùng da xung quanh); Thỏ 2: Vết thương vẫn đỏ, miệng vết thương ướt, không có ban đỏ ở vùng da xung quanh (Dung dịch thử: Vết thương gần như không còn quầng đỏ, miệng vết thương khô, không có ban đỏ ở vùng da xung quanh); Thỏ 3: Vết thương vẫn đỏ, miệng vết thương ướt, không có ban đỏ ở vùng da xung quanh (Dung dịch thử: Vết thương gần như không còn quầng đỏ, miệng vết thương khô, không có ban đỏ ở vùng da xung quanh).

Bảng 3.7: Kết quả thử kích ứng niêm mạc

Thỏ	Nhóm chứng (Dùng dung dịch NaCl 0,9%)			Nhóm thử (Dùng thuốc)		
	24 giờ	48 giờ	72 giờ	24 giờ	48 giờ	72 giờ
1	Niêm mạc không thay đổi màu sắc	Niêm mạc không thay đổi màu sắc	Niêm mạc không thay đổi màu sắc	Niêm mạc hậu môn không thay đổi so với trước khi dùng thuốc	Niêm mạc hậu môn không thay đổi so với trước khi dùng thuốc	Niêm mạc hậu môn không thay đổi so với trước khi dùng thuốc
2	Niêm mạc không thay đổi màu sắc	Niêm mạc không thay đổi màu sắc	Niêm mạc không thay đổi màu sắc	Niêm mạc hậu môn không thay đổi so với trước khi dùng thuốc	Niêm mạc hậu môn không thay đổi so với trước khi dùng thuốc	Niêm mạc hậu môn không thay đổi so với trước khi dùng thuốc
3	Niêm mạc không thay đổi màu sắc	Niêm mạc không thay đổi màu sắc	Niêm mạc không thay đổi màu sắc	Niêm mạc hậu môn không thay đổi so với trước khi dùng thuốc	Niêm mạc hậu môn không thay đổi so với trước khi dùng thuốc	Niêm mạc hậu môn không thay đổi so với trước khi dùng thuốc

IV. KẾT LUẬN

- Cồn thuốc VL1 khi sử dụng với liều bôi 3 lần/ngày trong 3 ngày không gây kích ứng trên da và có tác dụng làm lành vết thương.
- Cồn thuốc VL1 không gây kích ứng niêm mạc hậu môn thỏ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Vũ Hải (2002)**, Các chỉ số trong thăm khám và điều trị bệnh viêm quanh răng.
2. **Phạm Thị Tuyết Nga (1994)**, Ứng dụng điều trị Eupolin-12 điều trị viêm lợi cấp và đợt cấp của viêm quanh răng, *Luận văn tốt nghiệp BSCK II*.
3. **Đỗ Tất Lợi (1999)**, Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam, *Nxb. Y học*.

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ VAI TRÒ CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG MỐI LIÊN QUAN GIỮA RÁCH VÒNG SỢI VÀ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Lê Đức Nam*, Đặng Vĩnh Hiệp**, Nguyễn Quốc Dũng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu vai trò của cộng hưởng từ cột sống thắt lưng trong xác định số lượng vòng sợi rách, tần suất của 3 loại rách vòng sợi và đánh giá mối liên quan giữa rách vòng sợi với thoát vị đĩa đệm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang 81 BN trên 60 tuổi có

đau cột sống thắt lưng đã được chụp cộng hưởng từ. Chúng tôi tiến hành khảo sát 405 đĩa đệm, chia các đĩa đệm thành hai nhóm là phình và thoát vị đĩa đệm. Trong mỗi nhóm nói trên, chúng tôi phát hiện rách vòng sợi các đĩa đệm và phân chia thành 3 loại: rách trung tâm (loại 1), rách tỏa tròn (loại 2), rách ngang (loại 3). Chúng tôi tiến hành nghiên cứu mối liên quan giữa rách vòng sợi với thoát vị và phình đĩa đệm. **Kết quả:** trong 81 BN nghiên cứu (32 nam và 49 nữ), tuổi trung bình là $74,15 \pm 6,43$ (từ 60-90 tuổi). Trong số 405 đĩa đệm được khảo sát, rách vòng sợi thấy trong 287 đĩa đệm chiếm 70,8%, trong đó rách loại ngang chiếm 52,2%. So sánh và đối chiếu giữa phình hay thoát vị đĩa đệm có và không có rách vòng sợi chúng tôi thấy rằng: thoát vị đĩa đệm liên quan mật thiết với rách vòng sợi và rách vòng sợi có

*Bệnh viện Hữu Nghị, Hà Nội.

**Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đức Nam

Email: namxoanle.hmu@gmail.com.

Ngày nhận bài: 4/3/2018

Ngày phản biện khoa học: 1/4/2018

Ngày duyệt bài: 14/1/2018

thể làm quá trình thoát vị đĩa đệm diễn ra nhanh hơn.
Kết luận: ở người cao tuổi, rách vòng sợi là thường gặp. Hình ảnh tăng tín hiệu trên chuỗi xung T2W đang trở thành tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán rách vòng sợi. Cộng hưởng từ giúp xác định tốt mối quan hệ mật thiết giữa rách vòng sợi và thoát vị đĩa đệm.

Từ khóa: Thoái hóa đĩa đệm, thoát vị đĩa đệm, phình đĩa đệm, rách vòng sợi.

SUMMARY

PREVALENCE OF THE ROLE OF MAGNETIC RESONANCE IMAGING FOR THE RELATIVE BETWEEN ANNULUS FIBROSUS TEAR AND LUMBAR DISC HERNIATION IN THE ELDERLY PATIENT

Purpose: The aim of the studied magnetic resonance imaging of lumbar intervertebral disc to detect the number of annulus fibrosus tear with and without herniation disc, frequency of three types annulus fibrosus tear, and answer the question about the correlation between annulus fibrosus tear and nuclear moving (bulging disc and disc herniation).

Materials and methods: The retrospective cross – section study for 81 patients with low back pain and lumbar spine MRI were more than 60 year olds, in whom we studied a total 405 lumbar intervertebral discs levels to findings and classifying by two group of nuclear moving that included bulging and herniation disc. In each group, we tried to finding annular tear on T2W and we tried to classify the annulus fibrosus tear by three types that included concentric (Type I), radial (Type II), and transverse (Type III). We studied the relative of the disc moving (bulging and herniation) with the Aft. **Results:** in 81 subjects (32 men and 49 women), with mean age of $74,15 \pm 6,43$ years (range, 60-90 years). Annular tears were seen in 287 of 405 (70,8%) discs and the radial tears were most common (52,2%). Compared and contrast with discs moving with annular tear and without disruptions demonstrated significantly higher relative between annular tear and nuclear moving and annular tear can lead to rapid for disc herniation. **Conclusions:** In the elderly patient, the annulus fibrosus tears is high frequency. High signal intensive of MRI suggest a “gold standard” for diagnostic of annular tears and high MRI valuation for demonstrated the relative between annular tears and disc moving.

Keywords: Disc degeneration, annular tear, annulus fibrosus tear, bulging disc, disc herniation, MRI...

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đĩa đệm có một cấu trúc vững chắc ở bên ngoài gọi là vòng sợi, và trung tâm là nhân nhầy. Khi đĩa đệm bị tổn thương, vòng sợi có thể bị rách ở bất kì vị trí nào (Hình 1). Rách vòng sợi (RSV) được chia thành 3 loại là rách đồng tâm (loại 1), rách ngang (loại 2), rách tỏa tròn (loại 3) – Hình 2 [1]. RVS có thể hoặc không kết hợp với phình hay thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng (CSTL) nhưng cả hai tình trạng này là

nguyên nhân thường gặp gây đau lưng mạn tính. Trước đây, chụp tiềm cản quang vào đĩa đệm (discography) là phương pháp được dùng để chẩn đoán RVS. Sau đó cắt lớp vi tính (CT) có tiềm cản quang đĩa đệm được áp dụng và vẫn được xem là phương pháp hình ảnh có độ đặc hiệu cao và có thể tiềm thẩm phân phong bế rễ thần kinh nếu cần, tuy nhiên CT vẫn mang những hạn chế về tính xâm nhập, an toàn bức xạ. Ngày nay, cộng hưởng từ (CHT) là phương pháp được áp dụng nhiều nhất cho việc chẩn đoán sớm tình trạng đau lưng bởi vì nó phân định tốt sự tương phản của các cấu trúc mô mềm, không bị nhiễu xạ, và là phương pháp không xâm nhập [2]. Trong một thời gian dài, nhiều nghiên cứu đã tiến hành để trả lời cho câu hỏi rằng RVS có phải là yếu tố gây ra phình hay thoát vị đĩa đệm và RVS có làm quá trình thoát vị đĩa đệm diễn ra nhanh hơn không, tuy nhiên câu trả lời vẫn chưa rõ ràng. Vì vậy, nghiên cứu của chúng tôi sẽ giúp trả lời một phần câu hỏi trên, đánh giá tần suất của RVS cũng như của 3 loại RVS.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: nghiên cứu 81 bệnh nhân (BN) trên 60 tuổi có đau CSTL được chụp CHT tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt – Xô từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2015. Trong số 81 BN, chúng tôi khảo sát các đĩa đệm từ L1 đến S1, bao gồm 405 đĩa đệm.

2. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả cắt ngang.

3. Quy trình nghiên cứu:

- Với 81 BN đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, tuổi và giới được tóm tắt ở bảng 1.

- Dấu hiệu tăng tín hiệu trên T2W làm tiêu chuẩn để chẩn đoán RVS trên CHT.

- Chúng tôi đánh giá 405 đĩa đệm, phân chia thành hai nhóm là phình đĩa đệm và thoát vị đĩa đệm, trong mỗi nhóm tìm các đĩa đệm có RVS, chia thành 3 loại RVS theo phân loại RVS của Yu năm 1998 (Hình 2), tiến hành phân tích kết quả và đánh giá mối liên quan giữa RVS với phình và thoát vị đĩa đệm.

4. Thuật toán phân tích kết quả: Tiến hành phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Giá trị $p < 0,05$ được khuyến cáo là có ý nghĩa phân tích.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong tổng số 81 BN trên 60 tuổi có đau CSTL được chụp CHT tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt – Xô từ tháng 1 đến tháng 12 năm 2015,

chúng tôi hồi cứu – mô tả cắt ngang 405 đĩa đệm và cho kết quả:

1. Đặc điểm chung của BN nghiên cứu:

Trong tổng số 81 BN (32 nam và 49 nữ), có 405 đĩa đệm CSTL được đánh giá trên CHT của có độ tuổi trung bình là $74,15 \pm 6,43$ (dải tuổi từ 60-90), tuổi thường gặp là nhóm tuổi 71-80 tuổi (bảng 1). Bệnh thường mạn tính với thời gian khởi phát trên 3 năm chiếm 79% (bảng 3) và chỉ có 12,3 % BN có thời gian khởi phát bé hơn 1 năm. Lần đầu vào viện gặp trong 31 BN chiếm 38,3% trong khi đó tỷ lệ tái phát vào viện là 61,7% (50/81), sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2. Giá trị CHT trong đánh giá mối liên quan giữa RVS với phình và thoát vị đĩa đệm:

2.1. Kết quả chung: Với 405 đĩa đệm CSTL được hồi cứu bởi hai bác sỹ chẩn đoán hình ảnh, chúng tôi phát hiện $162/405 = 40\%$ số đĩa đệm phình và 60% đĩa đệm thoát vị, không có đĩa đệm bình thường, điều đó chứng tỏ tuổi càng cao thì tần suất và mức độ phình hay thoát vị đĩa đệm tăng lên. Có $287/405 = 70,8\%$ đĩa đệm có RVS và $118/405 = 29,2\%$ đĩa đệm không có RVS. Với 287 đĩa đệm RVS, chúng tôi phân chia thành 3 loại, loại I có $96/287 = 33,1\%$, loại II có $150/287 = 52,2\%$, loại III có $41/287 = 14,7\%$. Trong số 287 RVS, chúng tôi thấy có $90/287 = 31,4\%$ phình đĩa đệm (42 loại I, 30 loại II, 18 loại III) và $197/287 = 68,6\%$ là thoát vị đĩa đệm (54 loại I, 120 loại II, 23 loại III).

2.2. Mối quan hệ giữa RVS và thoát vị đĩa đệm: Trong số 162 đĩa đệm có phình thì ít có sự khác biệt giữa nhóm có RVS và không RVS với $p < 0,05$ ($90/162 = 55,56\%$ RVS so với $72/162 = 44,44\%$ không RVS).

Trong số 243 đĩa đệm có thoát vị thì có sự khác biệt rõ ràng giữa nhóm có RVS và không RVS với $p < 0,05$ ($197/243 = 81,07\%$ RVS so với $46/243 = 18,93\%$ không có RVS). Trong số 118 đĩa đệm không có RVS, chúng tôi thấy nhóm có phình đĩa đệm cao hơn nhóm thoát vị đĩa đệm ($72/118 = 61,01\%$ so với $46/118 = 38,99\%$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Với 287 đĩa đệm RVS, chúng tôi thấy loại II là hay gặp với $150/287 = 52,2\%$. So sánh giữa nhóm RVS đồng tâm hoặc RVS ngang có phình hay thoát vị đĩa đệm chúng tôi thấy rằng tỷ lệ gặp của hai loại RVS này ở nhóm phình và thoát vị đĩa đệm là không có sự khác biệt. Trong khi đó, nhóm 150 RVS tỏa tròn thì có 20% phình đĩa đệm thấp hơn nhóm có thoát vị đĩa đệm với 80%, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 1: Tuổi và giới (n=81):

Giới	Nam	Nữ	Tổng	(%)
Tuổi				
60-70	9	16	25	30,86
71-80	18	27	45	55,56
81-90	5	6	11	13,58
Tổng	32	49	81	
%	39,5	60,5		100
$\bar{X} \pm SD$	$74,15 \pm 6,43$			

Bảng 2: Quy trình chụp CHT 1.5 T

	Sagittal T1W FSE	Sagittal T2W FSE	Axial T2W FSE
TR	460	3200	3200
TE	15	102	116
FOV	320	320	200
Matrix	512x256	512x288	256x224
Slice thickness	4.0	4.0	4.0
FA	90	90	90

T tesla, FSE fast spin echo, TR repetition time, TE echo time, FOV field of view, FA Fractional anisotropy

Bảng 3: Thời gian khởi phát của bệnh

Thời điểm Thời gian (năm)	Lần đầu	Tái phát	Tổng	%
<1	5	5	10	12,3
1-3	2	5	7	8,7
3-5	16	15	31	38,3
>5	8	25	33	40,7
Tổng	31	50	81	
%	38,3	61,7		100

Bảng 4: Mối quan hệ giữa rách vòng sợi và thoát vị đĩa đệm trên CHT

Dịch chuyển đĩa đệm RVS		Phình	Thoát vị	Tổng	
Có	Đồng tâm	42	54	96	287
	Tỏa tròn	30	120	150	
	Ngang	18	23	41	
Không rách		72	46	118	
Tổng		162	243	405	
%		40	60	100	

IV. BÀN LUẬN

Rách vòng sợi là một trong những nguyên nhân thường gặp gây đau lưng mạn tính. Tình trạng này được mô tả lần đầu năm 1952 bởi Cloward, ông đã chẩn đoán bằng chụp tiềm thuốc cản quang vào đĩa đệm (discography) [3]. Tuy nhiên, "rách vòng sợi có làm tăng khả năng thoát vị đĩa đệm không và có làm quá trình này diễn ra nhanh hơn không" thì vẫn chưa có bằng chứng rõ ràng.

Nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình là $74,15 \pm 6,43$ tuổi, dải tuổi từ 60-90, có 70,8%

trường hợp RVS. Osti và cộng sự (1992), báo cáo 33 BN với độ tuổi trung bình là 35 (dải tuổi từ 24-64), và có 50% trường hợp RVS [2]. Có sự khác biệt rõ ràng về nhóm tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi với các tác giả khác vì tiêu chuẩn lựa chọn BN của chúng tôi đều trên 60 tuổi. Kết quả nghiên cứu cho thấy rằng, có mối quan hệ mật thiết giữa tuổi BN và tần suất RVS.

Ở người cao tuổi, tần suất gặp RVS ở BN nữ cao hơn so với BN nam, điều này có thể giải thích do liên quan đến hormone Oestrogen. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy tỷ lệ nữ là 60,5% cao hơn so với tỷ lệ nam là 39,5%.

Bệnh lý thoái hóa đĩa đệm nói chung và RVS nói riêng có tính chất mạn tính và có thời gian diễn biến lâu dài. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 79% các trường hợp có thời gian diễn biến trên 3 năm và 61,7% là tái phát.

Đĩa đệm có một vòng sợi chắc chắn, nó bao gồm các sợi xơ có tính đàn hồi và chắc chắn. RVS có thể xảy ra ở bất kỳ vị trí nào, và thường gặp ở phía sau hay phía bên, vì những vùng này rất ít sợi xơ, đó cũng là các vị trí dễ thoát vị. Khi nhân nhầy dịch chuyển ra khỏi vòng sợi, một số chất dịch ở trong nhân nhầy ra ngoài mô lân cận và thường là sẽ gây ra một phản ứng viêm, đặc biệt là sẽ gây viêm quanh các sợi thần kinh, tăng sự nhạy cảm của nó và đó là nguyên nhân gây đau. Chẩn đoán RVS thường phải kết hợp giữa lâm sàng và hình ảnh. RVS có thể rất dễ chẩn đoán khi tiêm một chất cản quang vào nhân nhầy và bao vòng sợi (phương pháp discography). Ngày nay, CHT là một phương pháp thường được dùng để chẩn đoán sớm các nguyên nhân của đau lưng, bởi vì nó phân định rõ ràng các cấu trúc, không bị nhiễu xạ, và là một phương pháp không xâm nhập. Vùng tăng tín hiệu trên T2W của vòng sợi được khuyến cáo là dùng để chẩn đoán RVS trên CHT. Đã có một số nghiên cứu về giá trị của CHT trong chẩn đoán RVS, tác giả Yu (1998) lần đầu tiên mô tả việc dùng CHT để phân ra 3 loại RVS [4]. Dấu hiệu tăng tín hiệu trên T2W vẫn là triệu chứng hình ảnh có giá trị để chẩn đoán RVS [2]. Khi có một vị trí nào đó của vòng sợi bị rách thì ngay lập tức, cơ thể sẽ xuất hiện cơ chế sửa chữa và hàn gắn lại vùng tổn thương này, nhưng sự sửa chữa đó thường là không hoàn toàn được. CHT rất nhạy với những vùng dịch mà được bồi đắp bởi các mạch máu lân cận trong quá trình sửa chữa, do đó sẽ xuất hiện vùng tăng tín hiệu trên T2W (High intensive zone - HIZ). Tuy nhiên, vùng tăng tín hiệu này lại có thể gặp trong một

số trường hợp có bất thường về hình thái, cho dù điều này là chưa chắc chắn. Và giả thuyết là vùng tăng tín hiệu trên T2W là hậu quả của quá trình phản ứng viêm thứ phát sau RVS, và triệu chứng hình ảnh này nếu được quan sát thấy ở trên CHT của BN đau lưng thì vẫn được khuyến cáo là có RVS [6]. Tổn thương thứ phát sau RVS đó là sự dịch chuyển của nhân nhầy ra ngoài vòng sợi, hay còn gọi là phình và thoát vị đĩa đệm, các tổn thương này đều có thể dễ dàng nhìn thấy trên CHT. RVS được chia thành 3 loại gồm rách đồng tâm, rách tỏa tròn và rách ngang theo Yu 1998 [1]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 287 đĩa đệm RVS, thể tỏa tròn thường gặp với 150 trường hợp (52,2%), thể đồng tâm có 96 (33,1%), còn lại là thể ngang với 14,7%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan rõ ràng giữa RVS và thoát vị đĩa đệm, giống như một số nghiên cứu trước đây. Sự khác biệt giữa nhóm RVS hoặc không RVS kết hợp phình hay thoát vị đĩa đệm là có sự khác biệt có ý nghĩa. Trong 243 đĩa đệm thoát vị, 81,07% có RVS, 18,93 % không có RVS. Thêm vào đó, trong 287 trường hợp RVS thì thoát vị đĩa đệm là hay gặp với 68,64 % (197/287), so với 31,36% (90/287) của phình lõi, sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sự liên quan giữa vị trí RVS với phình hay thoát vị đĩa đệm chưa được nghiên cứu rõ ràng. Tuy nhiên, chúng tôi thấy rằng, loại RVS tỏa tròn kết hợp với phình đĩa đệm ít hơn nhóm có thoát vị. Một số tác giả cho thấy BN có RVS thể trung tâm hoặc không rách có điểm tàn tật thấp hơn so với nhóm có RVS bên, thêm vào đó thì nhóm có RVS trung tâm có khả năng phục hồi sau mổ tốt hơn. Trong các công trình nghiên cứu trước đây và của chúng tôi thấy rằng nhận định RVS làm cho thoát vị đĩa đệm xảy ra nhanh hơn là không chắc chắn. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng RVS là một trong những yếu tố thuận lợi cho sự dịch chuyển của đĩa đệm (phình hoặc thoát vị đĩa đệm) và RVS làm cho quá trình phình hay thoát vị diễn ra nhanh hơn.

Hạn chế của nghiên cứu: Việc đánh giá mối liên quan giữa RVS và triệu chứng lâm sàng chưa được nghiên cứu. Chúng tôi nghĩ rằng dữ liệu nghiên cứu có cỡ mẫu còn thấp và chỉ giới hạn ở BN cao tuổi. Trong tương lai, chúng tôi sẽ tiến hành nghiên cứu mở rộng về mối quan hệ giữa RVS với thoái hóa đĩa đệm và nghiên cứu đối chứng với lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Ở BN cao tuổi, RVS là thường gặp. Tăng tín hiệu trên T2W là triệu chứng hình ảnh trên CHT và trở thành "tiêu chuẩn vàng" để chẩn đoán RVS. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã xác nhận rõ hơn giả thuyết RVS là một trong những yếu tố gây ra phình và thoát vị đĩa đệm, bên cạnh đó còn làm cho quá trình thoát vị đĩa đệm diễn ra nhanh hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yu SW et al (1988) Tears of the annulus fibrosus: correlation between MR and pathologic findings in cadavers. *AJNR Am J Neuroradiol* 9:367-370.
2. Osti OL, Fraser RD (1992) MRI and discography of annular tears and intervertebral disc

degeneration. A prospective clinical comparison. *Bone Joint J* 74:431-435.

3. Cloward RB (1952), anterior herniation of a ruptured lumbar intervertebral disk. *Arch surg*; 64: 457-63.
4. Yu SW, Sether LA, Ho PS, Wagner M, Haughton VM. (1988). Tears of the annulus fibrosus : correlation between MR and pathologic findings in cadavers. *AJN* 1988; 9:367-70.
5. Yu SW et al. 1998. Annulus fibrosus in bulging intervertebral disks. *Radiology* 169: 761-3.
6. Michael N. Brown. Annular tear or fissure "the Great masquerader". Available from: URL: <https://www.michaelnbrownmd.com/michaelnbrownmd/files/TheAnnularTearNewEdit.doc.pdf>.
7. Sharma et al. 2009. Association between Annular Tears and Disk Degeneration: A Longitudinal Study. *Am J Neuroradiol* 30: 500-06.

KHẢO SÁT HÌNH THÁI ĐỘNG MẠCH CHỦ NGỰC VÀ CÁC BIẾN THỂ GIẢI PHẪU VÙNG CUNG ĐỘNG MẠCH CHỦ

Nông Hữu Thọ*, Võ Nguyễn Thành Nhân**, Phạm Thọ Tuấn Anh***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đo đạc các kích thước của ĐMC ngực, khảo sát các dạng hình thái và tỷ lệ các biến thể giải phẫu vùng cung ĐMC. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu, hàng loạt các trường hợp. Tất cả các bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính vùng ngực có cản quang, bằng máy cắt lớp vi tính MDCT320 (Aquilion one) tại khoa CT, Trung tâm y khoa Medic Hòa Hảo từ 1/2016 đến 12/2017. **Kết quả:** Khảo sát 450 các trường hợp (232 nam/218 nữ), độ tuổi trung bình 46.3 ± 21 . Ghi nhận được các kích thước của ĐMC ngực theo các phân đoạn: ST junction: 25.59 ± 3.2 ; Đoạn lên: 28.81 ± 2.9 mm; Đoạn cung: 25.89 ± 2.5 mm; Đoạn xuống: 23.85 ± 3.3 mm. Hình thái ĐMC ngực: Hình thái kinh điển: Cung ĐMC nằm bên trái và 3 nhánh bên xuất phát theo thứ tự từ phải sang trái là: Thân ĐMCĐ - ĐMCCT - ĐMĐĐT chiếm cao nhất 96,6%. Hình thái biến thể Bovine arch: mẫu hình này cung ĐMC chỉ có 2 nhánh bên, còn ĐM cảnh chung trái thì lại nhập vào thân ĐMCĐ: 2,4%. Hình thái ĐM đốt sống trái xuất phát từ cung ĐMC: 1,1%. Chưa ghi nhận trường hợp ĐM dưới đòn phải lạc chỗ. **Kết luận:** Khảo sát kích thước, hình thái cũng như những biến thể giải phẫu của cung ĐMC có ý nghĩa quan trọng. Chụp CLVT là một phương tiện khảo sát dễ thực hiện, cho hình ảnh rõ ràng, đầy đủ về đặc điểm hình thái ĐMC ngực cũng như các biến thể xuất phát từ vùng cung.

Từ khóa: Đặc điểm hình thái động mạch chủ ngực, cung động mạch chủ ngực, biến thể giải phẫu.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE THORACIC AORTA MORPHOLOGICAL CHARACTERISTICS AND ANATOMICAL VARIANT OF THE AORTIC ARCH

Objectives: The aim of this study was to investigate the frequency and gender distribution of variations in the aortic arch branching pattern using Aquilion One 640-Slice computed tomographic angiography. **Materials and methods:** A descriptive study was conducted in a series of 450 patients, including 232 males, 218 females, in Medic Center from 1/2016 to 12/2017. A total of patients who underwent computed tomographic angiography for various reasons were analysed retrospectively for the frequency of variation of aortic arch branching and were measured the diameters of the thoracic aorta segments. **Results:** There are 450 patients with a mean age of 46.3 ± 21 , 232 males (51.55%) and 218 females (44.44%). The morphological characteristics: type 1 - the common morphology: 96.6%; the frequency of type 2 variation (Bovine Arch) - brachiocephalic and left common carotid arteries arising from the aortic arch in a common trunk - was 2.4%, that of type 3 - left vertebral artery originating from the aortic arch - was 1.1%, that of type 4 - aberrant right subclavian artery - was not recognized. The values for thoracic aortic diameter (AD) were recorded at many segments: the sinotubular junction: 25.59 ± 3.2 mm, mid-ascending: 28.81 ± 2.9 mm, transverse arch: 25.89 ± 2.5 mm, mid-descending: 23.85 ± 3.3 mm. **Conclusion:** Recognition of variations of aortic arch and assessment of the thoracic aorta morphological characteristics are very important.

*Bệnh viện 175,

**Trung tâm y khoa Medic

***Trường Đại học Y Dược TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Nông Hữu Thọ

Email: huuthomd@gmail.com

Ngày nhận bài: 7/3/2018

Ngày phản biện khoa học: 5/4/2018

Ngày duyệt bài: 16/4/2028

Because thank for all investigations, the surgeons and interventionists have the feasible strategy's treatment for AAS.

Key words: Thoracic aorta morphological characteristics, aortic arch, anatomical variant.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng động mạch chủ cấp tính (HC ĐMC) là một khái niệm được đưa ra gần đây nhằm chỉ nhiều bệnh cảnh cấp cứu, liên quan với nhau, giống nhau về đặc điểm lâm sàng và diễn tiến. Đây là một trong nhóm bệnh cảnh cấp cứu nặng của HS-PT tim, bởi diễn tiến nhanh và tỷ lệ tử vong khá cao nếu không được xử trí kịp thời. Nếu không điều trị, tỷ lệ tử vong là 50% trong 48 giờ đầu, 80% trong 2 tuần đầu và 92% trong 1 năm. Có nhiều phương tiện được dùng để chẩn đoán HC ĐMC cấp, như điện tâm đồ, siêu âm, chụp cộng hưởng từ, chụp mạch cản quang qua da... nhưng trong đó vai trò của chụp cắt lớp vi tính (CLVT) để mô tả hình thái tổn thương ĐMC đã được nhấn mạnh trong khuyến cáo của Hội Tim Mạch Hoa Kỳ năm 2010 và Hội Tim Mạch châu Âu (ESC) 2014.

Ngày nay, chụp X quang cắt lớp vi tính có cản quang là kỹ thuật ít xâm lấn, thời gian ngắn, chi phí thấp; cho chất lượng hình ảnh tốt và nhất là với kỹ thuật dựng hình đa chiều bằng phần mềm cho phép khảo sát được toàn bộ hình thái động mạch chủ ngực và các biến thể giải phẫu.

Việc khảo sát hình thái động mạch chủ ngực và các biến thể giải phẫu vùng cung có ý nghĩa quan trọng trong thực hành lâm sàng, làm cơ sở trong việc đánh giá, tiên lượng, đề xuất hướng xử trí ĐMC: phẫu thuật hay can thiệp một cách hợp lý. Ở Việt Nam các BS chẩn đoán hình ảnh, can thiệp mạch và các bs phẫu thuật tim cũng chưa có nhiều đề tài về khảo sát hình thái ĐMC và các biến thể giải phẫu vùng cung để góp phần cho công tác điều trị HC ĐMC cấp. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm khảo sát đặc điểm hình thái động mạch chủ ngực và một số biến thể giải phẫu vùng cung ĐMC dựa trên chụp CLVT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân được chụp cắt lớp vi tính vùng ngực có cản quang, với máy MDCT320 (Aquilion one) tại khoa CT, Trung tâm y khoa Medic Hòa Hảo từ 1/2016 đến 12/2017.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Đối tượng đã được mổ/can thiệp: ĐM vành, ĐMC ngực, van tim.

- Có chống chỉ định tiêm thuốc cản quang: Suy thận (eGFR <30ml/phút), cường giáp.

- Tiền sử dị ứng với thuốc cản quang, phụ nữ có thai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu, hàng loạt ca.

Xử lý số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm Microsoft Office Excel và xử lý thống kê bằng SPSS. Xác định số ca, tỷ lệ phần trăm, trung bình các biến số ghi nhận được dựa trên các tiêu chí đã đưa ra.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung về bệnh nhân

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo giới

Giới	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nam	232	51.55
Nữ	218	48.44
Tổng cộng	450	100

Nhận xét: Số lượng nam và nữ được chọn tương đương nhau, tỷ lệ bệnh nhân nam và nữ = 1.1/1

Bảng 2. Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu

	Số lượng	Tuổi nhỏ nhất	Tuổi lớn nhất	Tuổi trung bình	Độ lệch chuẩn
Tuổi	450	18	81	46.3	21.6

Nhận xét: Tuổi BN nhỏ nhất: 18 tuổi; tuổi BN lớn nhất: 78 tuổi; trung bình: 46.3 ± 21.6

Bảng 3. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Tuổi	N	Tỷ lệ (%)
18 – 30	35	7.7
31 – 40	86	19.1
41 – 50	186	41.3
51 – 60	79	17.6
61 – 70	53	11.8
> 70	11	2.4
Tổng cộng	450	100

Nhận xét:

- Nhóm bệnh nhân 41–50 tuổi gặp nhiều nhất chiếm tỷ lệ: 41.3%,

- Nhóm bệnh nhân <70 tuổi chỉ chiếm 2.4%

- Bệnh nhân cao tuổi nhất: 81 tuổi

- Bệnh nhân thấp tuổi nhất: 18 tuổi

- Độ tuổi trung bình của nam là: 48,4; độ lệch chuẩn: 22,7

- Độ tuổi trung bình của nữ là: 44,3; độ lệch chuẩn: 20,1

3.2. Kích thước ngang của động mạch chủ ngực

Bảng 4: Kích thước động mạch chủ theo phân đoạn

Kích thước ĐMC	Nam	Nữ	Chung
ST junction	26.01±3.5	25.23±2.9	25.59±3.2
Đoạn lên	29.14±2.8	28.54±3.2	28.81±2.9

Cung	26.16±1.9	25.73±2.7	25.89±2.5
Đoạn xuống	24.08±3.1	23.79±3.6	23.85±3.3

Nhận xét: Đường kính ngang của ĐMC ngực lớn nhất ở đoạn lên gần cung sau đó giảm dần đến đoạn xuống.

3.3. Các mẫu hình thái vùng cung ĐMC

Bảng 5: Các mẫu hình thái cung ĐMC trong nghiên cứu

Mẫu hình	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Hình thái kinh điển	435	96.6
Hình thái Bovine arch	11	2.4
Hình thái ĐMĐS trái xuất phát từ cung ĐMC	5	1.1
Hình thái ĐMĐĐ phải lạc chỗ	0	0

Nhận xét:

- Hình thái kinh điển: Cung ĐMC nằm bên trái và 3 nhánh bên xuất phát theo thứ tự từ phải sang trái là: Thân ĐMCTĐ – ĐMCCT – ĐMĐT chiếm cao nhất 96,6%.

- Hình thái biến thể Bovine arch: Mẫu hình này cung ĐMC chỉ có 2 nhánh bên, còn ĐM cảnh chung trái thì lại nhập vào thân ĐM CTĐ: 2.4%

- Hình thái ĐM đốt sống trái xuất phát từ cung ĐMC: 1.1%

- Chưa ghi nhận trường hợp ĐM dưới đòn phải lạc chỗ.

Bảng 6: Hình dạng động mạch cảnh chung

ĐMCC phải và trái	Số lượng (n)	Tỷ lệ
Thẳng	407	90.44%
Gấp khúc và uốn cong	43	9.56%

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được thiết kế theo phương pháp mô tả hồi cứu hàng loạt các trường hợp. Thiết kế này phù hợp với mục tiêu đề ra ban đầu là mô tả các kích thước, hình thái biến thể giải phẫu của ĐMC ngực và cung ĐMC dựa trên hình ảnh MDCT (cắt lớp vi tính đa lát cắt) và xác định tỷ lệ, giá trị trung bình của từng loại biến thể, kích thước từng phân đoạn của ĐMC ngực.

Điểm qua một số nghiên cứu khác trên thế giới có liên quan đến đề tài như nghiên cứu của Berko đo trên 1000 bệnh nhân ở Bronx, NY, USA (Hoa Kỳ) năm 2009; Jakanani phân tích hình thái của 861 bệnh nhân ở Leicester, UK (Vương quốc Anh) năm 2010; Natsis báo cáo 633 bệnh nhân ở Thessaloniki, Greece (Hy Lạp) năm 2009... Tác giả Lê Văn Cường của Việt Nam khi nghiên cứu về các nhánh bên của cung ĐMC cũng không tính đến tỷ lệ xuất hiện của các biến thể của

riêng từng giới nam, nữ mà cũng chỉ mô tả hàng loạt trường hợp với cỡ mẫu vừa đủ.

Về ích thước ĐMC ngực ở các đoạn: Các tác giả trong nước và ngoài nước ghi nhận kết quả như sau. Tác giả Lê Văn Cường (1991) đo ĐMC trên xác ướp ghi nhận: ĐMC đoạn lên : 21.73mm; đoạn cung: 19.10mm; đoạn xuống: 15.76mm. Tác giả Nguyễn Tuấn Vũ khảo sát bằng CLVT trên 131 người ghi nhận: ĐMC đoạn lên: 32 mm; đoạn quai: 25mm; đoạn xuống: 24 mm. Tác giả Torsten B. Moeller và Emil Reif cũng khảo sát bằng CLVT và MRI: báo cáo: ĐMC đoạn lên: 32±5mm; đoạn quai: 25mm; đoạn xuống: 25±4mm. Tác giả Aronberg D.J cùng cộng sự, đo trên CLVT: ĐMC đoạn lên: 35mm; đoạn xuống : 24-26mm. Tác giả Raudault R. Đo trên siêu âm qua thành ngực: ĐMC đoạn lên: 25-38mm; đoạn cung: 24-32mm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, khảo sát bằng CLVT đa đầu đo với cỡ mẫu 450 người: nhận thấy kích thước ĐMC đoạn lên: 28.81±2.9mm; đoạn cung: 25.89 ± 2.5; đoạn xuống: 23.85± 3.3mm. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, chúng tôi có đo đặc thêm kích thước của khớp nối xoang ống ST-junction: 25.59 ± 3.2mm. Các nghiên cứu đa phần đều nhận thấy, ĐMC đoạn lên đạt kích thước lớn nhất, sau đó giảm dần khi ra xa xuôi dòng. Tuy nhiên có sự khác biệt với các tác giả khác, có thể do phân bố độ tuổi giữa các nhóm chưa đồng đều; cân nặng và chiều cao người Việt Nam có thể khác biệt với người Âu-Mỹ.

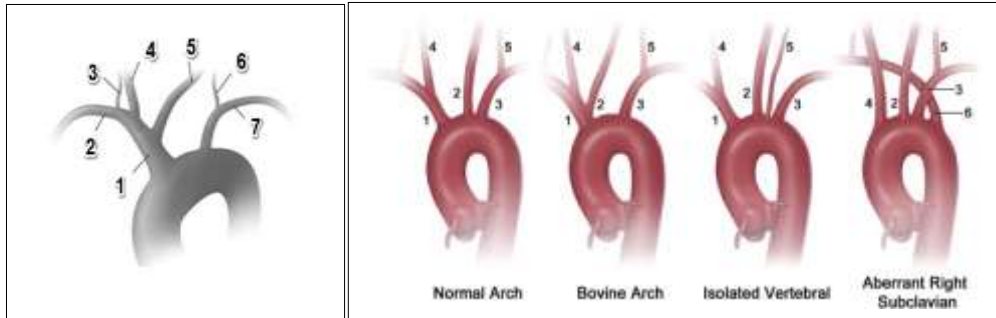
Về tỷ lệ các biến thể giải phẫu: Theo y văn thế giới, các tác giả khi nghiên cứu về các biến thể giải phẫu các ĐM lớn xuất phát từ cung ĐMC đều lấy mẫu hình thái kinh điển làm chuẩn. Theo mẫu hình kinh điển thì 3 ĐM lớn xuất phát từ cung ĐMC bao gồm: (1) thân ĐM cánh tay đầu, (2) ĐM cảnh chung trái và (3) ĐM dưới đòn trái, theo thứ tự từ phải sang trái. Bất cứ sự bất thường nào so với mẫu hình kinh điển trên đều được gọi là các biến thể giải phẫu. Tỷ lệ này có sự khác biệt giữa các tác giả nghiên cứu.

Nghiên cứu của Natsis trên 633 BN ở Hy Lạp thì có 8 mẫu hình biến thể với tỷ lệ là 16,59%. Tác giả Berko khảo sát trên 1.000 BN ở New York, Hoa kỳ thì có 7 mẫu hình biến thể với tỷ lệ là 32,4%. Theo Muller đo trên 2.033 BN ở Ulm, Đức thì có 6 mẫu hình biến thể với tỷ lệ là 13,3%. Theo nghiên cứu của tác giả Lê Văn Cường với cỡ mẫu là 62 đã phát hiện được 3 mẫu hình biến thể, tỷ lệ là 6,5%. Nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận tổng số biến thể giải phẫu là

3.5% (16/450) (gồm cả nhóm Bovine arch và nhóm ĐM đốt sống xuất phát từ quai ĐMC).

Hình thái Bovine arch được định nghĩa là "sự nhập của ĐM cảnh chung trái vào thân ĐM cánh tay đầu" hoặc ĐM cảnh chung trái xuất phát trực tiếp từ thân ĐM cánh tay đầu chứ không nhập chung vào thân ĐM cánh tay đầu. Khoảng cách từ nơi xuất phát đến cung ĐMC dao động từ 1cm đến 2,5cm.

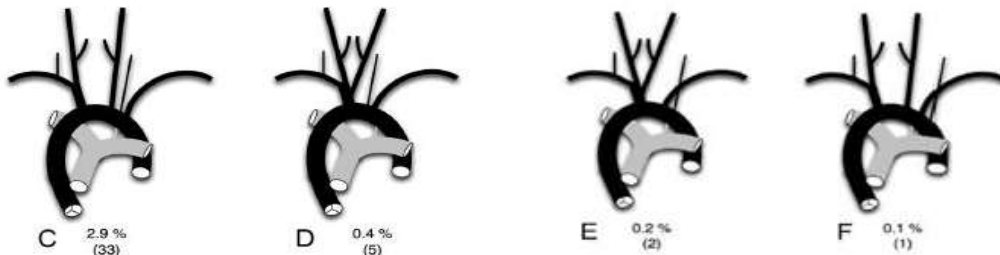
Theo y văn thế giới thì đây là biến thể hay gặp nhất, với tỷ lệ lưu hành khoảng 10% tới 20%. Khi đó cung ĐMC có 2 nhánh bên là: Thân chung ĐM cánh tay đầu - ĐM cảnh chung trái và ĐM dưới đòn trái. Tác giả Celikyay cũng cảnh báo ở hình thái "bovine arch" có 2 chỗ hẹp gây khó khăn cho việc đặt stent là chỗ hẹp giữa cung ĐMC- thân ĐM cánh tay đầu và chỗ hẹp giữa thân cánh tay đầu-ĐM cảnh chung trái.



Hình 1: Mẫu hình Bovine arch ở người

Hình thái động mạch đốt sống trái xuất phát từ cung động mạch chủ. Trong biến thể này, ĐMĐS trái không xuất phát từ ĐMDĐ trái mà xuất phát trực tiếp từ cung ĐMC. Về vị trí,

ĐMĐS trái có thể nằm bên phải hoặc trái của ĐMDĐ trái. Trong nghiên cứu này, chúng tôi có 5 trường hợp ĐMĐS trái xuất phát trực tiếp từ cung ĐMC, chiếm tỷ lệ 1,1%.



Hình 2: ĐMĐS trái xuất phát trực tiếp từ cung ĐMC

Hình C: ĐMĐS trái xuất phát trực tiếp từ cung ĐMC và nằm bên phải ĐMDĐ trái.

Hình D: ĐMĐS trái xuất phát trực tiếp từ cung ĐMC, nằm bên phải ĐMDĐ trái và kết hợp với bovine art.

Hình E: ĐMĐS trái xuất phát trực tiếp từ cung ĐMC, nằm bên trái ĐMDĐ trái và kết hợp với bovine art.

Hình F: ĐMĐS trái xuất phát trực tiếp từ cung ĐMC và nằm bên trái ĐMDĐ trái.

Một số nghiên cứu trên thế giới ghi nhận kiểu hình thái biến thể: ĐMĐS trái xuất phát trực tiếp từ cung ĐMC nhiều hàng thứ 2 sau mẫu hình Bovine arch, tỷ lệ dao động từ 3% đến 8,3%. Theo nghiên cứu của Cavdar và Arisan (1989): tỷ lệ này là 8.3%. Theo Vorster (1988) khảo sát tỷ lệ ĐM đốt sống trái xuất phát từ cung đmc là 5%. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Panicker và cộng sự (2002).

V. KẾT LUẬN

Khảo sát kích thước, hình thái cũng như những biến thể giải phẫu của quai ĐMC có ý nghĩa quan trọng. Chụp XQCLVT là một phương

tiện khảo sát dễ thực hiện, cho hình ảnh rõ ràng, đầy đủ về đặc điểm hình thái ĐMC ngực cũng như các biến thể xuất phát từ vùng quai. Trên cơ sở đó, các phẫu thuật viên tim mạch cũng như các bác sĩ can thiệp có thể lựa chọn được phương pháp tiếp cận, chiến thuật xử trí các tổn thương ĐMC một cách phù hợp nhất, để tăng tỷ lệ thành công cũng như giảm thiểu tối đa các biến chứng có thể xảy ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Văn Cường** (1991). Các dạng và dị dạng của động mạch ở người Việt Nam, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

2. **Phạm Ngọc Hoa, Lê Văn Phước** (2008), CT ngực, Nhà xuất bản Y học, TPHCM.
3. **Acar M, Ulusoy M, Zararsiz I, Efe D** (2013), "Anatomical variations in the branching of human aortic arch", Biomedical Research 2013; 24(4), pp. 531-535.
4. **Vilacosta I, San Roman JA** (2001), "Acute aortic syndrome", Heart (85), pp. 365–368.
5. **Viscomi S.G.** (2008), "Chapter 5: Computed tomography", in: J.S. Conselli, S.A. Lemaire, Aortic Arch Surgery, Blackwell, West Sussex-UK, pp. 39-57.
6. **Celikyay, Koner, Celikyay, et al.** (2013). "Frequency and imaging findings of variations in human aortic arch anatomy based on multidetector computed tomography data". Clin Imaging, 37(6), pp. 1011-9.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ DỊCH NÃO - TỦY GIAI ĐOẠN SỚM CỦA HỘI CHỨNG GUILLAIN - BARRÉ

Phan Tiến Lộc*, Võ Hồng Khôi**

TÓM TẮT

Cơ sở: Hội chứng Guillain – Barré là nguyên nhân hàng đầu gây ra liệt chi kiểu ngoại vi cấp tính tiến triển. Chẩn đoán sớm hội chứng Guillain – Barré đóng vai trò hết sức quan trọng vì các phương pháp điều trị đã chứng minh sẽ cải thiện kết quả nếu được áp dụng từ giai đoạn sớm. Tuy nhiên, trong giai đoạn này chẩn đoán thường gặp khó khăn do triệu chứng lâm sàng chưa điển hình. **Mục tiêu:** Mô tả những biểu hiện lâm sàng ở bệnh nhân mắc hội chứng Guillain – Barré trong tuần đầu tiên của bệnh. **Phương pháp:** Chúng tôi lựa chọn vào nghiên cứu những bệnh nhân điều trị nội trú tại Khoa Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai trong tuần đầu tiên của bệnh có chẩn đoán cuối cùng khi ra viện là Hội chứng Guillain – Barré. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nghiên cứu là 38,2. Tỷ lệ nam là 52,5%, nữ là 47,5%. Tiền triệu hay gặp nhất là nhiễm khuẩn hô hấp chiếm 30%. Đa số bệnh nhân (50%) khởi phát bệnh có triệu chứng tê bì tay chân. 72,5% yếu cơ trong tuần đầu tiên của bệnh, 55% yếu cơ ưu thế hai chân hơn hai tay, 100% có sự đối xứng giữa hai bên cơ thể. Giảm hoặc mất phản xạ gân – xương ở 77,5% bệnh nhân. Rối loạn cảm giác chủ quan gặp ở 77,5% bệnh nhân. 65% bệnh nhân có biểu hiện phân ly protein – tế bào trong dịch não – tủy. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng của hội chứng Guillain – Barré trong giai đoạn sớm nổi bật là yếu cơ kiểu ngoại vi, giảm hoặc mất phản xạ gân xương và phân ly protein – tế bào trong dịch não – tủy. Có 1/4 số bệnh nhân chưa có biểu hiện lâm sàng và dịch não – tủy điển hình gây khó khăn cho chẩn đoán xác định.

Từ khóa: Hội chứng Guillain-Barré.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND CEREBROSPINAL FLUID OF GUILLAIN-BARRÉ SYNDROME IN EARLY STAGE

Guillain-Barré syndrome (GBS) is the main cause of acute progressive peripheral neuropathy. Early diagnosis of GBS plays the important role in helping clinicians apply effective treatments right from the onset. However, early diagnosis is often difficult due to not typical clinical symptoms. **Aims:** To describe abnormal changes in clinical characteristics of Guillain-Barré syndrome patients in the first week of onset in order to find out early signs of this disease. **Methods:** We selected the inpatients who had a final diagnosis of Guillain-Barré syndrome in the Neurology Department of Bach Mai Hospital. **Results:** The

average age of the patients was 38.2. The rate of male was 52.5% and female was 47.5%. The most common indicating sign was respiratory infection (30%). Most of patients (50%) presented numbness at the onset. 72.5% had muscle weakness in the first week of the disease, 55% at the inferior limbs, 100% had symmetry between the two sides of the body. Decreased tendon reflexes in 77.5% of patients. Sensory symptoms occurred in 77.5% of cases. In 65% of patients, there was evidence of albumin-cytologic dissociation in the cerebrospinal fluid. **Conclusions:** Clinical manifestations of Guillain-Barré syndrome in early stage were peripheral muscle weakness, decreased or absent reflexes and albumin-cytologic dissociation in the cerebrospinal fluid. Definitive diagnoses were difficult in a quarter of the patients without typical clinical symptoms.

Keywords: Guillain-Barré syndrome

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Guillain-Barré là bệnh lý tự miễn gây tổn thương nhiều rễ và dây thần kinh cấp tính với biểu hiện lâm sàng liệt mềm kèm theo mất hoặc giảm phản xạ gân xương, rối loạn cảm giác và phân ly protein- tế bào trong dịch não – tủy [1]. Hội chứng Guillain – Barré là nguyên nhân hàng đầu gây liệt chi kiểu ngoại vi cấp tính tiến triển, với tỷ lệ mắc hàng năm trên thế giới từ 1,1 đến 1,8/100.000 người. Biểu hiện lâm sàng là liệt các chi tiến triển, hai bên, tương đối đối xứng, mức độ liệt tiến triển trong vòng 12 giờ và đạt đỉnh trong vòng 28 ngày. Đa số trường hợp, bệnh tiếp tục tiến triển trong từ 1 đến 3 tuần sau khi khởi phát triệu chứng, 2/3 số bệnh nhân không thể tự đi một mình khi yếu cơ đạt mức tối đa, suy hô hấp gặp ở khoảng 25% bệnh nhân [2].

Các biện pháp điều trị đặc hiệu như: truyền tĩnh mạch liều cao globulin miễn dịch hoặc tách loại huyết tương đã được chứng minh có hiệu quả giúp hạn chế những diễn biến nặng và rút ngắn thời gian điều trị của bệnh. Như vậy, việc chẩn đoán và điều trị sớm đóng vai trò rất quan trọng trong việc cải thiện kết quả điều trị của bệnh nhân. Trong phạm vi bài này, chúng tôi đưa ra một vài nhận định về đặc điểm lâm sàng trong giai đoạn sớm của hội chứng Guillain – Barré, với mong muốn giúp cho thực hành lâm sàng xác định sớm được bệnh và trong việc nghiên cứu bệnh này tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

*Đại học Y Hà Nội.

**Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Võ Hồng Khôi

Email: drvohongkhoi@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 2.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 29.3.2018

Ngày duyệt bài: 11.4.2018

1. Đối tượng nghiên cứu: Chúng tôi tiến hành lựa chọn 40 bệnh nhân vào điều trị nội trú tại Khoa Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai có chẩn đoán ra viện là hội chứng Guillain – Barré. Tiêu chuẩn lựa chọn các bệnh nhân đến trong vòng 7 ngày kể từ khi có triệu chứng đầu tiên của bệnh và được làm chẩn đoán điện - thần kinh trong giai đoạn này. Tiêu chuẩn loại trừ là những bệnh nhân đến muộn sau 7 ngày đầu của bệnh và không được chẩn đoán điện - thần kinh trong 7 ngày đầu.

2. Phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi tiến hành nghiên cứu theo phương pháp mô tả

cắt ngang. Các bệnh nhân tham gia nghiên cứu được hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng tỉ mỉ và thực hiện chẩn đoán điện - thần kinh. Tất cả bệnh nhân đều được tiến hành các xét nghiệm cơ bản bao gồm: công thức máu ngoại vi, sinh hóa máu: điện giải đồ, men cơ, men gan, chức năng thận, đông máu cơ bản. Tất cả các trường hợp đều được làm xét nghiệm dịch não - tủy trong vòng 7 ngày đầu tiên của bệnh.

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.

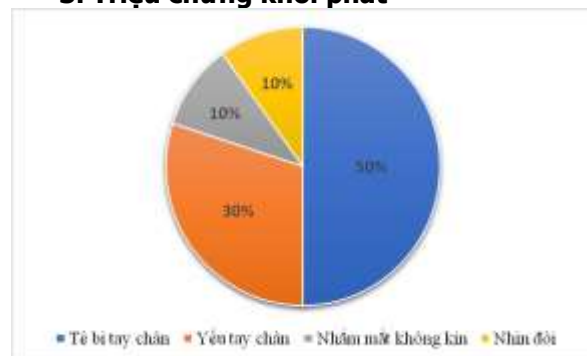
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu:

	Nam		Nữ		Tổng	
	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
≤ 20 tuổi	3	7,5	0	0	3	7,5
21 – 30 tuổi	6	15,0	7	17,5	13	32,5
31 – 40 tuổi	4	10,0	2	5,0	6	15,0
41 – 50 tuổi	7	17,5	4	10,0	11	27,5
51 – 60 tuổi	1	2,5	4	10,0	5	12,5
61 – 70 tuổi	0	0	1	2,5	1	2,5
>70 tuổi	0	0	1	2,5	1	2,5
Tổng	21	52,5	19	47,5	40	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nam (52,5%) gặp nhiều hơn nữ (47,5%) sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (với $p > 0,05$). Nhóm 21 đến 30 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (32,5%), sau đó là nhóm 41 – 50 tuổi (27,5%). Tuổi trung bình là $38,2 \pm 13,6$.

3. Triệu chứng khởi phát



Nhận xét: Đa số bệnh nhân (50%) khởi phát bệnh bằng tê bì tay chân, 30% bệnh nhân đã xuất hiện yếu tay chân ngay từ khi khởi phát. Các kiểu khởi phát từ thần kinh sọ như nhàn mắt không kín (liệt VII ngoại vi) hay nhìn đôi (liệt vận nhãn) cùng chiếm 10%.

2. Tiền triệu:

Tiền triệu	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Nhiễm khuẩn hô hấp	12	30,0
Nhiễm khuẩn tiêu hóa	8	20,0
Sốt, viêm nhiễm khác	4	10,0

Sau phẫu thuật	2	5,0
Không rõ tiền triệu	14	35,0
Tổng số	40	100

Nhận xét: Tiền triệu hay gặp nhất là nhiễm khuẩn hô hấp chiếm 30%, sau đó là nhiễm khuẩn tiêu hóa (20%). Có 35% bệnh nhân không rõ tiền triệu.

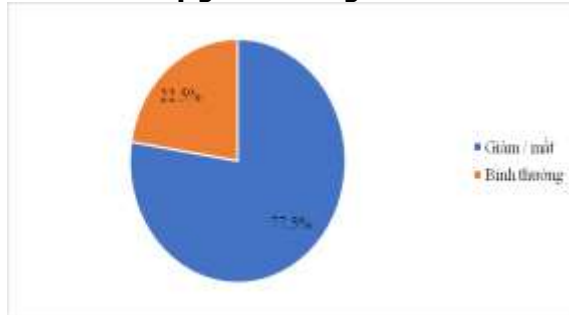
4. Đặc điểm yếu cơ

Triệu chứng			Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Yếu cơ	Không yếu chi		11	27,5
	Có yếu chi	Ưu thế ngón chi	4	10,0
		Ưu thế gốc chi	25	62,5
	Tổng		40	100
Tính chất đối xứng tay - chân	Yếu tứ chi bằng nhau		13	32,5
	Yếu ưu thế tay		5	12,5
	Yếu ưu thế chân		22	55,0
	Tổng		40	100

Nhận xét: Có 72,5% bệnh nhân có biểu hiện yếu cơ trong tuần đầu của bệnh, tỷ lệ yếu cơ ưu thế ở gốc chi chiếm 62,5%, chỉ 10% yếu

cơ ưu thế ở ngón chi. Yếu cơ ưu thế ở chân chiếm đa số với 55% số trường hợp, chỉ 12,5% yếu ưu thế cơ tay, 100% yếu cơ đối xứng hai bên cơ thể.

5. Phản xạ gân - xương



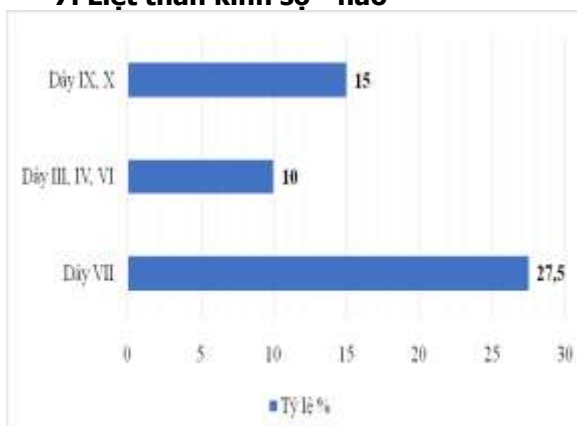
Nhận xét: Phản xạ gân - xương giảm, mất ở 77,5% chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm có phản xạ gân -xương bình thường (22,5%). Khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$).

6. Rối loạn cảm giác chủ quan

	Số trường hợp	Tỷ lệ %	%
Tê bì	25	62,5	77,5
Kiến bò	4	10,0	
Bồng rập	0	0	
Đau nhức cơ khớp	2	5,0	22,5
Không rối loạn cảm giác	9	22,5	
Tổng	40	100	P = 0,001

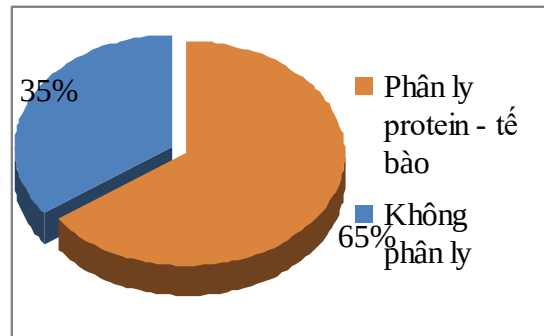
Nhận xét: Có tới 77,5% bệnh nhân có rối loạn cảm giác chủ quan trong giai đoạn sớm. Rối loạn cảm giác kiểu tê bì chiếm 62,5%.

7. Liệt thần kinh sọ - não



Nhận xét: Tỷ lệ liệt dây VII cao nhất chiếm 27,5%, liệt dây IX, X chiếm 15%, liệt III – IV – VI gặp ở 10% số bệnh nhân.

8. Phân ly protein tế bào trong dịch não - tủy



Nhận xét: 65% bệnh nhân có biểu hiện phân ly protein - tế bào trong dịch não - tủy. Dịch não - tủy không phân ly protein - tế bào chiếm 35%.

IV. BÀN LUẬN

Hội chứng Guillain – Barré là nguyên nhân hàng đầu gây liệt mềm các chi cấp tính tiến triển, tuy nhiên trong giai đoạn đầu của bệnh, các triệu chứng lâm sàng thường không điển hình khiến chẩn đoán và điều trị sớm bệnh còn gặp nhiều khó khăn. Ở Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu phân tích đặc điểm lâm sàng của bệnh trong giai đoạn sớm này.

Dữ liệu nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, trong 40 bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu, số bệnh nhân nam (52,5%) gặp nhiều hơn bệnh nhân nữ (47,5%). Bệnh gặp ở hầu hết các lứa tuổi, trong đó hay gặp nhất ở nhóm tuổi 21 – 30 (32,5%) sau đó là nhóm 41 – 50 tuổi (27,5%). Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $38,2 \pm 13,6$ tuổi. Trước khi khởi phát các triệu chứng thần kinh, 30% bệnh nhân có tiền triệu là nhiễm khuẩn đường hô hấp, 20% nhiễm khuẩn tiêu hóa, 10% có các biểu hiện nhiễm khuẩn khác. Các kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước [3].

Về triệu chứng khởi phát bệnh: 50% bệnh nhân bắt đầu khởi phát bằng tê bì tay chân, 30% bệnh nhân yếu cơ, các biểu hiện liệt thần kinh sọ như nhìn đôi, sụp mí chiếm 20%. Đến cuối tuần đầu của bệnh, tỷ lệ bệnh nhân có yếu cơ là 72,5%. Như vậy vẫn có tới gần 30% các trường hợp không có biểu hiện yếu cơ trong tuần đầu tiên. Ở những bệnh nhân có biểu hiện yếu cơ, đa số bệnh nhân (55%) có yếu cơ hai chân ưu thế hơn hai tay, 100% có sự đối xứng giữa hai bên cơ thể. Các kết quả này phù hợp với các đặc điểm được ghi nhận trong y văn cũng như các nghiên cứu trước đây [3].

Mất phản xạ gân - xương là triệu chứng rất quan trọng và rất thường gặp ở bệnh nhân mắc hội chứng Guillain – Barré. Đây là một dấu hiệu quan trọng giúp người thầy thuốc lâm sàng hướng đến chẩn đoán hội chứng Guillain – Barré [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phản xạ gân - xương giảm hoặc mất ở 77,5% nhưng vẫn còn bảo tồn ở 22,5% trường hợp. Điều này khiến cho việc chẩn đoán xác định trên lâm sàng gặp khó khăn ở ¼ số bệnh nhân.

Rối loạn cảm giác chủ quan gặp ở 77,5% số bệnh nhân, thường gặp nhất là tê bì (62,5%). Liệt các dây thần kinh sọ cũng là triệu chứng thường được ghi nhận ở những bệnh nhân mắc bệnh viêm nhiều rễ và dây thần kinh cấp tính. Trong nghiên cứu này, liệt dây thần kinh VII ngoại vi là hay gặp nhất, chiếm tỷ lệ 27,5%.

Xét nghiệm dịch não - tủy là xét nghiệm đóng vai trò rất quan trọng trong chẩn đoán bệnh nhất là khi phương pháp chẩn đoán điện - thần kinh chưa được áp dụng rộng rãi [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân được xét nghiệm dịch não - tủy, với 65% bệnh nhân có phân ly protein – tế bào, có 35% bệnh nhân chưa có biến đổi bất thường trong xét nghiệm dịch não - tủy trong tuần đầu của bệnh.

V. KẾT LUẬN

Hội chứng Guillain – Barré với triệu chứng lâm sàng nổi bật là yếu cơ các chi kiểu ngoại vi, giảm hoặc mất phản xạ gân - xương, phân ly protein-tế bào trong dịch não - tủy và thường có các biểu hiện rối loạn cảm giác chủ quan. Tuy nhiên trong giai đoạn sớm của bệnh, gần 30% bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng có thể không đầy đủ và điển hình. Điều này gây khó khăn trong chẩn đoán xác định và điều trị sớm cho bệnh nhân nếu chỉ dựa vào triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm dịch não - tủy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Asbury A.K (2000), New concepts of Guillain - Barré syndrome, *J Child Neurol*, 15(3), 183-191.
2. McGrogan A., Madle G. C., Seaman H. E, et al (2009). The epidemiology of Guillain-Barre syndrome worldwide. A systematic literature review. *Neuroepidemiology*, 32(2), 150-163.
3. Chroni E, Papapetropoulos S, Gioldasis G, et al (2004), Guillain - Barré syndrome in Greece: seasonality and other clinico -epidemiological features, *Eur J Neurol*, 11(6), 383-388.
4. Nguyễn Tuấn Lượng (2011), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và điện sinh lý thần kinh của bệnh nhân viêm đa rễ và dây thần kinh cấp tính*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
5. Fokke C, van den Berg B, Drenth J, et al (2014), Diagnosis of Guillain - Barré syndrome and validation of Brighton criteria, *Brain*, 137(Pt 1), 33-43.

ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ CỦA CHA/MẸ HOẶC NGƯỜI CHĂM SÓC CHÍNH VỀ PHÁT HIỆN SỚM KHUYẾT TẬT Ở TRẺ EM TẠI HUYỆN QUỲNH PHỤ TỈNH THÁI BÌNH

Phạm Thị Tĩnh*, Phạm Thị Dung*, Phạm Bích Phương*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu kiến thức, thái độ của cha mẹ/người hoặc người chăm sóc chính về phát hiện sớm khuyết tật ở trẻ em tại huyện Quỳnh Phụ, tỉnh Thái Bình, từ đó xây dựng kế hoạch trang bị các kiến thức, kỹ năng về phát hiện sớm khuyết tật ở trẻ em cho các đối tượng này. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 182 bố/mẹ (hoặc người chăm sóc chính) trong các gia đình có trẻ 0 - 6 tuổi bị khuyết tật trong toàn huyện. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có kiến thức đúng về khuyết tật chiếm 51,6%; Kiến thức đúng về phát hiện sớm khuyết tật chiếm 47,8%. 60,4% đối tượng nghiên cứu

chọn đúng độ tuổi để phát hiện sớm khuyết tật ở trẻ em. 51,6% đối tượng nghiên cứu cho rằng phát hiện sớm khuyết tật để can thiệp sớm. Nhân lực tham gia phát hiện sớm khuyết tật được lựa chọn nhiều nhất là cán bộ y tế (97,8%).

Từ khóa: Trẻ khuyết tật, phát hiện sớm khuyết tật.

SUMMARY

AN EVALUATION ON KNOWLEDGE, ATTITUDES OF PARENTS OR PRIMARY CARETAKERS ON EARLY DETECTION OF DISABILITY IN CHILDREN IN QUYNH PHU DISTRICT, THAIBINH PROVINCE

Objectives: To study the knowledge and attitudes of parents or caretakers on early detection of childhood disability in Quynh Phu district, Thai Binh province, and to develop a plan to equip these subjects with knowledge and skills on early detecting disability in children. **Methods:** A cross-sectional study was carried out on 182 parents (or primary

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Tĩnh
Email: phamtinh_ytb@yahoo.com
Ngày nhận bài: 6.2.2018
Ngày phản biện khoa học: 28.3.2018
Ngày duyệt bài: 10.4.2018

caretakers) in families with 0-6 year-old children with disabilities in the whole district. **Results:** The proportion of subjects with right knowledge about disability was 51.6%; Those with proper knowledge about early detection of disability accounted for 47.8%. 60.4% of respondents selected the right age for early detection of disability in children. 51.6% of respondents considered and agreed that early detection of disability is necessary to have an early intervention. The most selected personnel for early disability detection was health workers with 97.8%.

Keywords: Children with disabilities, early detection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khuyết tật (KT) là vấn đề mang tính toàn cầu. Trong thế giới của người khuyết tật nói chung thì trẻ khuyết tật cũng luôn tồn tại khách quan và là đối tượng thiết thật nhất trong xã hội. Tỷ lệ khuyết tật ở trẻ em trên phạm vi toàn cầu qua Khảo sát gánh nặng bệnh tật toàn cầu (2004) chiếm 5,1% ở nhóm 0 – 14 tuổi. Trong đó châu Âu 4,2%; Châu Mỹ 4,5%; Khu vực Trung Đông là 5,2%; Tây Thái Bình Dương 5,3% và Châu Phi là 6,4%. Tại Việt Nam, 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.

Theo Tổ chức Y tế Thế giới, phát hiện sớm - can thiệp sớm có thể phòng ngừa khoảng 70% các khuyết tật ở trẻ gây ra bởi bệnh tật, suy dinh dưỡng hoặc các nguyên nhân khác. Vì vậy, phát hiện sớm - can thiệp sớm trẻ khuyết tật đang là mục tiêu chung của nhiều quốc gia trên thế giới nhằm khắc phục hậu quả của khuyết tật, ảnh hưởng sâu sắc đến chất lượng dân số. Trong chương trình phát hiện sớm - can thiệp sớm cho trẻ khuyết tật thì cha mẹ hoặc người chăm sóc chính giữ vai trò vô cùng quan trọng. Tuy nhiên, sự thiếu hụt về kiến thức và kỹ năng kiến họ gặp không ít khó khăn về vấn đề này. Từ những lý do trên chúng tôi chọn đề tài với mục tiêu: Đánh giá kiến thức của cha/mẹ hoặc người chăm sóc chính về phát hiện sớm - can thiệp sớm 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 nghiên cứu (ĐTNC) là 182 bố/mẹ hoặc người chăm sóc chính trong các

gia đình có trẻ từ 0 - 6 tuổi bị khuyết tật 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. Từ 1 nghiên cứu khác, trong tổng số 15.685 trẻ 0 – 6 tuổi tại địa bàn nghiên cứu, chúng tôi phát hiện được 182 trẻ khuyết tật. Vì vậy, trong nghiên cứu này chúng tôi chọn mẫu thuận tiện là 182cha/mẹ hoặc người chăm sóc chính của các trẻ khuyết tật nói trên.

2.3. Nội dung và các biến số sử dụng trong nghiên cứu

- Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu: Họ tên, tuổi, giới...

- Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về:

- Trẻ khuyết tật.

- Phát hiện sớm khuyết tật ở trẻ em.

- Thời điểm phát hiện sớm khuyết tật.

- Mục đích của phát hiện sớm khuyết tật.

- Nhân lực tham gia phát hiện sớm khuyết tật.

- Thái độ của đối tượng nghiên cứu về:

- Sự cần thiết của phát hiện sớm khuyết tật ở trẻ em.

- Hiệu quả của phát hiện sớm khuyết tật ở trẻ em.

2.4. Công cụ thu thập số liệu: Bộ câu hỏi phỏng vấn.

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.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

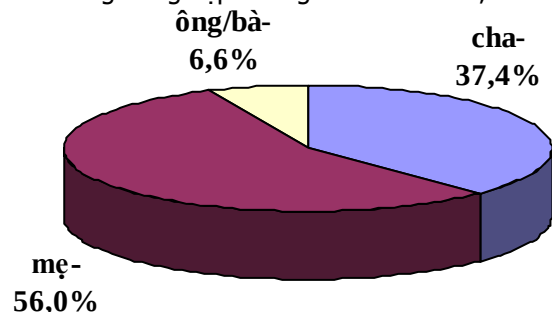
Nội dung		Tần số (n=182)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	≤ 30	118	64,8
	>30	64	35,2
Trình độ học vấn	Không biết chữ	2	1,1
	Tiểu học	11	6,0
	THCS	41	22,5
	THPT	64	35,2
	Trung cấp/CD	41	22,0
	Đại học	21	11,5
	Trên đại học	3	1,6
Nghề nghiệp	Nông dân	58	31,9
	Công nhân – Viên chức	29	15,9
	Nội trợ	21	11,5
	Kinh doanh	51	28
	Khác	23	12,6

Trong 182 đối tượng nghiên cứu:

Về độ tuổi: Nhóm tuổi ≤ 30 chiếm tỷ lệ 64,8%;

Về trình độ học vấn: Nhóm THPT chiếm tỷ lệ 35,2%.

Về nghề nghiệp: Nông dân chiếm 31,9%.



Biểu đồ 1: Mối quan hệ của đối tượng nghiên cứu với trẻ

Trong 182 ĐTNC có 56% là mẹ của trẻ, 37,4% là cha của trẻ và 6,6% là ông/bà của trẻ.

Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về phát hiện sớm khuyết tật

Bảng 2: Kiến thức của ĐTNC về khuyết tật và phát hiện sớm

Nội dung		Tần số (n=182)	Tỷ lệ %
Kiến thức về khuyết tật	Đúng	94	51,6
	Đúng, chưa đầy đủ	57	31,3
	Không biết	31	17,1
Kiến thức về phát hiện sớm khuyết tật	Đúng	87	47,8
	Đúng, chưa đầy đủ	43	23,6
	Không biết	52	28,6

Tỷ lệ ĐTNC có kiến thức đúng về khuyết tật chiếm 51,6%; Kiến thức đúng nhưng chưa đầy đủ chiếm 31,3%; Còn 17,1% ĐTNC chưa có kiến thức về khuyết tật ở trẻ em.

Về phát hiện sớm khuyết tật: Có 47,8% ĐTNC có kiến thức đúng. Còn 28,6% chưa có kiến thức về phát hiện sớm khuyết tật.

Bảng 3: Kiến thức của ĐTNC về độ tuổi

Bảng 6: Thái độ của ĐTNC về sự cần thiết của phát hiện sớm khuyết tật

Nội dung	≤ 30 tuổi (n=118)		>30 tuổi (n=64)		Tổng (n=182)		p
	n	%	n	%	n	%	
Cần thiết	99	83,9	45	70,3	144	79,1	>0,05
Không cần thiết	6	5,1	6	9,4	12	6,6	
Không biết	13	11,0	13	20,3	26	14,3	

Có 83,9% ĐTNC ở nhóm ≤ 30 tuổi cho rằng phát hiện sớm khuyết tật là cần thiết. 5,1% cho là không cần thiết. Tỷ lệ này ở nhóm >30 tuổi là 70,3% và 9,4%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

tốt nhất để phát hiện sớm khuyết tật

Độ tuổi PHS khuyết tật	Tần số (n=182)	Tỷ lệ %
0 - 6 tuổi	110	60,4
3 - 6 tuổi	18	9,9
0 - 3 tuổi	31	17
6 - 18 tuổi	10	5,5
Khác/ Không biết	13	7,1

Tỷ lệ ĐTNC cho rằng độ tuổi tốt nhất để phát hiện sớm khuyết tật ở trẻ là từ 0-6 tuổi chiếm 60,4%

Bảng 4: Kiến thức của ĐTNC về mục đích của phát hiện sớm khuyết tật

Độ tuổi PHS khuyết tật	Tần số (n=182)	Tỷ lệ %
Để sớm có biện pháp can thiệp	94	51,6
Giúp trẻ có điều kiện tham gia các hoạt động trong gia đình và cộng đồng	110	60,4
Giúp trẻ hồi phục, phát triển tối đa các khả năng còn lại của mình	127	69,7
Khác/ Không biết	11	6,1

51,6% ĐTNC cho rằng phát hiện sớm khuyết tật để can thiệp sớm.

69,7% ĐTNC cho rằng phát hiện sớm khuyết tật để giúp trẻ phục hồi.

6,1% ĐTNC không biết mục đích của phát hiện sớm.

Bảng 5: Kiến thức của ĐTNC về nhân lực tham gia phát hiện sớm khuyết tật

Nhân lực	Tần số (n=182)	Tỷ lệ %
Người thân trong gia đình	136	74,7
Giáo viên mầm non	50	27,5
Cán bộ y tế	178	97,8
Cán bộ LĐTBXH	35	19,2
Cán bộ đoàn thể	19	10,4
Không biết	16	8,8

Nhân lực tham gia phát hiện sớm khuyết tật được lựa chọn nhiều nhất là cán bộ y tế (97,8%), tiếp đến là người thân, cha mẹ, người chăm sóc (74,7%).

Bảng 7: Thái độ của ĐTNC về hiệu quả của phát hiện sớm khuyết tật

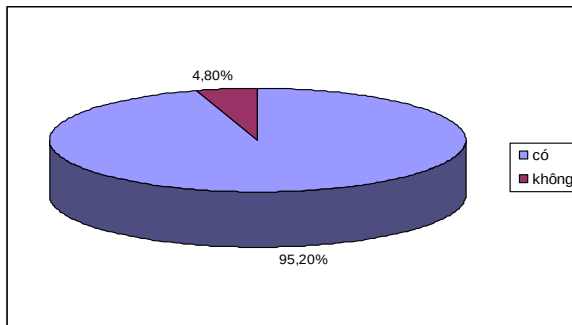
Nội dung	≤ 30 tuổi (n=118)		>30 tuổi (n=64)		Tổng (n=182)		p
	n	%	n	%	n	%	
Có hiệu quả	101	85,6	43	67,2	144	79,1	<0,05
Không hiệu quả	2	1,7	7	10,9	9	4,9	
Không biết	15	12,7	14	21,9	29	16,0	

Có 85,6% ĐTNC ở nhóm ≤ 30 tuổi cho rằng phát hiện sớm khuyết tật có hiệu quả tốt. 1,7% cho là không hiệu quả. Tỷ lệ này ở nhóm >30 tuổi là 67,2% và 10,9%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Bảng 8: Thái độ của ĐTNC về khả năng phát triển của trẻ khuyết tật

Nội dung	≤ 30 tuổi (n=118)		>30 tuổi (n=64)		Tổng (n=182)		p
	n	%	n	%	n	%	
Có thể phát triển bình thường	93	78,8	49	76,6	142	78,1	>0,05
Không thể phát triển bình thường	11	9,3	8	12,5	19	10,4	
Không biết	14	11,9	7	10,9	21	11,5	

78,8% ĐTNC ở nhóm ≤ 30 tuổi cho rằng trẻ khuyết tật vẫn có thể học tập và phát triển như bình thường. Tỷ lệ này ở nhóm >30 tuổi là 76,6%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

**Biểu đồ 2:** Thái độ của ĐTNC về việc sẵn sàng tham gia chương trình phát hiện sớm.

Có 95,2% ĐTNC chọn sẵn sàng tham gia chương trình phát hiện sớm khuyết tật.

IV. BÀN LUẬN

Trong tổng số ĐTNC, nhóm ≤ 30 tuổi chiếm 64,8%. Nhóm >30 tuổi chiếm 35,2%. Về trình độ học vấn chủ yếu là bậc PTTH (35,2%). Về nghề nghiệp: Nghề nông chiếm 31,9%.

Người chăm sóc chính của trẻ chủ yếu là bố/mẹ. Có 6,6% người chăm sóc chính là ông/bà do trong một số gia đình do bố/mẹ trẻ đi làm xa hoặc làm công nhân trong nhà máy, xí nghiệp nên người chăm sóc chính là ông/bà trẻ (bảng 1, biểu đồ 1)

Kiến thức của đối tượng nghiên cứu về phát hiện sớm khuyết tật

Kết quả nghiên cứu bảng 2 cho thấy: Tỷ lệ ĐTNC có kiến thức đúng về khuyết tật chiếm 51,6%; Có 31,3% ĐTNC hiểu nhưng chưa đầy đủ về khái niệm khuyết tật. Số ĐTNC chưa có kiến thức về khuyết tật chiếm 17,1%

Tương tự: Tỷ lệ ĐTNC có kiến thức đúng về

phát hiện sớm khuyết tật ở trẻ chiếm 47,8%. Hiểu đúng nhưng chưa đầy đủ chiếm 23,6%. Số đối tượng còn lại 28,6% chưa có kiến thức về phát hiện sớm khuyết tật.

Về thời điểm phát hiện sớm khuyết tật, từ kết quả bảng 3 cho thấy: Có 60,4% ĐTNC nêu đúng thời điểm phát hiện sớm khuyết tật ở trẻ em là từ 0 - 6 tuổi.

Trong quá trình phát triển của trẻ em thì 0 - 6 tuổi là giai đoạn mà sự phát triển của trẻ đạt tốc độ nhanh nhất về mọi mặt. Đây cũng là thời gian hình thành nền tảng cho cuộc sống tương lai của trẻ. Việc phát hiện sớm, xác định đúng và có những can thiệp sớm phù hợp với những dấu hiệu chậm phát triển ở trẻ sẽ giúp cho trẻ có cơ hội phát triển hết khả năng của mình.

Về mục đích phát hiện sớm: 51,6% ĐTNC nhận thức được mục đích của phát hiện sớm là để can thiệp sớm. Ngoài ra, các mục đích khác như: Giúp trẻ phát triển tối đa các khả năng còn lại của mình; Giúp trẻ hòa nhập gia đình, cộng đồng cũng là những ý kiến được lựa chọn nhiều. Có 6,1% ĐTNC chưa có kiến thức về mục đích của chương trình phát hiện sớm (bảng 4).

Về nhân lực tham gia chương trình phát hiện sớm khuyết tật thì hầu hết các ĐTNC đều cho rằng nguồn nhân lực chính tham gia vào chương trình là CBYT chiếm 97,8%. Có 74,7% chọn nhân lực cho chương trình là bố mẹ trẻ hoặc người thân trong gia đình. Chỉ có 27,5% ĐTNC chọn giáo viên mầm non (bảng 5).

Chúng ta đều biết rằng, để chương trình phát hiện sớm khuyết tật ở trẻ em được thực hiện có hiệu quả, ngoài cán bộ y tế thì gia đình (cha/mẹ

trẻ hoặc người chăm sóc chính) và đội ngũ giáo viên mầm non là nguồn nhân lực vô cùng quan trọng. Mặc dù cán bộ y tế là người chịu trách nhiệm trong chăm sóc sức khỏe cho mọi người trong đó có trẻ khuyết tật nhưng họ đồng thời phải giải quyết rất nhiều các chương trình khác tại cộng đồng. Nếu chỉ có đội ngũ nhân viên y tế thì việc triển khai chương trình sẽ gặp nhiều khó khăn về nhân lực. Mặt khác, những người thân trong gia đình không chỉ là người thương yêu trẻ nhất mà họ còn hiểu được những vấn đề khoa học mà trẻ gặp phải trong cuộc sống do hậu quả của khuyết tật. Thông qua hoạt động chăm sóc, vui chơi với trẻ hằng ngày, cha mẹ có thể quan sát, cảm nhận, phát hiện dấu hiệu bất thường trong sự phát triển về thể chất, nhận thức, ngôn ngữ, tâm lý ... so với sự phát triển bình thường của trẻ cùng lứa tuổi. Vì thế trong chương trình phát hiện sớm khuyết tật ở trẻ không thể không nói đến sự phối hợp của gia đình.

Thái độ của đối tượng nghiên cứu về phát hiện sớm khuyết tật

Để đánh giá thái độ về phát hiện sớm khuyết tật, chúng tôi chia ĐTNC theo 2 nhóm tuổi: Nhóm ≤ 30 tuổi và nhóm > 30 tuổi.

Đánh giá thái độ của ĐTNC về sự cần thiết của phát hiện sớm khuyết tật, kết quả bảng 6 cho thấy: Nhóm ≤ 30 tuổi có 83,9% chọn phát hiện sớm khuyết tật là cần thiết. Tỷ lệ này ở nhóm >30 tuổi là 70,3%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Đánh giá thái độ của ĐTNC về hiệu quả của chương trình phát hiện sớm khuyết tật, kết quả bảng 7 cho thấy: Nhóm ≤ 30 tuổi có 85,6% cho rằng khuyết tật ở trẻ nếu càng được phát hiện sớm thì hiệu quả phục hồi càng cao. Tỷ lệ này ở nhóm > 30 tuổi là 67,2%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Đánh giá thái độ của ĐTNC về khả năng phát triển của trẻ khuyết tật, kết quả bảng 8 cho thấy: Nhóm ≤ 30 tuổi có 78,8% cho rằng trẻ khuyết tật nếu được can thiệp sớm vẫn có khả năng phát triển như trẻ bình thường. Tỷ lệ này ở nhóm > 30 tuổi là 76,6%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Qua các kết quả nghiên cứu chúng tôi nhận thấy rằng: Số ĐTNC có kiến thức và thái độ đúng về khuyết tật và phát hiện sớm khuyết tật ở trẻ em chiếm tỷ lệ khá cao.

Tuy nhiên, việc đánh giá kiến thức thái độ của cha mẹ và người chăm sóc chính trong nghiên cứu của chúng tôi mới chỉ thực hiện qua phỏng vấn nên một số trường hợp thì người trả

lời thường chọn theo xu thế mà họ thấy xã hội dễ chấp nhận hơn. Đây cũng chính là hạn chế của NC khi không kết hợp định tính để tìm hiểu rõ hơn về thái độ của đối tượng.

Trong số ĐTNC chưa có kiến thức về khuyết tật cũng như phát hiện sớm khuyết tật ở trẻ em thì chủ yếu là ông/bà của trẻ. Việc thiếu hiểu biết đã dẫn đến hậu quả là: Nhiều trẻ có khuyết tật nhưng không được xác định cho đến tận khi bắt đầu đi học mẫu giáo hoặc muộn hơn. Do đó, khi được xác định bị khuyết tật thì tình trạng của trẻ không còn ở giai đoạn để có những can thiệp kịp thời và tốt nhất. Thậm chí trong nhiều trường hợp, khi khuyết tật ở trẻ được phát hiện thì những cơ hội để cải thiện tình trạng đã hoàn toàn bị bỏ lỡ. Chính vì vậy, truyền thông giáo dục sức khỏe về phát hiện sớm khuyết tật ở trẻ em là một trong những nhiệm vụ quan trọng, cần được thực hiện thường xuyên không chỉ với cán bộ y tế mà với cả cha/mẹ trẻ và đội ngũ giáo viên mầm non để hạn chế các hậu quả của khuyết tật.

V. KẾT LUẬN

Việc đánh giá thể lực, sức khỏe và sự phát triển tâm vận động ở trẻ em là vô cùng quan trọng trong công tác chăm sóc và nuôi dạy trẻ. Kết quả của đánh giá giúp phát hiện sớm – can thiệp sớm các trường hợp chậm phát triển hoặc khuyết tật, tạo cơ hội để trẻ phát triển bình thường. Ngoài đội ngũ cán bộ y tế thì các thành viên trong gia đình (đặc biệt cha/mẹ trẻ) là thành phần tất yếu góp phần vào sự thành công của chương trình.

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 Thu Hà, Trần Trọng Hải (2005), Phát hiện sớm – can thiệp sớm một số dạng tàn tật ở trẻ em Việt Nam, Nhà xuất bản Y học.
5. Đặng Thị Hương (2014), Kiến thức - Thái độ - Thực hành về phát hiện sớm khuyết tật ở trẻ dưới 6 tuổi của giáo viên mầm non tại huyện Hoài Đức Hà Nội năm 2014, Luận văn Thạc sỹ Y tế công cộng, Đại học Y tế công cộng.
6. Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam (2010), Luật người khuyết tật.
7. Quỹ Dân số Liên Hợp quốc tại Việt Nam (UNFPA - 2011), Người khuyết tật ở Việt Nam: Một số kết quả chủ yếu từ Tổng điều tra Dân số và Nhà ở Việt Nam 2009, Hà Nội.

NGHIÊN CỨU ẢNH HƯỞNG CỦA VIÊN NÉN “THANH NẢO I” ĐẾN CHỨC NĂNG VÀ HÌNH THỂ GAN, THẬN TRÊN THỎ THỰC NGHIỆM

Phạm Bá Tuyển*, Trần Trọng Dương**

TÓM TẮT

Viên nén bao phim Thanh nảo I được chuyển dạng từ viên hoàn mềm Thanh nảo. Để có cơ sở khoa học cho việc đánh giá hiệu quả điều trị trên lâm sàng của viên Thanh nảo I, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Nghiên cứu ảnh hưởng của Viên nén Thanh nảo I đến chức năng và hình thể của gan thận trên thỏ thực nghiệm. Kết quả nghiên cứu cho thấy: trên cả ba lô thỏ, lô chứng uống nước cất 2ml/kg/ngày, Lô trị 1: uống viên nén Thanh nảo I liều 0,75 ml/kg (liều có tác dụng tương đương liều dùng trên người), Lô trị 2: uống viên nén Thanh nảo I liều 2,25 ml/kg (liều cao gấp 3 lần liều dùng trên người), liên tục trong 12 tuần; Không làm thay đổi kết quả các xét nghiệm đánh giá chức năng gan (ALT, AST, bilirubin toàn phần, albumin và cholesterol), chức năng thận thông qua định lượng nồng độ creatinin huyết thanh. Không gây tổn thương về mặt hình thái khi quan sát đại thể các cơ quan của thỏ. Cấu trúc vi thể gan, thận của thỏ không có sự khác biệt so với lô chứng.

Từ khóa: Viên nén Thanh nảo I, Chức năng hình thái gan và thận.

SUMMARY

RESEARCH TO IMPACT OF COMPRESSORS "THANH NAO I" TO FUNCTIONALITY AND HEPATITIS IN RABBIT EXPERIMENT

"Thanh nao I" table is transformed from Barium soft capsules. In order to have a scientific basis for evaluating the clinical efficacy of tablet "Thanh nao I" table, we conducted a study aiming to: Study the effect of "Thanh nao I" table on the function and morphology of rabbit liver and kidney experiment. Results of the study showed that rabbits consume 2ml/kg/day in the rabbit pool. Treatment 1: Erythropoietin I tablet dose of 0,75 ml/kg (dose equivalent to dose Group 2: taking cerebrospinal fluid I tablets at a dose of 2,25 ml/kg (3 times higher than the human dose), continuous for 12 weeks; Do not alter the results of liver function tests (ALT, AST, total bilirubin, albumin and cholesterol), renal function through quantitative serum creatinine. No morphological damage observed in rabbit organs. The liver and kidney structure of rabbit was not different from the control.

Key words: "Thanh nao I" table, Kidney and liver morphology.

*Bệnh viện Y học cổ truyền, Bộ Công an

**Cục Y tế, Bộ Công an

Chịu trách nhiệm chính: Trần Trọng Dương

Email: bsduongretechco@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/3/2018

Ngày phản biện: 3/4/2018

Ngày duyệt bài: 16/4/2018

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lipid (RLLP) là một trong các yếu tố nguy cơ cao của bệnh tim mạch như vữa xơ động mạch, đột quỵ não, bệnh lý mạch vành, bệnh động mạch ngoại vi [1]...Theo y học hiện đại (YHHĐ), bên cạnh điều chỉnh chế độ ăn, kết hợp vận động trị liệu còn có nhiều nhóm thuốc có hiệu quả tốt điều trị hội chứng RLLP máu [2], [3]. Tuy nhiên, thuốc có nhiều tác dụng không mong muốn như: tăng men gan, đau cơ, viêm cơ, hoại tử cơ...[2], [4]. Các nhà khoa học đang có xu hướng nghiên cứu các thuốc có nguồn gốc tự nhiên, ít tác dụng phụ, giá thành rẻ, có thể sử dụng lâu dài [5]. Nhiều chế phẩm YHCT đã được sử dụng có hiệu quả trên lâm sàng. Tại Bệnh viện Y học cổ truyền Bộ Công an nhiều năm nay đã sử dụng viên hoàn mềm Thanh nảo để điều trị RLLP và tăng huyết áp, thu được kết quả tốt. Tuy nhiên quá trình sử dụng còn một số hạn chế như: Khối lượng viên lớn, vỏ hoàn mềm dễ bong khi vận chuyển, khó khăn trong quá trình bảo quản; hạn sử dụng ngắn, thuốc chứa lượng đường cao nên một số trường hợp không sử dụng được (bệnh nhân đái tháo đường). Để khắc phục những hạn chế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu chuyển dạng viên hoàn mềm Thanh nảo thành dạng viên nén bao phim Thanh nảo I, đồng thời gia giảm thêm 1 số vị thuốc nhằm làm tăng hiệu quả điều trị của chế phẩm. Để có cơ sở khoa học cho việc đánh giá hiệu quả điều trị trên lâm sàng cần phải tiến hành nghiên cứu độc tính của dạng thuốc chuyển dạng này. Do vậy, đề tài được tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Nghiên cứu ảnh hưởng của Viên nén Thanh nảo I đến chức năng và hình thể của gan thận trên thỏ thực nghiệm.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

***Thuốc và các hoá chất nghiên cứu:**

Công thức cho 1 viên nén bao phim Thanh nảo I.

Bình vôi 1,1 g	Ich mẫu: 1,1 g
Hà thủ ô: 0,9 g	Trạch tả: 0,7 g
Y dĩ: 0,9 g	Trần bì: 0,4 g
Ngưu tất: 1,1 g	Sơn tra: 1,1 g

Quy trình chiết xuất được thực hiện tại Bệnh viện Y học Cổ truyền, Bộ Công an

***Máy móc, thiết bị và hóa chất thí**

nghiệm: Kit định lượng các enzym và chất chuyển hoá trong máu: ALT, AST, bilirubin toàn phần, albumin, cholesterol toàn phần, creatinin của hãng Hospitex Diagnostics (Italy) và hãng DIALAB GmbH (Áo), định lượng trên máy Screen master của hãng Hospitex Diagnostics (Italy). Các hoá chất xét nghiệm và làm tiêu bản mô bệnh học.

***Động vật thực nghiệm:**

- Thỏ chủng *Newzealand White*, lông trắng, trọng lượng 1,8-2,5kg, cả hai giống, khoẻ mạnh, do Trung tâm chăn nuôi Viện Kiểm nghiệm cung cấp.
- Súc vật được nuôi trong phòng thí nghiệm 5-7 ngày trước khi nghiên cứu bằng thức ăn chuẩn dành riêng (do Công ty liên doanh Guyomarc'h-VCN sản xuất), uống nước tự do.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

***Nghiên cứu độc tính bán trường diễn trên thỏ theo đường uống:**

Thỏ được chia làm 3 lô, mỗi lô 10 con, mỗi con nhốt riêng một chuồng.

- Lô chứng: uống nước cất 2ml/kg/ngày;
- Lô trị 1: uống viên nén Thanh não I liều thấp 0,75 ml/kg;
- Lô trị 2: uống viên nén Thanh não I liều cao 2,25ml/kg;

Thỏ được uống nước hoặc thuốc thử trong 12 tuần liên, mỗi ngày một lần vào buổi sáng.

***Các chỉ tiêu theo dõi trước và trong quá trình nghiên cứu:**

- Đánh giá chức năng gan thông qua định lượng: ALT, AST, bilirubin toàn phần, albumin và cholesterol toàn phần trong máu.

- Đánh giá chức năng thận thông qua định lượng nồng độ creatinin huyết thanh.

- Các thông số theo dõi được kiểm tra vào trước lúc uống thuốc, sau 4 tuần uống thuốc, sau 8 tuần uống thuốc và sau 12 tuần uống thuốc.

- Mô bệnh học:

+ Sau 12 tuần uống thuốc, thỏ được mổ để quan sát đại thể toàn bộ các cơ quan.

+ Kiểm tra ngẫu nhiên cấu trúc vi thể gan, thận của 30% số thỏ ở mỗi lô.

+ Các xét nghiệm vi thể được thực hiện tại Trung tâm nghiên cứu và phát hiện sớm ung thư – Liên hiệp các hội khoa học và kỹ thuật Việt Nam (do PGS.TS. Lê Đình Roanh đọc kết quả vi thể).

***Xử lý số liệu:** Các số liệu nghiên cứu được xử lý thống kê theo phương pháp t-test Student. Số liệu được biểu diễn dưới dạng: $\bar{x} \pm SD$. Sự khác biệt có ý nghĩa khi $p \leq 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Ảnh hưởng của viên nén

Thanh não I đến hoạt độ AST (GOT) trong máu thỏ

Thời gian	Hoạt độ AST (UI/l)		
	Lô chứng	Lô trị 1	Lô trị 2
Trước uống thuốc	38,10 ± 6,76	37,00 ± 13,10	40,00 ± 16,09
Sau 4 tuần uống thuốc	40,80 ± 8,05	39,70 ± 13,48	45,27 ± 12,87
<i>p</i> (trước - sau)	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Sau 8 tuần uống thuốc	43,50 ± 11,38	47,40 ± 16,22	44,09 ± 9,07
<i>p</i> (trước - sau)	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Sau 12 tuần uống thuốc	42,20 ± 11,79	59,10 ± 14,93*	45,36 ± 19,29
<i>p</i> (trước - sau)	> 0,05	< 0,05	> 0,05

Nhận xét: sau 12 tuần uống viên nén Thanh não I, hoạt độ AST trong máu thỏ ở lô trị 1 (uống viên nén Thanh não I liều thấp) tăng cao hơn so với lô chứng và so với thời điểm trước khi uống thuốc, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Hoạt độ AST ở lô trị 2 (uống viên nén Thanh não I liều cao) không có sự khác biệt có ý nghĩa so với lô chứng và so sánh giữa hai thời điểm trước và sau khi uống thuốc thử ($p > 0,05$).

Bảng 3.2: Ảnh hưởng của viên nén Thanh não I đến hoạt độ ALT (GPT) trong máu thỏ

Thời gian	Hoạt độ ALT (UI/l)		
	Lô chứng	Lô trị 1	Lô trị 2
Trước uống thuốc	57,30 ± 5,06	55,40 ± 9,96	57,09 ± 14,69
Sau 4 tuần uống thuốc	56,10 ± 4,82	57,90 ± 8,67	72,50 ± 27,29
<i>p</i> (trước - sau)	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Sau 8 tuần uống thuốc	63,90 ± 11,73	58,40 ± 15,12	67,82 ± 13,66
<i>p</i> (trước - sau)	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Sau 12 tuần uống thuốc	61,50 ± 12,81	77,30 ± 13,82**	63,09 ± 20,86
<i>p</i> (trước - sau)	> 0,05	< 0,05	> 0,05

Nhận xét: Sau 12 tuần uống viên nén Thanh não I, hoạt độ ALT trong máu thỏ ở lô trị 1 (uống viên nén Thanh não I liều thấp) tăng cao hơn so với lô chứng và so với thời điểm trước khi uống thuốc, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Hoạt độ ALT ở lô trị 2 (uống viên nén Thanh não I liều cao) không có sự khác biệt có ý nghĩa so với lô chứng và so sánh giữa hai thời điểm trước và sau khi uống thuốc thử ($p > 0,05$).

Bảng 3.3: Ảnh hưởng của viên nén Thanh não I đến nồng độ Bilirubin-TP trong máu thỏ

Thời gian	Bilirubin toàn phần (mmol/l)		
	Lô chứng	Lô trị 1	Lô trị 2
Trước uống thuốc	12,16 ± 0,33	12,29 ± 0,33	12,20 ± 0,41
Sau 4 tuần uống thuốc	12,29 ± 0,22	12,22 ± 0,34	12,11 ± 0,31
<i>p</i> (trước - sau)	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Sau 8 tuần uống thuốc	12,10 ± 0,22	12,11 ± 0,22	12,21 ± 0,27
<i>p</i> (trước - sau)	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Sau 12 tuần uống thuốc	12,20 ± 0,31	12,19 ± 0,32	12,17 ± 0,30
<i>p</i> (trước - sau)	> 0,05	> 0,05	> 0,05

Nhận xét: Viên nén Thanh não I không ảnh hưởng đến nồng độ Bilirubin-TP trong máu thỏ trước và sau khi trình uống thuốc ($p > 0,05$).

Bảng 3.4: Ảnh hưởng của viên nén Thanh não I đến nồng độ cholesterol trong máu thỏ

Thời gian	Cholesterol toàn phần (mmol/l)		
	Lô chứng	Lô trị 1	Lô trị 2
Trước uống thuốc	2,18 ± 0,29	2,29 ± 0,27	2,45 ± 0,40
Sau 4 tuần uống thuốc	2,31 ± 0,34	2,22 ± 0,25	2,26 ± 0,21
<i>p</i> (trước - sau)	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Sau 8 tuần uống thuốc	2,08 ± 0,61	2,06 ± 0,45	2,17 ± 0,56
<i>p</i> (trước - sau)	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Sau 12 tuần uống thuốc	2,17 ± 0,74	2,16 ± 0,46	2,46 ± 0,41
<i>p</i> (trước - sau)	> 0,05	> 0,05	> 0,05

Nhận xét: Kết quả ở bảng cho thấy: sau 4 tuần, 8 tuần và 12 tuần uống viên nén Thanh não I, nồng độ cholesterol trong máu thỏ ở cả lô trị 1 (uống viên nén Thanh não I liều thấp) và lô trị 2 (uống viên nén Thanh não I liều cao) không có sự khác biệt có ý nghĩa so với lô chứng và so sánh giữa hai thời điểm trước và sau khi uống thuốc thử ($p > 0,05$).

Bảng 3.5: Ảnh hưởng của viên nén Thanh não I đến nồng độ albumin trong máu thỏ

Thời gian	Albumin (g/dl)		
	Lô chứng	Lô trị 1	Lô trị 2
Trước uống	4,71 ±	4,63 ±	4,53 ±

thuốc	0,31	0,27	0,24
Sau 4 tuần uống thuốc	4,83 ± 0,25	5,00 ± 0,31	4,91 ± 0,19
<i>p</i> (trước - sau)	> 0,05	< 0,05	< 0,05
Sau 8 tuần uống thuốc	4,77 ± 0,25	4,80 ± 0,27	4,89 ± 0,29
<i>p</i> (trước - sau)	> 0,05	> 0,05	< 0,05
Sau 12 tuần uống thuốc	4,71 ± 0,26	4,86 ± 0,28	4,84 ± 0,31
<i>p</i> (trước - sau)	> 0,05	> 0,05	< 0,05

Nhận xét: sau 4 tuần, 8 tuần và 12 tuần uống viên nén Thanh não I, nồng độ albumin trong máu thỏ ở lô trị 1 (uống viên nén Thanh não I liều thấp) không có sự khác biệt có ý nghĩa so với lô chứng và so sánh giữa hai thời điểm trước và sau khi uống thuốc thử ($p > 0,05$). Nồng độ albumin trong máu thỏ ở lô trị 2 (uống viên nén Thanh não I liều cao) tăng cao hơn so với thời điểm trước uống thuốc, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.6: Ảnh hưởng của viên nén Thanh não I đến nồng độ creatinin trong máu thỏ

Thời gian	Creatinin (mg/dl)		
	Lô chứng	Lô trị 1	Lô trị 2
Trước uống thuốc	1,05 ± 0,05	1,05 ± 0,05	1,05 ± 0,05
Sau 4 tuần uống thuốc	1,05 ± 0,05	1,05 ± 0,05	1,05 ± 0,05
<i>p</i> (trước - sau)	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Sau 8 tuần uống thuốc	1,04 ± 0,05	1,06 ± 0,05	1,05 ± 0,05
<i>p</i> (trước - sau)	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Sau 12 tuần uống thuốc	1,05 ± 0,05	1,06 ± 0,05	1,05 ± 0,05
<i>p</i> (trước - sau)	> 0,05	> 0,05	> 0,05

Nhận xét: Sau 4 tuần, 8 tuần và 12 tuần uống viên nén Thanh não I, ở cả lô trị 1 (uống viên nén Thanh não I liều thấp) và lô trị 2 (uống viên nén Thanh não I liều cao), nồng độ creatinin trong máu thỏ không có sự thay đổi khác biệt có ý nghĩa thống kê so với lô chứng và so sánh giữa hai thời điểm trước và sau khi uống thuốc thử ($p > 0,05$).

***Thay đổi về mô bệnh học:**

- Đại thể: Trên tất cả các thỏ thực nghiệm (cả lô chứng và 2 lô trị), 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 thỏ.

- Ví thể: Hình thái vi thể gan: Lô chứng và cả 2 lô trị: hình ảnh gan bình thường và thoái hóa mức độ nhẹ.

+ Hình thái vi thể thận: Lô chứng và cả 2 lô trị: hình ảnh thận ống lượn gần và các cấu trúc khác bình thường

IV. BÀN LUẬN

4.1. Ảnh hưởng của viên nén Thanh não I đến chức năng gan, thận của thử nghiệm: Trên cả hai lô thử, một lô uống viên nén Thanh não I liều thấp (0,75 mL/kg) và một lô uống viên nén Thanh não I liều cao (2,25 mL/kg) liên tục trong 12 tuần, kết quả cho thấy:

- Thanh não liều thấp làm tăng hoạt độ AST, ALT so với lô chứng và so với thời điểm trước uống thuốc ($p < 0,05$)

- Thanh não liều cao làm tăng nồng độ albumin so với thời điểm trước uống thuốc ($p < 0,05$), tuy nhiên không có sự khác biệt so với lô chứng sinh học ($p > 0,05$)

- Không làm thay đổi kết quả một số xét nghiệm đánh giá chức năng gan: nồng độ bilirubin toàn phần và cholesterol.

- Không làm thay đổi kết quả xét nghiệm creatinin trong máu thử sau 12 tuần uống thuốc thử liên tục.

4.2. Ảnh hưởng của viên nén Thanh não I đến mô bệnh học gan, thận của thử nghiệm: Xét nghiệm mô bệnh học gan, thận của thử không thấy có tổn thương rõ rệt về mặt

hình thái cấu trúc các cơ quan gan, thận ở thử thí nghiệm. Không có sự khác biệt giữa các lô và so với lô chứng.

V. KẾT LUẬN

- Mẫu thuốc thử viên nén Thanh não I không gây độc tính bán trường diễn trên thử khi cho thử uống liều 0,75 mL/kg/ngày (liều có tác dụng tương đương liều dùng trên người) và liều cao gấp 3 lần (2,25 mL/kg/ngày) trong 12 tuần liên tục uống thuốc.

- Các chỉ số theo dõi về chức năng gan, chức năng thận và mô bệnh học gan, thận đều nằm trong giới hạn bình thường, không có sự khác biệt rõ rệt so với lô chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Hiền, Thượng Thanh Phương, Trần Dũ Đại "Dự phòng tiên phát biến cố tim mạch do xơ vữa - cập nhật các khuyến cáo hiện hành" *Chuyên đề tim mạch học 2014-T4* tr 48-53
2. Nguyễn Huy Dung (2004), "Rối loạn lipid máu", *Tim mạch học - Bài giảng hệ nội khoa*, NXB Y học, tr 23 - 26.
3. Phạm Tử Dương (2007), "Các thuốc điều trị hội chứng rối loạn lipid máu", *Thuốc tim mạch*, NXB Y học Hà Nội, tr 647 - 688.
4. Phạm Tử Dương, Nguyễn Đình Hải, Trương Thanh Hương và CS (2008), "Khuyến cáo 2008 của Hội Tim mạch Việt Nam về chẩn đoán và điều trị rối loạn lipid máu", *NXB Y học Hà Nội*, tr 476 - 502.
5. Nguyễn Nhược Kim (2014): "Rối loạn lipid máu theo y học cổ truyền", *Tạp chí đông y*, số 487, tr 12-13, 26-28; số 490 tr 28-29

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ KIỂM SOÁT TIẾN TRIỂN CẬN THỊ TRÊN BỆNH NHÂN ĐẶT KÍNH ORTHO-K

Nguyễn Đình Ngân*, Lê Xuân Cung**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả kiểm soát tiến triển cận thị và một số yếu tố liên quan của kính tiếp xúc cứng thấm khí chỉnh hình giác mạc. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, tiến cứu, không đối chứng, so sánh dọc trước và sau điều trị trên 75 mắt (41 bệnh nhân) tại Bệnh viện Quân Y 103 từ 09/2015 đến 09/2017. **Kết quả và bàn luận:** Mức độ tiến triển cận trước đặt kính trung bình là $1,23 \pm 0,34D$, nhóm theo dõi 24 tháng và 36 tháng đều

thấy xu hướng tiến triển cận tăng dần. Nhưng sau đặt kính mức độ tiến triển cận trung bình là $0,04 \pm 0,12D$, giảm có ý nghĩa thống kê so với trước đặt ($p < 0,001$). Có tất cả 13 mắt (26,7%) tiến triển cận, 5 mắt sau 12 tháng ($n=75$) và 8 mắt sau 24 tháng ($n=40$) theo dõi, trong đó 1 mắt tăng 1,00D; 1 mắt tăng 0,5D, còn lại 11 mắt tăng 0,25D. Mức độ tiến triển cận sau đặt kính Ortho-K có liên quan đến độ cận trước đặt ($r = 0,234$; $p = 0,045$), nhưng không liên quan đến K1, K2 và tuổi. Trục nhãn cầu sau khi đặt kính có xu hướng dài thêm, so với trước đặt kính lần lượt là $0,18 \pm 0,3$ mm ($p=0,765$) ở 12 tháng và $0,21 \pm 0,37$ mm ($p=0,047$) ở 24 tháng. **Kết luận:** Đặt kính Ortho-K là phương pháp hiệu quả trong ngăn ngừa tiến triển cận thị

Từ khóa: Ortho-K, cận thị, tiến triển cận

SUMMARY

STUDY OF MYOPIA CONTROL IN PATIENTS USING ORTHO-K

*Bệnh viện Quân Y 103,

**Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Ngân

Email: ngan.ophtal@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 29.3.2018

Ngày duyệt bài: 12.4.2018

Objectives: to evaluate the efficacy of progressive myopia control and some associated factors in orthokeratology treatment. **Patients and methods:** the longitudinal observative study was carried on 75 eyes (41 myopia patients) at 103 military hospital from October 2015 to October 2017. **Results:** the average myopia progression before treatment was 1.23 ± 0.34 D. The groups with follow-up time 24 months and follow-up time 36 months were showed more progression of myopia power. After treatment, the myopia progression was 0.04 ± 0.12 D and was reduced significantly ($p < 0.001$). There were 13 eyes (26.7%) with increasing myopia power: 5 eyes after starting treatment 12 months and 8 eyes after 24 months, in which there was only one eye increasing 1D, one eye increasing 0.5D and were 11 eyes increasing 0.25D. The myopia progression after wearing Ortho-K lens was associated with the power of myopia before treatment ($r = 0.234$, $p = 0.045$), however was not associated with keratometry and the age of patients. The axial length of eye ball after treatment was continue to lengthen comparing to before treatment, respectively 0.18 ± 0.3 mm ($p = 0.765$) after wearing Ortho-K lens 12 months and 0.21 ± 0.37 mm ($p = 0.047$) after 24 months. **Conclusion:** Ortho-K is the effective treatment to control the myopia progression.

Key words: Ortho-K, myopia, myopia progression

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cận thị là một tật khúc xạ thường gặp nhất trong xã hội hiện đại. Các mắt cận thị nặng có thể gây suy giảm nghiêm trọng chức năng thị giác do các biến chứng như rách võng mạc, bong võng mạc, glaucoma, tân mạch võng mạc, thoái hóa hoàng điểm, lỗ hoàng điểm, vết nứt màng Bruch.... Điều trị cận đến nay được chia làm hai nhóm phương pháp: một là chỉnh quang gồm giúp phục hồi thị lực, cải thiện tình trạng thị giác hai mắt, hai là giảm mức độ tiến triển của cận thị (được gọi là "kiểm soát cận thị") nhằm làm giảm độ tăng nặng của cận thị, làm chậm sự dài ra của nhãn cầu, hạn chế biến chứng so với việc không điều trị. Tuy nhiên đến nay có rất ít phương pháp được chứng minh là có tác dụng trong kiểm soát sự tiến triển của cận thị.

Ra đời từ năm 1960, qua rất nhiều những cải tiến về chất liệu, thiết kế, phương tiện đánh giá, kính tiếp xúc cứng thấm khí chỉnh hình giác mạc (orthokeratology, Ortho-K) đã được nhiều nghiên cứu khẳng định hiệu quả trong việc làm triệt tiêu độ cận hiện mắc tạm thời và làm giảm tốc độ tiến triển của cận thị, giảm tốc độ kéo dài của trục nhãn cầu, chiều sâu buồng dịch kính... [4], [5], [6]. Tại Việt Nam, đến nay đã có một số nghiên cứu về sử dụng kính Ortho-K tại Việt Nam như nghiên cứu của Tôn Thị Kim Thanh (2014), Trần Anh Tuấn (2014),... tuy nhiên, cho đến nay chưa có nghiên cứu theo dõi dài với số lượng đủ

lớn BN để có thể đánh giá chính xác hiệu quả hiệu quả kiểm soát tiến triển cận thị của phương pháp này, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Đánh giá hiệu quả kiểm soát cận thị và một số yếu tố liên quan của kính tiếp xúc cứng thấm khí chỉnh hình giác mạc*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trên các 75 mắt (41 bệnh nhân) cận thị thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ được khám và theo dõi tại Bệnh viện Quân Y 103 từ 09/2015 đến 09/2017.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Được chẩn đoán xác định cận thị từ -6.5D trở xuống, loạn thị từ 1.5D trở xuống.
- Chỉnh kính gọng đạt thị lực từ 20/25 trở lên.
- Tiến triển cận với tốc độ từ -0,75D/năm trở lên.
- Từ 08 tuổi đến 18 tuổi.
- Tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- BN có độ cận trên -6,5D và/hoặc loạn thị trên 1,5D.
- BN đang có hoặc có tiền sử bệnh lý bề mặt nhãn cầu (khô mắt, viêm bờ mi, viêm kết mạc, viêm loét giác mạc,...), tiền sử chấn thương hoặc phẫu thuật mắt trước đó, có bệnh lý khác về mắt gây ảnh hưởng đến việc đánh giá thị lực (đục thể thủy tinh, glaucoma,...).
- Bệnh giác mạc chóp hoặc loạn thị không đều, loạn thị do thể thủy tinh, khúc xạ giác mạc dưới 41,00D hoặc trên 48,00D.
- Mắt dị ứng với thành phần của kính, của dung dịch chăm sóc kính.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu và cỡ mẫu

Nghiên cứu mô tả, tiến cứu, không đối chứng, so sánh dọc trước và sau điều trị.

Cỡ mẫu tính theo công thức là 35 mắt, chúng tôi nghiên cứu trên 75 mắt (41 bệnh nhân)

2.2.2. Phương pháp tiến hành

- Khám bệnh nhân trước khi đặt kính: Thu thập thông tin về tật khúc xạ của bệnh nhân trước đây gồm độ cận và độ dài nhãn cầu (siêu âm A) ở điểm đặt kính, và khúc xạ trước đó 12 tháng, 24 tháng, 36 tháng (tùy theo tài liệu thu thập được). Các số liệu về độ cận trước đây được khám xác định bởi các bác sĩ chuyên khoa mắt với đầy đủ các thông số: khúc xạ có liệt điều tiết, khúc xạ cầu tương đương khi chỉnh kính tối đa cho thị lực 20/20.

- Đặt kính Ortho-K (hãng Fargos): thử đặt theo thông số của bảng mã kính và chỉnh đến kính phù hợp cho thị lực từ 20/25 trở lên. Hướng

dẫn bệnh nhân đặt kính ở nhà và khám định kỳ 3 tháng/lần

2.2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Mức độ tiến triển cận trước đặt kính (D/năm): theo dõi 12 tháng, 24 tháng và ≥ 36 tháng (tính theo giá trị tuyệt đối).

- Mức độ tiến triển cận sau khi đặt kính (D/năm): theo dõi 12 tháng và 24 tháng (tính theo giá trị tuyệt đối).

- Độ dài trục nhãn cầu (mm): trước đặt và thay đổi sau đặt kính

- Một số yếu tố liên quan đến mức độ tiến triển cận sau khi đặt kính:

+ Liên quan giữa mức độ tiến triển cận và độ cận trước đặt

+ Liên quan giữa mức độ tiến triển cận và khúc xạ giác mạc

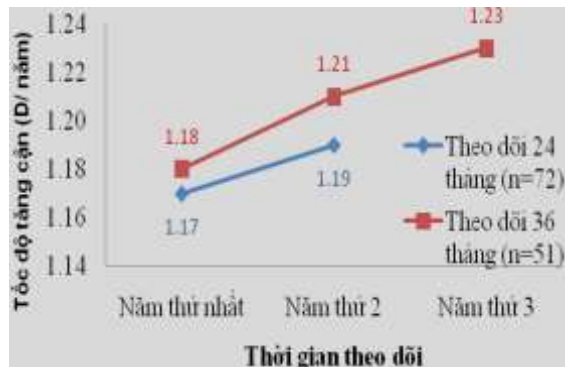
+ Liên quan giữa mức độ tiến triển cận và tuổi

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu:

Nghiên cứu tiến hành trên 75 mắt của 41 BN (34 BN đặt kính 2 mắt, 7 BN đặt kính 1 mắt), trong đó có 22 nữ, 19 nam. Độ tuổi từ 8 tuổi đến 18 tuổi (trung bình $12,6 \pm 2,4$ tuổi), trong đó 46,3% có độ tuổi từ 12 trở xuống.

Với các mắt theo dõi được 36 tháng và 24 tháng, mức độ biến đổi tốc độ tiến triển cận qua theo dõi như sau:



Biểu đồ 1. Tốc độ tiến triển cận của nhóm đối tượng theo dõi 24 tháng và 36 tháng

Như vậy ở cả nhóm theo dõi được 24 tháng và 36 tháng đều cho thấy các bệnh nhân đang có xu hướng tăng tốc độ cận theo thời gian. Chiều dài trục nhãn cầu trung bình của các mắt trước khi đặt kính là $24,62 \pm 0,57$ mm

Độ cận trước khi đặt kính của nhóm nghiên cứu từ -0,75 D đến -6,5 D, trung bình là $-4,14 \pm 2,02$ D. Có 50/75 mắt có độ cận từ -2D trở lên, trong đó có 34 mắt độ cận trên -2D là của BN dưới 12 tuổi. Tất cả các BN đều có tốc độ tiến

triển cận $-0,75D/12$ tháng trở lên, cao nhất là $2,25D/năm$. Tốc độ tiến triển cận trung bình trước đặt theo dõi 12 tháng, 24 tháng và 36 tháng lần lượt là $1,32 \pm 0,37$ D/năm; $1,21 \pm 0,36$ D/năm và $1,23 \pm 0,34$ D/năm (bảng 1).

Bảng 1. Tốc độ tiến triển cận theo dõi trước đặt kính 12 tháng, 24 tháng và 36 tháng

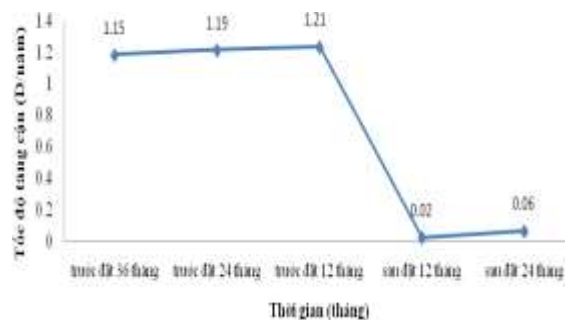
Thời gian theo dõi Chỉ tiêu	12 tháng (D/năm)	24 tháng (D/năm)	36 tháng (D/năm)
Tốc độ trung bình	$1,32 \pm 0,37$	$1,21 \pm 0,36$	$1,23 \pm 0,34$
n	75	72	51

3.2. Hiệu quả kiểm soát tiến triển cận của kính Ortho-K:

Với thời gian theo dõi từ 12 tháng – 24 tháng (trung bình $16,2 \pm 4,1$ tháng) biến đổi độ cận sau khi đặt kính được mô tả ở bảng 2. Tất cả 75 mắt đều được theo dõi từ 12 tháng trở lên, nhưng có 1 bệnh nhân (2 mắt) không dùng đặt kính để kiểm tra mức độ tiến triển cận thời điểm 1 năm nên chỉ có 73 mắt được đánh giá ở thời điểm này, 40 mắt hoàn thành theo dõi và đánh giá ở thời điểm trên 24 tháng. Ở bảng 2 chúng tôi so sánh tốc độ tiến triển cận ở cùng nhóm bệnh nhân ở thời điểm 2 năm, 1 năm trước đặt kính và sau khi bắt đầu đặt kính 1 năm, 2 năm.

Bảng 2. Tốc độ tiến triển cận trước và sau đặt kính Ortho-K

Thời gian theo dõi Tốc độ tiến triển cận	12 tháng (n=73)	24 tháng (n=40)	Trung bình
Trước đặt khi đặt kính	$1,18 \pm 0,33$ D	$1,21 \pm 0,37$ D	$1,19 \pm 0,34$ D
Sau đặt khi đặt kính	$0,02 \pm 0,08$ D	$0,06 \pm 0,15$ D	$0,04 \pm 0,12$ D
p	$<0,001$	$<0,001$	$<0,001$



Biểu đồ 2. Xu hướng tăng độ cận của 28 mắt theo dõi 5 năm liên tục.

Đánh giá tốc độ thay đổi độ cận sau đặt kính năm thứ 1 và 2 không khác biệt ($p=0,058$), tuy

nhiên so sánh với trước đặt tốc độ này đều giảm có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Tốc độ tiến triển cận trung bình là $-0,02 \pm 0,08D$ sau 12 tháng và $-0,06 \pm 0,15D$ ở thời điểm 24 tháng tương đương với nghiên cứu của Davis (2015) [4] là $0,02 \pm 0,53D$. Trong 51 mắt được theo dõi tiến triển cận từ trước đặt kính 36 tháng có 28 mắt tiếp tục được theo dõi sau đặt Ortho-K 24 tháng. Đánh giá biến đổi độ cận của 28 mắt này ở biểu đồ 2.

Bảng 3. Các trường hợp tiến triển cận sau đặt kính Ortho-K ở thời điểm 12 tháng và 24 tháng.

Thời điểm đánh giá Độ cận tăng (D)	Sau 12 tháng (n=73)	Sau 24 tháng (n=40)	Tổng
-1,00	0 (0,0%)	1 (2,5%)	1
-0,50	1 (1,4%)	0 (0,0%)	1
-0,25	4 (5,5%)	7 (17,5%)	11
Tổng	5 (6,8%)	8 (20,0%)	13

Như vậy số bệnh nhân tiến triển cận có xu hướng tăng theo năm, ở thời điểm năm thứ 1 có 6,8% bệnh nhân tiến triển cận, ở thời điểm sau 2 năm có 20% tiến triển cận nhưng độ cận tăng rất thấp, đa số chỉ tăng $0,25D$ (4/5 trường hợp năm thứ 1, 7/8 trường hợp năm thứ 2). Trong số 13 mắt tiến triển cận của nhóm nghiên cứu chỉ có 1 mắt tiến triển cận ở cả 2 lần khám. Như vậy đặt kính Ortho-K ở nhóm nghiên cứu kiểm soát cận là 93,2% sau 12 tháng và 80% sau 24 tháng (trung bình 88,7%). Kết quả này cũng nằm trong phạm vi khả năng kiểm soát cận của một số nghiên cứu trên thế giới là từ 85% - 93,5% [4], [5], [6], [7].

Bảng 4. Thay đổi về độ dài trục nhãn cầu ở các thời điểm theo dõi.

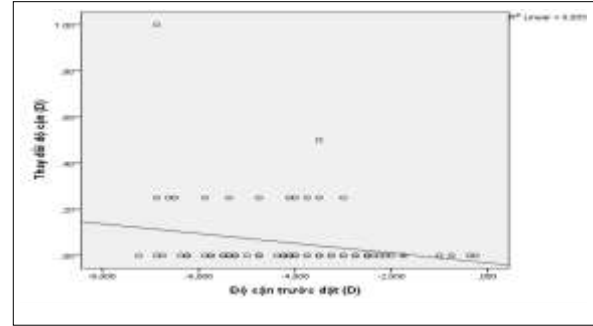
Độ dài trục nhãn cầu (mm)	Thay đổi (mm)
Trước đặt (n=75)	$24,62 \pm 0,57$
Sau 12 tháng (n=73)	$24,77 \pm 0,38$
Sau 24 tháng (n=40)	$24,82 \pm 0,42$
	$0,21 \pm 0,37$

Như vậy nhãn cầu vẫn có xu hướng dài ra nhưng so sánh sự thay đổi giữa các thời điểm thì khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,765$).

Bảng 5. Tỷ lệ tiến triển cận sau đặt Ortho-K ở các nhóm đối tượng nghiên cứu

Các nhóm chỉ số trước đặt	Tiến triển cận sau 12 tháng (mắt)	Tiến triển cận sau 24 tháng (mắt)	p	Tổng
Cầu tương đương (D)				
Dưới -4 (n=35)	2 (5,7%)	3 (8,6%)	0,324	5 (14,3%)
Từ -4 trở lên (n=40)	3 (7,5%)	5 (12,5%)	0,160	8 (20%)

Tuy nhiên so sánh độ dài thời điểm sau đặt 2 năm với trước đặt với thời điểm trước đặt thì khác biệt này là có ý nghĩa ($p = 0,047$). Kết quả thay đổi độ dài nhãn cầu của chúng tôi cũng tương đồng với một số nghiên cứu, Cho (2005) đánh giá 35 đối tượng đặt kính Ortho-K tại thời điểm 12 tháng và 24 tháng trục nhãn cầu lần lượt dài thêm là $0,16 \pm 0,20mm$ và $0,29 \pm 0,27mm$ [5].



Biểu đồ 3. Phân bố độ cận trước đặt và tốc độ tiến triển cận.

3.3. Một số yếu tố liên quan

- Mức độ tiến triển cận và độ cận trước đặt

Mức độ tiến triển cận có liên quan đến độ cận trước đặt kính ($p = 0,045$), với mức độ tương quan $r = 0,234$ (biểu đồ 3).

Tỷ lệ tiến triển cận ở nhóm trước đặt có KXCTĐ dưới $-4D$ và từ $-4D$ trở lên ở thời điểm 12 tháng, 24 tháng và tổng số không khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p \geq 0,160$) (bảng 5).

- Mức độ tiến triển cận với khúc xạ giác mạc

Không có mối tương quan tuyến tính nào giữa mức độ tiến triển cận với khúc xạ giác mạc K1, K2 hoặc trung bình K1, K2 ($p \geq 0,136$).

Tỷ lệ tiến triển cận của các nhóm trước đặt có K1 nằm trong các khoảng khác nhau cho thấy:

Tại thời điểm 12 tháng, tỷ lệ tiến triển cận của các nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Tại thời điểm sau 24 tháng đặt kính, nhóm có K1 từ $42D$ đến dưới $44D$ tăng 11,9% khác biệt có ý nghĩa với nhóm có K1 trên $44D$ tăng 5,9% ($p = 0,041$), còn lại các nhóm khác đều khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p \geq 0,083$) (bảng 5).

- **Mức độ tiến triển cận và tuổi:** Không có liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ tiến triển cận và tuổi ($p = 0,677$).

K giác mạc dẹt (D)	<42 (n=16)	1 (6,25%)	2 (12,5%)	0,333	3 (18,8%)
	42-<44 (n=42)	3 (7,5%)	5 (11,9%)	0,160	8 (19%)
	>44 (n=17)	1 (5,9%)	1 (5,9%)	1	2 (11,7%)
Tuổi (năm)	8-12 (n=36)	3 (8,3%)	5 (13,9%)	0,160	8 (22,2%)
	13-18 (n=39)	2 (5,1%)	3 (7,7%)	0,324	5 (12,8%)

Như vậy trong các yếu tố chỉ có độ cận trước khi đặt kính có mối tương quan có ý nghĩa thống kê với tốc độ tiến triển cận sau đặt kính ($p < 0,05$). Tuy nhiên hệ số tương quan rất thấp $r = 0,234$ chứng tỏ hiệu quả kiểm soát tốc độ của phương pháp này khá ổn định ở tất cả các độ cận khác nhau. Một số nghiên cứu đa trung tâm khác cũng cho thấy rõ kết quả này.

IV. KẾT LUẬN

- Mức độ tiến triển cận trước đặt kính trung bình là $1,23 \pm 0,34$ D, nhóm theo dõi 24 tháng và 36 tháng đều thấy xu hướng tăng mức độ tiến triển cận. Nhưng sau đặt kính mức độ tiến triển cận trung bình là $0,04 \pm 0,12$ D, giảm có ý nghĩa thống kê so với trước đặt ($p < 0,001$).

- Có tất cả 13 mắt (26,7%) tiến triển cận, 5 mắt sau 12 tháng ($n=75$) và 8 mắt sau 24 tháng ($n=40$) theo dõi, trong đó 1 mắt tăng 1,00D; 1 mắt tăng 0,5D, còn lại 11 mắt tăng 0,25D.

- Mức độ tiến triển cận sau đặt kính Ortho-K có liên quan đến độ cận trước đặt ($r = 0,234$; $p = 0,045$), nhưng không liên quan đến K1, K2 và tuổi.

- Trục nhãn cầu sau khi đặt kính có xu hướng dài thêm, so với trước đặt kính lần lượt là $0,18 \pm 0,3$ mm ($p=0,765$) ở 12 tháng và $0,21 \pm 0,37$ mm ($p=0,047$) ở 24 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Ngân, Phạm Thị Mỹ Hạnh, Nguyễn Thị Thu Hiền (2015) "Đánh giá hiệu quả bước đầu đặt kính tiếp xúc chỉnh hình giác mạc ban đêm điều trị cận thị", *Tạp chí Y học Việt Nam*

tháng 11 – số 2 -2015, trang 108-13.

2. Lê Thị Hồng Nhung, Vũ Thị Tuệ Khanh, Nguyễn Đức Anh và cs (2015), "Đánh giá kết quả của phương pháp chỉnh hình giác mạc bằng kính tiếp xúc qua đêm cho người mắc tật cận thị", *tạp chí Y học Việt Nam* tháng 7 – số 2/2015, trang 101-4.
3. Võ Thị Thu Thảo (2015), "Điều trị cận thị trung bình và cao bằng kính sát trùng chỉnh hình giác mạc". Luận án chuyên khoa cấp II, trường Đại học y dược TP Hồ Chí Minh.
4. Davis R.L., Eiden S.B., Bennett E.S. et al. (2015) "Stabilizing Myopia by Accelerating Reshaping Technique (SMART)-Study Three Year Outcome and Overview", *Adv Ophthalmol Vis Syst*, 2(3): 00046.
5. Cho P., Cheung S.W., Edwards M. (2005). "The longitudinal orthokeratology research in children (LORIC) in Hong Kong: a pilot study on refractive changes and myopic control", *Curr Eye Res*, (30): 71-80.
6. Kakita T, Hiraoka T, Oshika T (2011). "Influence of overnight orthokeratology on axial elongation in childhood myopia", *Invest Ophthalmol Vis Sci*, 52: 2170-4.
7. Swarbrick H, Alharbi A, Watt K, Lum E (2010). "Overnight orthokeratology lens wear slows axial eye growth in myopic children". Presented at *Association for Research in Vision and Ophthalmology Conference*, 1721/A178, Florida.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TRƯỢT ĐỐT SỐNG THẮT LƯNG L4L5 BẰNG PHẪU THUẬT LẤY ĐĨA ĐỆM, CỐ ĐỊNH CỘT SỐNG VÀ GHÉP XƯƠNG LIÊN THÂN ĐỐT

Hoàng Gia Du*, Nguyễn Văn Trung*,
Vũ Xuân Phước*, Nguyễn Đức Hoàng *

TÓM TẮT

Tổng quan: Phẫu thuật cố định cột sống và hàn khớp liên thân đốt qua lỗ liên hợp đã trở nên phổ biến trong điều trị trượt đốt sống thắt lưng cùng. Có nhiều nghiên cứu về kết quả điều trị của phương pháp phẫu

thuật TLIF trên toàn thế giới. Mục đích nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật TLIF ở các bệnh nhân trượt L45. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu 30 bệnh nhân trượt L45 được phẫu thuật TLIF. Chúng tôi đánh giá triệu chứng lâm sàng, X quang và cộng hưởng từ cũng như kết quả sau phẫu thuật. **Kết quả:** Tuổi trung bình trong nghiên cứu là $53,5 \pm 15,20$ tuổi, điểm VAS trung bình đau cột sống thắt lưng và đau kiểu rẽ cải thiện từ $5,2 \pm 0,9$ và $6,7 \pm 0,5$ trước mổ tới $1,3 \pm 0,50$ và $0,3 \pm 0,40$ sau mổ. ODI trung bình trước mổ là $53,0 \pm 7,18\%$, sau mổ là $18,9 \pm 11,01\%$. Chiều cao đĩa đệm cải thiện từ $8,0 \pm 2,5$ mm (3 – 11mm) trước mổ sang $12,87 \pm 0,68$ mm sau mổ, có ý

*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: 9.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 9.3.2018

Ngày duyệt bài: 2.4.2018

ngĩa thống kê với $p < 0,05$. Hầu hết các bệnh nhân có trượt đốt sống độ 1 (86,7%) và 100% bệnh nhân được nắn chỉnh hoàn toàn sau mổ. Tỷ lệ liền xương là 100% sau theo dõi 6 tháng. **Kết luận:** Phẫu thuật TLIF trong điều trị trượt đốt sống L4/L5 bước đầu mang lại sự cải thiện tốt về lâm sàng, nắn chỉnh trượt và liền xương tốt.

Từ khóa: Trượt đốt sống thắt lưng, TLIF, ghép xương liên thân đốt.

SUMMARY

OUTCOME OF TRANSFORAMINAL LUMBAR INTERBODY FUSION SURGERY FOR L4/L5 SPONDYLOLISTHESIS

Background: Transforaminal lumbar interbody fusion (TLIF) was the most popular surgery in the treatment for spinal lumbar spondylolisthesis. There were many reports about outcome of TLIF in the world. The purpose of our study to evaluate the outcome of TLIF surgery for L4/L5 spondylolisthesis.

Materials and Methods: Retrospective study on thirty patients with L4/L5 spondylolisthesis who underwent TLIF. We evaluated the clinical symptoms, radiographs, and magnetic resonance in these patients and the outcome postoperation. **Results:** Mean age was $53,5 \pm 15,20$ years. Mean VAS score of backache and radicular pain improved from $5,2 \pm 0,9$ and $6,7 \pm 0,5$ before surgery to $1,3 \pm 0,50$ and $0,3 \pm 0,40$. Mean ODI score was $53,0 \pm 7,18\%$ before surgery and $18,9 \pm 11,01\%$ after surgery. The mean height of intervertebral disc was improved from $8,0 \pm 2,5$ mm ($3 - 11$ mm) to $12,87 \pm 0,68$ mm postoperation ($p < 0,05$). Almost cases were grade I spondylolisthesis (86,7%) and 100% spondylolisthesis patients have had full reduction after surgery. The fusion rate were 100% at 6 month follow up. **Conclusions:** TLIF surgery for L4/L5 spondylolisthesis had a good recovery in clinical symptom, reduction and bone fusion.

Keywords: Lumbar spondylolisthesis, TLIF, interbody fusion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trượt đốt sống (TĐS) là hiện tượng dịch chuyển của đốt sống phía trên so với phía dưới. Hầu hết các bệnh nhân TĐS thắt lưng diễn biến âm thầm không có triệu chứng. Khi người bệnh đến viện khám thường đã có triệu chứng chèn ép thần kinh, đau cột sống thắt lưng do mất vững, giai đoạn muộn có thể tổn thương thần kinh nặng hơn như liệt ở các mức độ khác nhau.

Có nhiều nguyên nhân trượt đốt sống khác nhau như: TĐS do thoái hóa, TĐS do khuyết hở eo, TĐS sau mổ giải ép mở cung sau, TĐS do khối u ... Tuy nhiên hay gặp nhất vẫn là TĐS do khuyết hở eo và thoái hóa [1].

Phẫu thuật điều trị TĐS thắt lưng nhằm mục đích giải ép thần kinh và cố định làm vững chắc cột sống. Có nhiều phương pháp phẫu thuật được áp dụng trong điều trị TĐS như: cố định cột sống lồng sau và ghép xương; lấy đĩa đệm giải

ép, ghép xương và cố định cột sống thắt lưng lồng trước (ALIF); lồng sau (PLIF); lồng sau qua lỗ liên hợp (TLIF). Hiện nay nhiều tác giả còn ứng dụng các phương pháp mổ khác nhau như: XLIF (phẫu thuật lấy đĩa đệm, ghép xương lồng bên), các phẫu thuật ít xâm lấn. Tại Bệnh viện Bạch Mai, phẫu thuật điều trị bệnh lý TĐS thắt lưng mới được tiến hành trong thời gian gần đây và hiện chưa có nghiên cứu nào đánh giá kết quả phẫu thuật TĐS. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Kết quả điều trị trượt đốt sống thắt lưng L4/L5 bằng phẫu thuật lấy đĩa đệm, cố định cột sống, ghép xương liên thân đốt" nhằm hai mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh trượt đốt sống thắt lưng.

2. Đánh giá kết quả điều trị trượt đốt sống thắt lưng bằng phẫu thuật lấy đĩa đệm, cố định cột sống, ghép xương liên thân đốt.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

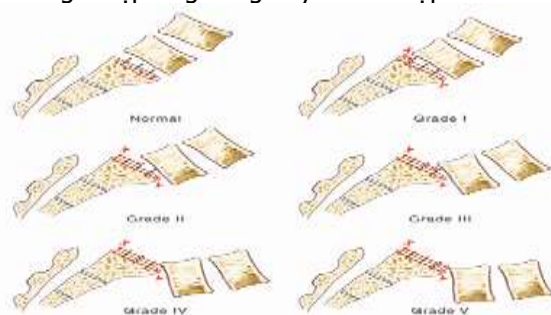
2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu gồm 30 bệnh nhân được chẩn đoán xác định TĐS thắt lưng L4/L5 và được điều trị phẫu thuật lấy đĩa đệm, ghép xương liên thân đốt, cố định cột sống bằng phương pháp vít qua cuống lồng sau tại Khoa Chấn thương chỉnh hình và Cột sống - Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 09 năm 2015 đến tháng 09 năm 2016.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả lâm sàng không đối chứng, đánh giá kết quả trước và sau phẫu thuật.

2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

Lâm sàng: Phân tích các triệu chứng lâm sàng, mức độ đau theo thang điểm VAS, chức năng CSTL theo thang điểm OWESTRY (ODI).

Cận lâm sàng: Đánh giá đặc điểm TĐS trên X-quang thẳng, nghiêng, chếch 3/4 trái-phải, nghiêng cúi - ưỡn tối đa. Đánh giá chiều cao đĩa đệm trước mổ, phân loại nguyên nhân TĐS, phân độ TĐS theo phân loại của Meyerding. MRI đánh giá hẹp ống sống hay lỗ liên hợp.



Hình 1: Phân loại trượt đốt sống theo Meyerding

Sau mổ và sau khám lại: Đánh giá sự cải thiện lâm sàng cơ năng, rối loạn cơ tròn, VAS, chỉ số ODI sau mổ và sau khám lại. Đánh giá độ vững, độ nắn chỉnh sau mổ, sự liền xương, tình trạng vít trên X-quang, CT scanner. Đánh giá kết quả điều trị theo MacNab.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng: Tuổi trung bình $53,5 \pm 15,2$ tuổi (12 - 77 tuổi), tỷ lệ nữ/nam là 56,7% và 43,3%, Bệnh chủ yếu gặp ở những BN lao động nặng (70%), 100% BN có biểu hiện đau thắt lưng; 96,7% BN có đau kiểu rễ đơn thuần. 21 bệnh nhân (70%) có đau cách hồi thần kinh. Thời gian đau trung bình 10 ± 6 tháng (1-19 tháng).

Bảng 1: Lý do BN vào viện

Lý do vào viện	n	%
Đau cột sống thắt lưng	30	100
Đau kiểu rễ	29	96,7
Đau CSTL phối hợp đau rễ	29	96,7

VAS lưng trước mổ trung bình $5,2 \pm 0,9$ điểm, VAS đau kiểu rễ $6,7 \pm 0,5$ điểm. 76,7% BN có biểu hiện đau kiểu rễ L5 đơn thuần, 10 BN (33,3%) có dấu hiệu bậc thang. 26 BN (86,7%) có biểu hiện co cứng cơ cạnh sống. 29 BN (96,7%) dương tính với nghiệm pháp lasègue. 28 BN (93,3%) biểu hiện rối loạn cảm giác và 5 BN (16,7%) có rối loạn vận động tùy mức độ (2 BN cơ lực 2 điểm; 01 BN cơ lực 3 điểm và 2 BN cơ lực 4 điểm). Có 2 BN (6,7%) bị teo cơ chi dưới, 89,3% BN có biểu hiện tê bì. ODI trước mổ trung bình $53,01 \pm 7,18$ % (40 - 70%).

3.2. Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh: Có 2 BN (6,7%) bị TDS do khuyết eo, 93,3% do thoái hóa. Trượt độ I chiếm 86,7%, còn lại độ II và độ III. Chiều cao đĩa đệm trước mổ trung bình $8,0 \pm 2,5$ mm (3 - 11mm). 27 BN (90%) có hình ảnh hẹp ống sống, 03 BN (10%) có hình ảnh hẹp lỗ liên hợp trên phim MRI.



Hình 2: Trượt L45 trên X-quang

3.3. Kết quả điều trị: Sau mổ, 100% các trường hợp có đau vết mổ, 5 BN (16,7%) còn rối loạn vận động. 100% bệnh nhân hết trượt đốt sống. Khoảng cách gian đốt được cải thiện, trung bình $12,87 \pm 0,68$ mm ($p < 0,05$). Độ chính xác của vít theo tiêu chuẩn của Lonstein đạt

97,5%. 100% BN có vị trí miếng ghép nhân tạo nằm ở 2/3 trước thân đốt sống trượt. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ là $6,4 \pm 0,7$ ngày. Sau khám lại, VAS lưng trung bình $1,3 \pm 0,5$ điểm, VAS rễ trung bình $0,3 \pm 0,4$ điểm. 3 bệnh nhân còn yếu cổ bàn chân do tổn thương trước mổ. ODI trung bình $18,9 \pm 11,01$ % (10 - 60%). Chiều cao gian đốt không thay đổi so với sau mổ, trung bình $12,87 \pm 0,68$ mm. 100% BN liền xương tốt, không có trường hợp nào khớp giả. Đánh giá theo MacNab có 86,7% kết quả tốt, 13,3% có kết quả khá.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung: Tuổi trung bình trong nghiên cứu $53,5 \pm 15,2$ tuổi (12-77 tuổi) tương đương với các nghiên cứu trong, ngoài nước. Nghiên cứu của Phan Trọng Hậu, tuổi trung bình là 41,5 (30-50) tuổi. Chủ yếu nhóm tuổi bị bệnh nằm trong độ tuổi lao động, là những người cột sống chịu gánh nặng nhiều hơn [1]. Điều này cho thấy vai trò của hoạt động thể lực trong cơ chế bệnh sinh của TDS.

Tỷ lệ nữ giới có phần cao hơn so với nam giới (56,7% và 43,3%). Các tác giả trong nước cũng có kết quả bệnh gặp chủ yếu ở nữ giới. Phan Trọng Hậu (2002) là 3,67, Phan Minh Đức (2007) là 2,37 [1]. Tỷ lệ BN nữ mắc bệnh cao hơn có thể do điều kiện kinh tế của nước ta còn thấp nên số lượng phụ nữ vẫn lao động như nam giới. Đa phần bệnh nhân là những người lao động nặng (70%) trong đó có phụ nữ là những người thường xuyên phải lao động chân tay.

Thời gian đau trung bình 10 ± 6 tháng (1-19 tháng) chứng tỏ cột sống đã mất vững từ trước với biểu hiện đau thắt lưng không liên quan yếu tố chấn thương. Tác giả Nguyễn Vũ có thời gian khởi bệnh trung bình 14,8 tháng. Điều này cho thấy sự thiếu hiểu biết về bệnh của người dân và sự chủ quan của BN vẫn còn tồn tại.

4.2. Đặc điểm lâm sàng

Cơ năng: Đa số các BN đến viện khi có biểu hiện hội chứng cột sống (100%), dấu hiệu chèn ép rễ (96,7%) và biểu hiện lâm sàng của hẹp ống sống. Nguyên nhân gây chèn ép thần kinh trong TDS có thể do đĩa đệm thoát vị, gai xương, bờ sau trên của thân đốt sống bị trượt, hoặc tổ chức xơ của khe hở eo, mẫu khớp phì đại dẫn tới rễ thần kinh có thể bị chèn ép trong hoặc ngoài lỗ liên hợp. Những thành phần trên kích thích dây chằng dọc sau, màng cứng hay bao rễ thần kinh. Đây là những tổ chức nhận cảm đau khi bị kích thích, nhất là bao rễ thần kinh được chi phối bởi dây thần kinh cảm giác cột sống và khi bao rễ bị kích thích sẽ gây phản xạ co thắt mạch,

thiếu máu cục bộ cũng có thể gây đau. Ngoài ra nguyên nhân gây đau còn do rễ thần kinh bị phù nề khi bị chèn ép trong hoặc ngoài lỗ liên hợp. Tương đương với nghiên cứu của Phan Trọng Hậu có 91% BN đau CSTL, 80% đau kiểu rễ [1]; Nguyễn Vũ: 100% BN có đau CSTL và đau kiểu rễ [2]. Đau cách hồi thần kinh thể hiện mức độ trầm trọng của hiện tượng chèn ép ống sống gây hẹp ống sống. Nghiên cứu của chúng tôi gặp 70% BN có biểu hiện này khi đi bộ dưới 100m.

Mức độ đau tại lưng và chân trước phẫu thuật của các BN nghiên cứu chúng tôi thu được kết quả: Đau lưng điểm VAS trung bình là $5,2 \pm 0,9$ điểm, VAS đau kiểu rễ $6,7 \pm 0,5$. Nghiên cứu của Nguyễn Bá Hậu, VAS lưng trung bình là $7,9 \pm 1,2$ điểm [2].; Kuang L và cộng sự nghiên cứu trên 42 BN có VAS trung bình $7,07 \pm 0,92$ điểm. Đa số BN có VAS trung bình trên 5 điểm, là mức độ đau nhiều ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống bệnh nhân.

Thực thể: Dấu hiệu bậc thang là dấu hiệu biến dạng đặc trưng trong chẩn đoán lâm sàng TĐS. Tuy nhiên dấu hiệu này khó phát hiện ở những bệnh nhân trượt độ I và BN to béo. Nghiên cứu của chúng tôi gặp 10 BN (33,3%) có dấu hiệu bậc thang. Nghiên cứu của Nguyễn Vũ là 58,1%; Phan Trọng Hậu là 87.

Cơ cứng cơ cạnh sống do đau là biểu hiện lâm sàng của hội chứng cột sống. Nghiên cứu của chúng tôi gặp 86,7%. Nghiên cứu của Nguyễn Vũ gặp ở 72,1% BN; Nguyễn Bá Hậu gặp ở 68,9% BN.

Dấu hiệu kích thích rễ (nghiệm pháp Lasègue) nhằm gây đau kiểu rễ bằng cách kéo căng hoặc dịch chuyển rễ. Đây là triệu chứng đánh giá khách quan sự chèn ép rễ thần kinh. Những bệnh nhân có tổn thương rễ mạn tính thì dấu hiệu này không đặc trưng. Nghiên cứu của chúng tôi gặp ở 96,7% BN. Nghiên cứu của Nguyễn Vũ gặp ở 58,1% BN.

Rối loạn cảm giác: là triệu chứng xuất hiện ở giai đoạn tổn thương nặng hơn sau giai đoạn có kích thích rễ. Thường khởi phát với triệu chứng chủ quan tê bì, sau đó BN có giảm hoặc mất cảm giác dọc theo đường đi mà rễ thần kinh bị chèn ép chi phối, chủ yếu BN có biểu hiện giảm cảm giác nông. Đây là triệu chứng có giá trị trong việc chẩn đoán định khu rễ thương tổn. Chúng tôi ghi nhận 28 BN (93,3%) có rối loạn cảm giác, chủ yếu là tê bì 90% BN, giảm cảm giác 3,3% BN và 6,7% BN gặp cả hai biểu hiện trên.

Rối loạn vận động: là triệu chứng xuất hiện muộn nhưng lại là nguyên nhân chủ yếu khiến BN tới viện. Rối loạn vận động do yếu hoặc liệt các nhóm cơ mà rễ thần kinh chi bị chèn ép chi

phối. Lâm sàng gặp những BN bị yếu các nhóm cơ trước ngoài cẳng chân do chèn ép rễ L₅ lâu ngày. Nghiên cứu của chúng tôi 5 BN (16,7%) có rối loạn vận động các mức độ. Kết quả này cũng tương đồng với các tác giả khác như: Chnee là 15%, của Arts, M. và các cộng sự là 10%.

Teo cơ: là biểu hiện của tổn thương rễ thần kinh kéo dài, thường gặp ở những BN có diễn biến bệnh từ lâu, là tổn thương khó hồi phục. Nghiên cứu của chúng tôi, 2 BN (6,7%) bị teo cơ chi dưới. Nghiên cứu của Nguyễn Vũ gặp ở 32,6% BN. Biểu hiện lâm sàng này ít được đề cập ở các nghiên cứu của các tác giả nước ngoài.

Chức năng cột sống (ODI) trước mổ trung bình $53,01 \pm 7,18$ % (40 - 70%), Nghiên cứu của Nguyễn Bá Hậu, ODI trước mổ trung bình $46,8 \pm 6,1$ % . Nghiên cứu của Kuang L và cộng sự, ODI trước mổ 68.43 ± 12.81 %. Đa số các BN trước mổ đều có điểm ODI giảm từ 50% trở lên là mức độ giảm nhiều.

4.3. Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh

Xquang: Trên phim Xquang cột sống thắt lưng có 93,3% BN bị TĐS do thoái hóa, chỉ có 2 BN (6,7%) bị TĐS do khuyết eo gặp ở bệnh nhân trẻ tuổi. Đánh giá mức độ TĐS theo Meyerding, trượt độ I chiếm 86,7%, còn lại độ II và độ III. Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu khác như: Phan Trọng Hậu trượt độ I là 51,4%, độ II là 41,4%, độ III là 7,2%; Phan Minh Đức có kết quả trượt độ I là 69%, độ II là 30%, độ III là 1%.

Chiều cao đĩa đệm đốt sống trượt trước mổ trung bình $8,0 \pm 2,5$ mm (3–11mm). Nghiên cứu của H. N. Herkowitz và cộng sự, chiều cao đĩa đệm trung bình là 6.8mm. Giải thích điều này chúng tôi cho rằng nhóm BN của chúng tôi thấp tuổi hơn, tỷ lệ thoái hóa đĩa đệm gặp ít hơn.

Cộng hưởng từ: Nghiên cứu của chúng tôi có 27 BN (90%) có hình ảnh hẹp ống sống. Nguyên nhân gây hẹp là do thân đốt sống trượt, đĩa đệm thoát vị, phì đại mấu khớp và dây chằng vàng do thoái hóa. Nghiên cứu của Phan Trọng Hậu cho kết quả hẹp ống sống trên CHT là 44,3%, nghiên cứu của Edelson gặp 32% [1]. Hẹp ống sống, lý do phổ biến cho phẫu thuật vùng thắt lưng ở người lớn trên 65 tuổi, bệnh nhân thường có biểu hiện đau cách hồi thần kinh, liên quan nhiều đến tư thế ngồi, đi lại và vận động. Hẹp lỗ liên hợp gây chèn ép rễ do di lệch trượt của thân đốt sống về phía trước và do giảm chiều cao đĩa đệm, ngoài ra mấu khớp phì đại gây nên. Trong nghiên cứu của chúng tôi hình ảnh hẹp lỗ liên hợp có 10% bệnh nhân. Như vậy có thể thấy hẹp lỗ liên hợp là một trong những nguyên nhân gây đau rễ thần kinh.

4.4. Kết quả điều trị

Cải thiện triệu chứng lâm sàng: Nghiên cứu chúng tôi không có bệnh nhân nào gặp tai biến trong mổ. Ngay sau mổ, 100% BN đau vết mổ do trong mổ tàn phá cơ, xương nhiều. 3 ngày sau mổ VAS trung bình $7,0 \pm 1,6$ điểm. Như vậy, vấn đề điều trị giảm đau sau mổ vẫn chưa đạt hiệu quả. Có 5 BN (16,7%) còn rối loạn vận động do tổn thương từ trước mổ. Vận động cổ bàn chân yếu do tổn thương thần kinh đã lâu, cần thời gian tập phục hồi chức năng kèm theo. Không còn bệnh nhân nào có triệu chứng lasègue, những bệnh nhân cảm giác tê bì đều giảm hoặc hết. Nghiên cứu của Nguyễn Vũ cũng cho kết quả tương tự với 81,3% BN còn đau CSTL, 53,5% BN còn đau kiểu rễ [2].

Chẩn đoán hình ảnh sau mổ

Mức độ nắn chỉnh độ trượt: Trước mổ đa phần BN trượt độ I (86,7%). Xquang sau mổ 100% BN đã được nắn chỉnh hết trượt, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Việc nắn chỉnh cột sống có thể làm thương tổn thần kinh thứ phát. Trên thực tế việc nắn chỉnh biến dạng cột sống không đơn giản, phụ thuộc vào kỹ thuật, kinh nghiệm của từng phẫu thuật viên. Nắn chỉnh hoàn toàn di lệch đốt sống làm tăng diện ghép xương đem lại kết quả tốt, điều này thực hiện dễ ở BN có trượt độ I, II như trong nghiên cứu của chúng tôi. Những BN có độ trượt nặng nhiều tác giả quan điểm không cố gắng nắn chỉnh hết di lệch trượt để hạn chế các thương tổn thứ phát.



Hình 3: X-quang sau mổ (BN Bạch Văn Đ)

Cải thiện chiều cao gian thân đốt sống trượt: Chiều cao gian thân đốt sống trượt chính là chiều cao khối xương ghép. Trên Xquang sau mổ độ cản quang của ổ xương ghép đậm, không có sự di chuyển của miếng ghép nhân tạo và xương vào trong ống sống. Trước mổ chiều cao gian đốt sống trượt $8,0 \pm 2,5$ mm, sau mổ được cải thiện rõ, trung bình $12,87 \pm 0,68$ mm ($p < 0,05$). Nghiên cứu của McAfee và cộng sự cũng có sự cải thiện chiều cao gian đốt sau mổ từ trung bình 5,6mm đến 9,3mm, đánh giá kết quả xa sau 3 tháng cho tỷ lệ liền xương tới 98% [4].

Độ chính xác vít, miếng ghép nhân tạo: Độ chính xác của kỹ thuật bắt vít sẽ giúp giảm thiểu tối đa các tổn thương và biến chứng, đảm bảo được lực cần thiết trong việc nắn chỉnh giải phẫu trong mổ, tạo điều kiện thuận lợi cho quá trình liền xương sau mổ. Gertzbein S.D. và cộng sự qua phẫu thuật bắt vít qua cuống sử dụng hệ thống AO thấy 6% vít bắt vào trong ống tuỷ 4-8mm. Lonstein thông báo trong năm đầu kinh nghiệm trong phẫu thuật bắt vít cuống cũng thấy 18,3% (trong tổng số 327 vít) bắt sai vị trí [5]. Chúng tôi phẫu thuật 30 BN với 120 vít đã được bắt để cố định đốt sống trượt. Đánh giá độ chính xác của vít dựa trên chẩn đoán hình ảnh theo tiêu chuẩn của Lonstein chúng tôi thấy tỷ lệ vít bắt đúng tiêu chuẩn đạt 97,5%, 1 vít bắt vào bờ trên cuống và sát bờ trên thân đốt, 1 vít bắt vào cuống nhưng ra ngoài thân đốt, Vít vượt quá 2 bờ thân đốt trên phim nghiêng. Tuy nhiên khám lại sau mổ những trường hợp này chúng tôi thấy không có dấu hiệu thần kinh xấu đi hay dấu hiệu đau hoặc tổn thương của rễ tương ứng. Điều này có thể cho rằng việc kiểm tra C-arm trong mổ chưa đầy đủ dẫn tới chưa kiểm soát được tình trạng bắt vít. Theo Jurgen Harms, cột trụ sau sẽ chịu khoảng 20% còn cột trước sẽ chịu 80% trọng lực. Do đó vị trí miếng ghép nhân tạo đóng vai trò quan trọng trong việc trả lại giải phẫu góc ưỡn vùng cột sống thắt lưng, nâng cao khoảng gian đĩa, tăng thể tích khối xương ghép và hạn chế các biểu hiện lâm sàng do chèn ép rễ, ngách bên. Nghiên cứu của chúng tôi 100% số lượng miếng ghép nhân tạo ở 2/3 trước thân đốt sống trượt ở mức tốt.

Các tai biến và biến chứng gần: Chúng tôi ghi nhận mặc dù trong mổ không có BN nào phải truyền máu nhưng sau mổ có 5 BN phải truyền máu bổ sung. Lý giải cho điều này chúng tôi cho rằng một số BN trong nhóm nghiên cứu có tuổi cao, sau mổ chưa hồi phục lượng máu trong cơ thể nên cần phải truyền máu bổ sung. Có 02 BN rối loạn cơ tròn phải đặt sonde tiểu hỗ trợ, sau 02 ngày đã rút được sonde tự đi tiểu tiện được, điều này có thể do biến chứng thuốc tiền mê.

Đánh giá kết quả xa sau mổ: Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu được mời, gửi thư mời khám lại và ghi nhận các thông số nghiên cứu tại thời điểm khám lại sau 06 tháng. 29 bệnh nhân khám lại sau 6 tháng, 1 bệnh nhân khám lại sau 1 tháng.

Cải thiện triệu chứng lâm sàng: Trước mổ VAS lưng trung bình $5,2 \pm 0,9$ điểm, VAS đau kiểu rễ $6,7 \pm 0,5$ điểm Khi đánh giá kết quả xa, VAS lưng trung bình $1,3 \pm 0,5$ điểm, VAS rễ trung

bình $0,3 \pm 0,4$ điểm ($p < 0,05$), nhiều BN hầu như có biểu hiện lâm sàng hoàn toàn bình thường. Sự cải thiện này có ý nghĩa thống kê, đánh giá kết quả điều trị. 4,4% BN có biểu hiện co cứng cơ cạnh sống; 6,7% BN còn rối loạn cảm giác; 10% BN còn yếu cổ bàn chân, teo cơ chưa cải thiện sau điều trị. Các trường hợp này có tiền sử trước mổ teo cơ và yếu cổ bàn chân, sau mổ đã được tập phục hồi chức năng tuy nhiên mức độ cải thiện triệu chứng chưa nhiều nên vẫn còn tình trạng yếu cổ bàn chân.

Đánh giá kết quả xa mức độ ODI chỉ còn ODI trung bình $18,9 \pm 11,01\%$ ($10 - 60\%$), ODI cao ở một số bệnh nhân yếu cổ bàn chân, teo cơ chưa hồi phục. Sự khác biệt so với thời điểm trước mổ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Chẩn đoán hình ảnh sau phẫu thuật

Chiều cao gian đốt sống trượt: Chiều cao gian đốt được khôi phục sau phẫu thuật trung bình $12,87 \pm 0,68\text{mm}$, khác biệt có ý nghĩa thống kê so với trước phẫu thuật ($p < 0,05$). So với thời điểm sau mổ không có sự khác biệt, cho thấy sự chắc chắn của khối xương ghép. Nghiên cứu của Herkowitz trên 50 BN được ghép xương liên thân đốt không sử dụng miếng ghép nhân tạo chiều cao đĩa đệm trước mổ $6,8\text{mm}$ theo dõi xa sau mổ chiều cao gian đốt chỉ còn $5,7\text{mm}$, tỷ lệ liền xương sau mổ là 77%, dẫn tới kết quả tốt sau mổ 44%, khá 52% và trung bình là 4% [7].

Độ liền xương: 100% BN được sử dụng dụng vật liệu ghép xương là miếng ghép nhân tạo và xương cung sau tự thân cắt nhỏ. Ngoài những ưu điểm có độ cứng thích hợp, đạt tỷ lệ liền xương cao, ghép xương cung sau cắt nhỏ còn nhiều ưu điểm như: tiện lợi không phải thêm vết phẫu thuật, không có biến chứng tại chỗ lấy xương, rút ngắn thời gian phẫu thuật, giảm lượng máu mất, giảm chi phí. Trên thực tế lựa chọn phương pháp phẫu thuật và vật liệu ghép phụ thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên, mức độ nặng của bệnh nhân, trang bị của cơ sở y tế. Tuy nhiên ghép xương liên thân đốt lồng vào phía sau có tỷ lệ liền xương và kết quả điều trị tốt nhất. Ghép xương liên thân đốt lồng vào phía sau cũng có những nhược điểm như sẹo dính quanh màng cứng, tổn thương rễ do vẹo quá mức. Hiện nay, xu hướng áp dụng kỹ thuật GXLTD qua lỗ liên hợp (TLIF) có thể hạn chế những nhược điểm trên. Những BN đã phẫu thuật nhiều lần, sẹo dính quanh màng cứng là một khó khăn cho việc lựa chọn GXLTD từ phía sau (PLIF). Tuy nhiên ở những BN có độ trượt lớn như độ III, IV thì vấn đề kết hợp TLIF và

PLIF lại có ưu thế thuận lợi cho việc giải ép và nắn chỉnh độ trượt. Do vậy hiện nay hầu hết các trung tâm phẫu thuật ở nước ta chủ yếu vẫn đang áp dụng kết hợp cả hai kỹ thuật này.

Đánh giá kết quả xa sau phẫu thuật với thời gian trung bình $6 \pm 0,2$ tháng dựa trên các tiêu chí về lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh có kết quả: 29/30 BN (96,7%) có kết quả điều trị tốt, 1/30 BN (3,3%) có kết quả điều trị khá. Đánh giá chung kết quả điều trị theo Macnab: 28/30 BN (93,3%) có kết quả điều trị tốt, 2/30 BN (6,7%) có kết quả điều trị khá. Những bệnh nhân kết quả điều trị khá một phần do có tổn thương thần kinh nặng ngay từ trước mổ.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu điều trị trượt đốt sống thắt lưng L4L5 bằng phương pháp phẫu thuật TLIF tại Bệnh viện Bạch Mai bước đầu cho kết quả tốt trong cải thiện triệu chứng lâm sàng, như cải thiện thang điểm VAS trong đau cột sống thắt lưng và đau kiểu rễ, cải thiện ODI cũng như 100% bệnh nhân đạt được sự nắn trượt hoàn toàn và liền xương ghép trên chẩn đoán hình ảnh. Tuy nhiên cần được triển khai nghiên cứu và phát triển thêm trong thời gian dài hơn nhằm đánh giá chức năng cột sống thắt lưng và hội chứng đĩa đệm liên kề.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hậu, P.T.,** *Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật bệnh trượt đốt sống thắt lưng do hở eo ở người trưởng thành*, in *Thư Viện Quốc gia*. 2006, Học Viện Quân y. p. 111.
2. **Nguyễn Vũ, H.K.T.,** *Chẩn đoán và kết quả phẫu thuật trượt đốt sống thắt lưng bằng cố định qua cuống kèm hàn xương liên thân đốt tại bệnh viện Việt Đức*. Y học Thực Hành, 2010. **733+734**(377-383).
3. **Bridwell, K.H., et al.,** *The role of fusion and instrumentation in the treatment of degenerative spondylolisthesis with spinal stenosis*. J Spinal Disord, 1993. **6**(6): p. 461-72.
4. **McAfee, P.C., et al.,** *The indications for interbody fusion cages in the treatment of spondylolisthesis: analysis of 120 cases*. Spine (Phila Pa 1976), 2005. **30**(6 Suppl): p. S60-5.
5. **Lonstein, J.E., et al.,** *Complications associated with pedicle screws*. J Bone Joint Surg Am, 1999. **81**(11): p. 1519-28.
6. **Macnab, I.,** *Negative disc exploration. An analysis of the causes of nerve-root involvement in sixty-eight patients*. J Bone Joint Surg Am, 1971. **53**(5): p. 891-903.
7. **Herkowitz, H.N. and L.T. Kurz,** *Degenerative lumbar spondylolisthesis with spinal stenosis. A prospective study comparing decompression with decompression and intertransverse process arthrodesis*. J Bone Joint Surg Am, 1991. **73**(6): p. 802-8.

THỰC TRẠNG SUY DINH DƯỠNG TRẺ EM DƯỚI 5 TUỔI TẠI XÃ NGHI VĂN HUYỆN NGHI LỘC TỈNH NGHỆ AN NĂM 2017

Vũ Trung Kiên*, Ninh Thị Nhung*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ nhẹ cân, tỷ lệ gầy còm và tỷ lệ thấp còi ở trẻ em dưới 5 tuổi tại xã Nghi Văn huyện Nghi Lộc tỉnh Nghệ An năm 2017. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu dịch tễ học mô tả. **Kết quả:** Tỷ lệ trẻ SDD thể nhẹ cân là 14,8% trong đó nam là 14,2%, nữ là 15,4%. Tỷ lệ trẻ SDD thấp còi là 20,6%, trong đó nam là 19,9%, nữ là 21,3%. Tỷ lệ trẻ SDD thể gầy còm là 5,7%, trong đó nam là 6,1%, nữ là 5,0%. Về tỷ lệ trẻ SDD ở các thể tăng dần theo nhóm tuổi.

Từ khóa: Nhẹ cân; Gầy còm; Thấp còi; Trẻ em dưới 5 tuổi.

SUMMARY

THE SITUATION OF MALNUTRITION OF THE CHILDREN UNDER 5 YEARS OF AGE IN NGHI VAN COMMUNE, NGHI LOC DISTRICT, NGHE AN PROVINCE IN 2017

Objectives: Determining the percentage of malnutrition of children under 5 years of age in Nghi Van commune, Nghi Loc district, Nghe An province in 2017. **Methods:** The descriptive epidemiology method. **Results:** The percentage of underweight children is 14.8%, in which male and female were 14.2% and 15.4%, respectively. The percentage of stunting children was 20.6%, in which male and female were 19.9% and 21.3%, respectively. The prevalence of poverty was 5.7%.

Key words: Light weight; Hang out; Stunting; Children under 5 years of age.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng (SDD) ở trẻ em hiện nay đang là vấn đề sức khỏe cộng đồng đáng được quan tâm ở rất nhiều quốc gia trên thế giới, đặc biệt là ở các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), qua nghiên cứu 1,6 triệu trường hợp tử vong ở trẻ em tại các nước đang phát triển năm 1996 cho thấy: có tới 53% các trường hợp tử vong có liên quan tới tình trạng SDD và nếu gộp cả SDD với các bệnh thông thường như tiêu chảy, viêm phổi, sốt rét,... thì tỷ lệ này là 74% [2].

Ở Việt Nam, với những thành tựu trong công tác phòng chống SDD trẻ em vài thập kỷ qua, tỷ

lệ SDD trẻ em ở thể nhẹ cân (cân nặng/tuổi) đã giảm từ 51,5% (1985) xuống còn 14.1% (2015) [2]. Tuy nhiên, theo nhận định của Viện Dinh Dưỡng Quốc Gia, việc giảm tỷ lệ SDD trẻ em ở nước ta chưa thực sự bền vững. Bên cạnh đó, vấn đề SDD trẻ em ở thể thấp còi (chiều cao/tuổi) vẫn còn đang ở mức rất cao 26,4 % [1]. Việc giảm tỷ lệ SDD trẻ em ở thể thấp còi nhằm nâng cao tầm vóc người Việt Nam là vấn đề rất khó khăn và cần được quan tâm đúng mức hơn.

Tại tỉnh Nghệ An, công tác phòng chống SDD trẻ em đã được triển khai và đạt được những kết quả đáng kể, tỷ lệ SDD trẻ em ở thể nhẹ cân đã giảm từ 45.9% (1999) xuống còn 16.8% (2016) [7], chiều cao/cân nặng 28,5 % (2016). Tuy nhiên, tỷ lệ SDD trẻ em giảm không đồng đều giữa các địa bàn, đặc biệt là ở các xã vùng sâu, vùng cao vẫn còn ở mức rất cao. Với mục đích tìm hiểu rõ hơn về thực trạng SDD trẻ em chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: *Xác định tỷ lệ nhẹ cân, tỷ lệ gầy còm và tỷ lệ thấp còi ở trẻ em dưới 5 tuổi tại xã Nghi Văn huyện Nghi Lộc tỉnh Nghệ An năm 2017.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng và địa bàn nghiên cứu: Là trẻ em dưới 5 tuổi tại Xã Nghi Văn - huyện Nghi Lộc - tỉnh Nghệ An.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 5/2017 đến tháng 9/2017.

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

Cỡ mẫu nghiên cứu: Thay vào công thức tính cỡ mẫu cho 1 tỷ lệ được cỡ mẫu là 934 trẻ em.

Phương pháp chọn mẫu

Lập danh sách toàn bộ trẻ em dưới 5 tuổi đang sinh sống tại xã nghi Văn theo đúng tiêu chuẩn chọn mẫu để chọn vào nghiên cứu đánh giá tình trạng dinh dưỡng.

Các kỹ thuật áp dụng trong nghiên cứu

- **Tính nhóm tuổi:** *Sử dụng cách tính tuổi của WHO đang sử dụng ở Việt Nam*

- **Kỹ thuật cân**

- **Kỹ thuật đo chiều cao:** Xác định chiều dài nằm của trẻ dưới 24 tháng tuổi và chiều cao đứng của trẻ trên 24 tháng.

Phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở trẻ em: Sử dụng các số đo nhân trắc

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Trung Kiên
Email: vutruongkien_orl@yahoo.com
Ngày nhận bài: 18.2.2018
Ngày phản biện khoa học: 30.3.2018
Ngày duyệt bài: 11.4.2018

đinh dưỡng và phân loại trẻ em theo WHO 2007 với các chỉ số: Cân nặng theo tuổi (CN/T) (Weight for Age: W/A), Chiều cao theo tuổi (CC/T) (Height for Age: H/A), cân nặng theo chiều cao (CN/CC) (Weight for Height: W/H).

+ Trẻ em nhẹ cân: khi CN/T < - 2 SD

+ Trẻ em thấp còi là trẻ em có CC/T < - 2SD

+ Trẻ em gầy còm là trẻ em có CN/CC < -2SD

+ Trẻ thừa cân béo phì là trẻ có CN/CC > + 2SD

Phương pháp xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm Anthro 2005 4.0 để phân tích số liệu nhân trắc, so sánh với quần thể tham khảo của WHO.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Đặc điểm trẻ tham gia nghiên cứu theo nhóm tuổi và giới tính

STT	Tháng tuổi	Nam		Nữ		Chung	
		n	%	n	%	n	%
1	< 6 tháng	37	7,7	33	7,2	70	7,5
2	6 - 12 tháng	50	10,5	48	10,5	98	10,5
3	13 - 24 tháng	96	20,1	89	19,5	185	19,8
4	25 - 36 tháng	104	21,8	92	20,2	196	21,0
5	37- 48 tháng	100	20,9	95	20,8	195	20,9
6	49- 60 tháng	91	19,0	99	21,7	190	20,3
	Tổng	478	51,2	456	48,8	934	100

Trong số 934 trẻ được cân đo, có sự chênh lệch giữa trẻ nam và trẻ nữ, trẻ trai chiếm tỷ lệ nhiều hơn trẻ gái (51,2% và 48,8%). Sự phân bố các đối tượng nghiên cứu tương đối đồng đều ở các nhóm tuổi 25-36 tháng; 37-48 tháng; 49-60 tháng. Thấp hơn ở nhóm 0 -12 tháng và 13-24 tháng.

Bảng 3. 2. Phân bố tình trạng dinh dưỡng của trẻ theo giới tính

Giới tính	Các thể SDD		Thấp còi		Nhẹ cân	
	SL	Tỷ lệ(%)	SL	Tỷ lệ(%)	SL	Tỷ lệ(%)
Nam (n= 478)	29	6,1	95	19,9	68	14,2
Nữ (n= 456)	23	5,0	97	21,3	70	15,4
Chung (n=934)	52	5,7	192	20,6	138	14,8
p	P>0,05					

Có sự khác nhau theo giới tính về phân bố tình trạng dinh dưỡng của trẻ: thể nhẹ cân và thấp còi ở trẻ nữ chiếm tỷ lệ cao hơn là 15,4% và 21,3% còn ở nam chỉ chiếm 14,2% và 19,9%, tỷ lệ suy dinh dưỡng thể gầy còm trẻ nữ cao hơn trẻ nam (0,6% – 0,5%). Tuy nhiên sự khác nhau này không có ý nghĩa thống kê với p> 0,05.

Bảng 3.3. Phân bố Tình trạng của trẻ em theo nhóm tuổi

TT	Tháng tuổi	n	Gầy còm		Thấp còi		Nhẹ cân	
			SL	Tỷ lệ(%)	SL	Tỷ lệ(%)	SL	Tỷ lệ(%)
1	< 6 tháng	70	0	0	9	12,9	6	8,6
2	6 - 12 tháng	98	2	2,0	21	21,4	11	11,2
3	13 - 24 tháng	185	4	2,2	53	28,6	31	16,7
4	25-36 tháng	196	11	5,6	47	24,0	34	17,3
5	37 - 48 tháng	195	19	9,7	34	17,4	24	12,3
6	49 -60 tháng	190	16	8,4	28	14,7	32	16,8
	Tổng	934	52	5,7	192	20,6	138	14,8

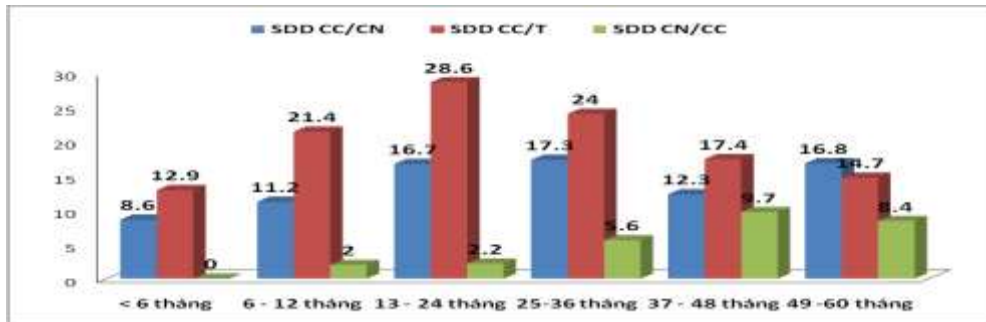
Theo nhóm tuổi: Tỷ lệ SDD ở trẻ dưới 6 tháng tuổi là thấp nhất đối với cả 3 thể (nhẹ cân, thấp còi và gầy còm), sau đó SDD tăng dần. Thời kì trẻ 11-36 tháng là thời kì có nguy cơ bị SDD cao nhất. SDD thể nhẹ cân cao nhất ở lứa tuổi 25-36 tháng; thể thấp còi cao nhất ở lứa tuổi 13-24 tháng; và thể gầy còm cao nhất ở lứa tuổi 37-48 tháng.

Tỷ lệ SDD ở trẻ em thể nhẹ cân (cân nặng/ tuổi) ở mức thấp (14,8%), (<20). Tỷ lệ SDD trẻ em ở thể thấp còi (chiều cao/ tuổi) ở mức cao (20,6%) và thể gầy còm (cân nặng/ chiều cao) ở mức trung bình (5,7%). Tỷ lệ SDD trẻ em phân bố ở các nhóm tuổi, SDD trẻ em ở thể nhẹ cân chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm tuổi 25-36 tháng

(17,3%), trong khi tỷ lệ SDD trẻ em ở thể thấp còi lại chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm 13 - 24 tháng (28,6), tỷ lệ SDD trẻ em ở thể gầy còm cao nhất ở nhóm 37 - 48 tháng tuổi (9,7%).

Tỷ lệ SDD ở thể Gầy còm ở độ tuổi dưới 6 tháng không xuất hiện, từ nhóm tuổi trên 6 tháng tuổi bắt đầu xuất hiện và cao nhất ở nhóm tuổi 37- 48 tháng (9,7%), sau đó có chiều hướng giảm ở nhóm tuổi 49-60 tháng (8,4%); tỷ lệ SDD ở trẻ em thể Nhẹ cân thấp nhất ở nhóm tuổi dưới 6 tháng tuổi (8,6%), và tăng dần cao nhất ở nhóm tuổi 25-36 tháng (17,3%), giảm ở nhóm tuổi 37-48 tháng (12,3%) và có chiều hướng tăng dần ở nhóm tuổi từ 49 – 60 tháng (16,8%);

tỷ lệ SDD trẻ em ở thể Thấp còi thấp nhất ở nhóm tuổi dưới 6 tháng tuổi (12,9%), cao nhất ở nhóm tuổi 13-24 tháng (28,6%), sau đó giảm dần và ở nhóm tuổi 49-60 tháng tuổi ở mức 14,7%).



Biểu đồ 3.1: Phân bố các thể SDD theo nhóm tuổi

Bảng 3. 4. Tỷ lệ % SDD thể nhẹ cân theo nhóm tuổi và giới tính

Tháng tuổi	Nam			Nữ		
	n	SL	%	n	SL	%
< 6 tháng	37	2	5,4	33	4	12,1
6 - 12 tháng	50	4	8,0	48	7	14,6
13 - 24 tháng	96	14	14,6	89	17	19,1
25-36 tháng	104	18	17,3	92	16	17,4
37 - 48 tháng	100	11	11,0	95	13	13,7
49 -60 tháng	91	19	20,9	99	13	13,1
Tổng	478	68	14,2	456	70	15,4

Qua bảng ta thấy có sự phân bố khác nhau giữa các nhóm tuổi ở thể nhẹ cân, tỷ lệ SDD ở nhóm tuổi từ 13-36 tháng tiếp đó là nhóm tuổi từ 37 – 60 tháng.

Bảng 3. 5. Tỷ lệ % SDD thể Gầy còm theo nhóm tuổi và giới tính

Tháng tuổi	Nam			Nữ		
	n	SL	%	n	SL	%
< 6 tháng	37	0	-	33	0	-
6 - 12 tháng	50	0	-	48	2	4,7
13 - 24 tháng	96	1	1,0	89	3	3,4
25-36 tháng	104	8	7,7	92	3	3,3
37 - 48 tháng	100	11	11,0	95	8	8,4
49 -60 tháng	91	9	9,9	99	7	7,1
Tổng	478	29	6,1	456	23	5,0

Có sự khác nhau về phân bố tỷ lệ SDD thể gầy còm theo nhóm tuổi: nhóm tuổi từ 25 đến 36 tháng tuổi, từ 37 đến 48 tháng và từ 49 đến 60 tháng cao hơn có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.6. Tỷ lệ % SDD thể Thấp còi theo nhóm tuổi và giới tính

Tháng tuổi	Nam			Nữ		
	n	SL	%	n	SL	%
< 6 tháng	37	4	10,8	33	5	15,2
6 - 12 tháng	50	12	24,0	48	9	18,8
13 - 24 tháng	96	21	21,9	89	32	36,0
25-36 tháng	104	27	26,0	92	20	21,7
37 - 48 tháng	100	19	19,0	95	15	15,8
49 -60 tháng	91	12	13,2	99	16	16,2
Tổng	478	95	19,9	456	97	21,3

Có sự khác nhau về phân bố tỷ lệ SDD thể thấp còi theo nhóm tuổi: nhóm tuổi từ 13 đến 24 tháng tuổi, từ 25 đến 36 tháng và từ 49 đến 60 tháng cao hơn.

IV. BÀN LUẬN

Trong nhóm đối tượng nghiên cứu là trẻ dưới 5 tuổi, trẻ trai chiếm tỷ lệ nhiều hơn trẻ gái (51,2% và 48,8%). Sự phân bố các đối tượng

ngiên cứu tương đối đồng đều, tuy nhiên nhóm tuổi từ 0-12 tháng và 13-24 tháng chiếm tỷ lệ thấp hơn (Bảng 3.1).

Tỷ lệ SDD theo giới tính trẻ nam và trẻ nữ ở

các thể không có sự chênh lệch quá lớn, ở thể nhẹ cân và thể thấp còi tỷ lệ trẻ nữ cao hơn trẻ nam (15,5%-21,3%) và (14,2%- 19,9%), nhưng ở thể gầy còm thì trẻ nam cao hơn trẻ nữ (0,6% - 0,5%). Nghiên cứu của chúng tôi thấy chưa có mối liên quan giữa giới tính trẻ với tình trạng dinh dưỡng của trẻ ($p>0,05$). Đây cũng là nhận định trong các khảo sát của Nguyễn Thị Hải Anh, Lê Thị Hợp và cộng sự tại tỉnh Lào Cai [1]. (Bảng 3.2).

Số liệu (Bảng 3.3) cho thấy thể gầy còm, trẻ ở nhóm tuổi dưới 6 tháng không xuất hiện, nhưng tăng dần từ nhóm tuổi trên 6 tháng tuổi và cao nhất ở nhóm tuổi từ 37-48 tháng (9,7%); tỷ lệ SDD thể thấp còi trẻ em đều xuất hiện ở tất cả các nhóm tuổi song tăng nhanh từ nhóm tuổi 13-24 tháng và là độ tuổi cao nhất (28,6%) và bắt đầu giảm dần; tỷ lệ SDD thể nhẹ cân cũng xuất hiện ở tất cả các nhóm trẻ song cao nhất là ở nhóm trẻ từ độ tuổi 13- 36 tháng (16,7 – 17,3%), sau đó giảm ở độ tuổi 37–48 tháng (12,3%), nhưng lại tiếp tục tăng ở nhóm 49-60 tháng (16,8%). Kết quả điều tra của Trần Văn Hà, Phạm Văn Phú, Phạm Duy Tường tại xã Việt Long và Phù Ninh, Sóc Sơn, Hà Nội cũng thấy sự khác biệt SDD theo nhóm tuổi có ý nghĩa thống kê ở cả 2 thể nhẹ cân và thấp còi; trong đó trẻ nhẹ cân cao nhất ở nhóm 48-59 tháng; còn trẻ thấp còi cao nhất ở nhóm 36-48 tháng tuổi.

Tỷ lệ SDD thể nhẹ cân theo nhóm tuổi qua (Bảng 3.4) cho thấy ở nhóm tuổi dưới 12 tháng tuổi có sự khác biệt về tỷ lệ SDD giữa trẻ nam và trẻ nữ, trẻ nữ có tỷ lệ cao hơn, và tăng dần ở các nhóm tuổi từ 13-36 tháng; giảm dần từ độ tuổi 37-60 tháng tuổi đối với cả trẻ nam và trẻ nữ. Tỷ lệ SDD thể nhẹ cân của trẻ em dưới 5 tuổi tại xã Nghi Văn ở mức (14,8). Theo phân loại của WHO thì xã Nghi Văn có tỷ lệ SDD trẻ em ở mức thấp (<20%). Tuy nhiên, số trẻ thực tế SDD ở thể này tại Nghi Văn là 138 trẻ. Tỷ lệ SDD ở Nghi Văn thấp hơn so với tỷ lệ SDD trẻ em trong phạm vi toàn tỉnh Nghệ An năm 2016 (16,8%) và cao hơn so với toàn huyện Nghi Lộc năm 2016 (14%). Nếu so sánh với tỷ lệ SDD trẻ em dưới 5 tuổi ở khu vực miền núi thì tỷ lệ SDD trẻ em ở xã Nghi Văn đã giảm khá nhiều so với các nghiên cứu trước đây. Tuy nhiên, nếu so sánh với khu vực đồng bằng thì nghiên cứu của Nguyễn Thị Vũ Thành ở Sơn Đồng, Hoài Đức, Hà Tây từ năm 2005 cho thấy kết quả là 26,83% (cũng ở mức trung bình) [6].

Chỉ số này cho thấy trẻ vừa bị thiếu cân nặng lại thiếu chiều cao, qua (Bảng 3.5) cho thấy tỷ lệ SDD thể gầy còm ở nhóm tuổi dưới 12 tháng tần suất xuất hiện ít chỉ có 02 trẻ nữ ở nhóm tuổi

này; sang nhóm tuổi từ 13-48 tháng ở trẻ nam tần suất xuất hiện càng cao; trong khi đó ở trẻ nữ cao nhất là ở nhóm tuổi 37-48 tháng. Sau đó đều có sự giảm dần ở cả hai giới của trẻ. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ SDD thể gầy còm ở Nghi Văn là 5,7% (bảng 3.3), kết quả này cho thấy tương đương số liệu của Viện dinh dưỡng Trung ương năm 2015 Nghệ An là 5,6%. Theo phân loại của WHO thì tỷ lệ SDD cân nặng theo chiều cao của Nghi Văn năm 2016 là ở mức trung bình. So với tỷ lệ SDD cân nặng theo chiều cao của toàn quốc năm 2010 (8,2%) và kết quả nghiên cứu tại của Nguyễn Kim Dung thực hiện tại xã Phùng Hưng, huyện Khoái Châu, Hưng Yên năm 2013 (5,9%) và nghiên cứu của Nguyễn Thị Vũ Thành tại Sơn Đồng, Hoài Đức, Hà Tây năm 2013 (9,59%)[6]... thì tỷ lệ này của Nghi Văn là đáp ứng tình trạng chung của cả nước.

Chiều cao là thước đo về tiền sử phát triển của trẻ. Một đứa trẻ bị thiếu chiều cao so với tuổi chứng tỏ trước đây nó bị thiếu dinh dưỡng thường xuyên và thường xảy ra ở các quần thể cư dân thiếu ăn kéo dài gây nên SDD mạn tính. Qua (Bảng 3.6) cho thấy tỷ lệ SDD thể Thấp còi xuất hiện ở tất cả các nhóm tuổi và có sự tăng dần cao nhất ở trẻ nam là nhóm tuổi 25 – 36 tháng (28,4%), còn ở trẻ nữ cao nhất ở nhóm tuổi từ 13 -24 tháng tuổi (33,0%) Ở thời kỳ này, trẻ em trong giai đoạn ăn sam và bắt đầu chuyển sang chế độ ăn như người lớn. Do vậy, nguy cơ bị nhiễm bệnh qua môi trường, ăn uống của trẻ em tăng lên, hơn nữa việc chăm sóc dinh dưỡng cũng bị hạn chế hơn và nguồn cung cấp các chất dinh dưỡng từ nguồn ăn bổ sung không đủ về lượng và chất so với thời kỳ trước, sau đó cả hai giới đều giảm tuy nhiên trẻ nam có sự giảm rõ rệt hơn (12,7%) so với trẻ nữ (16,5%) ở nhóm tuổi 49 – 60 tháng tuổi. Kết quả khảo sát cho thấy tỷ lệ SDD thể thấp còi của trẻ em dưới 5 tuổi tại Nghi Văn, theo phân loại của WHO thì tỷ lệ SDD chiều cao theo tuổi của xã Nghi Văn năm 2016 là ở mức cao (20,6%) (Bảng 3.3). Kết quả này thấp hơn cả kết quả công bố về tỷ lệ SDD chiều cao theo tuổi năm 2016 trên phạm vi toàn tỉnh Nghệ An (28,5%), thấp hơn kết quả khảo sát tại Mỹ Hoà, Tân Lạc năm 2007 (32,2%) [5] và cao hơn rất nhiều ở Sơn Đồng, Hoài Đức, Hà Tây năm 2005 (17,4%) [6].

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ trẻ SDD thể nhẹ cân là 14,8% trong đó nam là 14,2%, nữ là 15,4%.
- Tỷ lệ trẻ SDD thấp còi là 20,6%, trong đó nam là 19,9%, nữ là 21,3%.

- Tỷ lệ trẻ SDD thể gầy còm là 5,7%, trong đó nam là 6,1%, nữ là 5,0%.
- Về tỷ lệ trẻ SDD ở các thể tăng dần theo nhóm tuổi.

KIẾN NGHỊ

Cần đa dạng hóa các loại hình truyền thông nâng cao kiến thức và thực hành chăm sóc trẻ cho các bà mẹ có con dưới 5 tuổi nhằm cải thiện tình trạng dinh dưỡng cho trẻ em tại xã Nghi Văn nói riêng và người Việt Nam nói chung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Hải Anh, Lê Thị Hợp và cộng sự** (2006), "Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan đến suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi tỉnh Lào Cai năm 2005", Tạp chí Dinh Dưỡng và Thực Phẩm số 3 + 4, tháng 11 năm 2006, Hội nghị khoa học Hội Dinh Dưỡng Việt Nam lần thứ 3 năm 2006.
2. **Bộ Y tế** (2007), "Chương trình phòng chống SDD trẻ em năm 2007", Tổ thư ký Chương trình Phòng chống Suy dinh dưỡng trẻ em, 48 Tầng Bạt Hồ, Hà Nội.
3. **Nguyễn Kim Dung** (2004), "Thực trạng suy dinh dưỡng ở trẻ dưới 5 tuổi và một số yếu tố liên quan đến tình trạng đó tại xã Phùng Hưng, huyện Khoái Châu, Hưng Yên năm 2004", Đề tài thực địa giai đoạn 1, khóa cao học 7, Trường Đại học Y tế Công cộng Hà Nội, năm 2004.
4. **Nguyễn Thị Như Hoa** (2011), "Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của trẻ em dưới 5 tuổi huyện Yên Thủy tỉnh Hòa Bình", Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ y khoa, Đại học Y Hà Nội,
5. **Ngô Thị Phương** (2007), "Thực trạng dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi và kiến thức, thực hành về chăm sóc trẻ của bà mẹ tại xã Mỹ Hòa, huyện Tân Lạc, tỉnh Hòa Bình", Luận văn chuyên khoa I Trường đại học y tế công cộng
6. **Nguyễn Thị Vũ Thành** (2005), "Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng suy dinh dưỡng ở trẻ em dưới 5 tuổi tại xã Sơn Đông, huyện Hoài Đức, Hà Tây, năm 2005". Luận văn tốt nghiệp Thạc sỹ Y tế cộng đồng Trường Đại học Y tế Công Cộng năm 2005.
7. **Trung tâm CSSKSS tỉnh Nghệ An** "Báo cáo tổng kết công tác PCSDDTE năm 2016 triển khai kế hoạch năm 2017".

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG KHÁNG MỘT SỐ DÒNG TẾ BÀO UNG THƯ CỦA ALTRETAMIN TỔNG HỢP TẠI VIỆT NAM

Phạm Thị Mận¹, Nguyễn Sơn Nam², Vũ Bình Dương³

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu tác dụng kháng tế bào ung thư vú, ung thư biểu mô phế nang A549, tế bào ung thư buồng trứng Ovar-3 của Altretamin trong invitro. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** đánh giá tác dụng ức chế sự phát triển của tế bào ung thư của altretamin tổng hợp trên các dòng tế bào T-47D, A549, Ovarc bằng thử nghiệm Trypan Blue. Đánh giá tác dụng kháng các dòng tế bào ung thư T-47D, A549, Ovar-3 của altretamin bằng thử nghiệm MTT. **Kết quả:** Thử nghiệm Trypan Blue, tỷ lệ tế bào ung thư chết và tổng số tế bào ở các giếng nuôi tế bào giữa sử dụng chất thử Altretamin tổng hợp ở các nồng độ 10 µg/ml, 5 µg/ml và 1 µg/ml, 0,5 µg/ml và Doxorubicin 10 µg/ml không có sự khác biệt ($p > 0,05$). Thử nghiệm MTT cho thấy Altretamin tổng hợp ức chế sự phát triển của tế bào ung thư vú ở thời điểm 72 giờ với nồng độ 10 µg/ml, 5 µg/ml ($p < 0,05$); tế bào ung thư biểu mô phế nang dòng A549 ở thời điểm 24 giờ với nồng độ 10 µg/ml, thời điểm 48 giờ và 72 giờ với các nồng độ 10 µg/ml, 5 µg/ml và 1 µg/ml, 0,5 µg/ml ($p < 0,05$). Tác dụng gây đứt gãy DNA tế bào ung thư

với các dòng với các dòng tế bào T-47D, A549, Ovarc của Altretamin không có sự khác biệt với nhóm chứng. **Kết luận:** Altretamin có tác dụng kháng tế bào ung thư tương đương với Doxorubicin; Altretamin ức chế sự phát triển và tác dụng gây đứt gãy DNA tế bào ung thư với các dòng với các dòng tế bào T-47D, A549, Ovarc trên thực nghiệm invitro.

Từ khóa: Altretamin tổng hợp, ức chế tế bào ung thư trên invitro

SUMMARY

TO EVALUATE RESISTANCE EFFECT WITH SOME CANCER CELLS OF SYNTHESIZED ALTRETAMINE IN VIET NAM

Objectives: To study resistance effect of Altretamine with breast cancer cells, A549 alveolar carcinoma cells, and Ovar-3 cancer cells in invitro.

Subject and method: To evaluate resistance effect of synthesized Altretamine with evolution of T-47D, A549, Ovarc cells by Trypan Blue trial. To evaluate resistance effect of altretamine with T-47D, A549, Ovar-3 tumor cells by MTT trial. **Results:** The Trypan Blue trial, the rate of death cancer cells and the total number of cells in the cell culture wells were not significantly different ($p > 0.05$) between the synthesized Altretamine reagents with concentrations of 10 µg/ml, 5 µg/ml and 1 µg/ml, 5 µg/ml and Doxorubicin 10 µg/ml). The MTT trial showed that synthetic altretamine inhibited the evolution of breast cancer cells at 72 hours with concentration of 10 µg/ml, 5 µg/ml ($p < 0.05$); of A549 alveolar epithelial

¹Bệnh viện lão khoa Trung ương

²Bệnh viện TW Quân đội 108

³Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Bình Dương

Email: vbduong2978@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 29.3.2018

Ngày duyệt bài: 5.4.2018

carcinoma cells at time 24h with concentration of 10µg/ml, 48h and 72h with concentration of 10µg/ml, 5µg/ml and 1µg/ml, 5µg/ml ($p < 0.05$). The effect of cancer cell DNA fracture with T-47D, A549 Ovarc cells, were not significantly different ($p > 0.05$) between the synthesized Altretamine and control group.

Conclusion: Altretamine has anti-cancer cells were equivalent to Doxorubicin; Altretamine inhibited the evolution and cancer cell DNA fracture with T-47D, A549, Ovarc cells in vitro experiments.

Key words: Synthesized Altretamine, inhibit cancer cells in invitro

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong khoảng 50 năm trở lại đây, ung thư là bệnh gây tử vong xếp thứ hai, sau các bệnh tim mạch. Hơn 70% tử vong do ung thư là ở các nước thu nhập thấp và trung bình, nơi các nguồn lực dành cho phòng chống, chẩn đoán, điều trị ung thư còn hạn chế. Theo thống kê của WHO, năm 2016, số trường hợp ung thư mới (tỷ lệ mắc bệnh ung thư) là 454,8 trên 100.000 người, số người chết vì ung thư là 171,2/100.000 người. Tỷ lệ tử vong do ung thư cao hơn ở nam giới so với phụ nữ (207,9 trên 100.000 nam giới và 145,4 trên 100.000 phụ nữ). Tỷ lệ mắc ung thư cao nhất ở đàn ông Mỹ gốc Phi (261,5/100.000) và thấp nhất ở phụ nữ châu Á - Thái Bình Dương (91,2/100.000), (số liệu thống kê năm 2008-2012). Số người sống vượt mức chẩn đoán ung thư đã đạt gần 14,5 triệu trong năm 2014 và dự kiến sẽ tăng lên gần 19 triệu vào năm 2024. Ở Việt Nam, năm 2008 có 111.581 ca mắc mới bệnh ung thư.

Altretamin là thuốc được sử dụng phổ biến trong điều trị ung thư vú, ung thư phổi và ung thư buồng trứng. Loại thuốc này hiện đang được sử dụng điều trị ung thư với biệt dược như: Hexastat (Pháp), Hexinawas (Tây Ban Nha), Altrenamin (Mỹ)...[2]. Cũng giống như các thuốc điều trị ung thư khác, altretamin hầu hết phải nhập ngoại với giá thành cao. Từ năm 2014, Học viện Quân y đã nghiên cứu thành công quy trình tổng hợp altretamin [1], để sản phẩm có thể được ứng dụng trong điều trị thực tế cần có các nghiên cứu về tính an toàn cũng như tác dụng kháng ung thư. Bài báo này chúng tôi thông báo kết quả đánh giá tác dụng kháng một số dòng tế bào ung thư của altretamin tổng hợp được.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, vật liệu nghiên cứu

2.1.1. Chế phẩm nghiên cứu: Altretamin do Trung tâm Nghiên cứu ứng dụng sản xuất thuốc Học viện Quân y tổng hợp đạt tiêu chuẩn Dược điển Mỹ 34.

2.1.2. Vật liệu nghiên cứu: Các dòng tế bào ung thư T-47D, A549, Ovarc-3 được cung cấp bởi Nexcelom Bioscience, được nuôi cấy và thử nghiệm tại Khoa Sinh lý bệnh – Học viện Quân y.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu đánh giá tác dụng kháng tế bào ung thư vú, ung thư buồng trứng, ung thư phổi người in vitro của altretamin.

2.2.1. Kỹ thuật nuôi cấy tế bào ung thư người

Các dòng tế bào ung thư T-47D, A549, Ovarc-3 được nuôi cấy trên đĩa nuôi cấy tế bào đường kính 10 cm bằng môi trường nuôi cấy tương ứng là RPMI, có bổ sung 10% FBS và 1% Penicillin và Streptomycin. Sau mỗi 72 giờ, thay môi trường nuôi cấy cho đến khi tế bào mọc đủ số lượng (~80% diện tích bề mặt đĩa) thì cấy chuyển tế bào vào các đĩa petri hoặc vào đĩa 96 giếng để thực hiện các thử nghiệm Trypan Blue và MTT.

2.2.2. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu đánh giá tác dụng ức chế sự phát triển của tế bào ung thư của altretamin toàn phần trên các dòng tế bào T-47D, A549, Ovarc bằng thử nghiệm Trypan Blue. Đánh giá tác dụng kháng các dòng tế bào ung thư T-47D, A549, Ovarc-3 của altretamine bằng thử nghiệm MTT.

2.2.3. Đánh giá tác dụng gây đứt gãy DNA tế bào ung thư: Các tế bào được chia thành các giếng ủ với altretamin 10µ/ml và được đánh giá sau 48h ủ. Tách chiết và tinh sạch DNA tổng số theo qui trình hướng dẫn của nhà sản xuất (kit QIA Amp DNA Mini Kit, QIAGEN, Cộng hòa Liên bang Đức). Mẫu tế bào sau khi nghiền kỹ, hòa tan trong 200 µl PBS. Tiếp tục tách DNA theo qui trình tóm tắt như sau:

1) Cho 20µl Protease K vào ống eppendorf 1,5ml. Sau đó cho 200µl dung dịch nghiền mẫu.

2) Cho 200µl đệm AL vào mẫu sau đó lắc trộn trong 15 giây.

3) Ủ ở nhiệt độ 56°C trong 1-3h, ly tâm ngắn.

4) Cho 200µl cồn tuyệt đối vào mẫu, lắc 15 giây, ly tâm 15 giây.

5) Chuyển toàn bộ sang cột lọc và đựng trong ống đi kèm. Ly tâm 8000vòng/phút trong 1 phút, bỏ dịch lọc và giữ lại cột.

6) Cho 500µl đệm AW1 để rửa cột. Ly tâm 8000 vòng/phút trong 1 phút sau đó bỏ dịch lọc và giữ lại cột.

7) Cho 500µl đệm AW2. Ly tâm 14000 vòng/phút trong 3 phút sau đó bỏ dịch lọc, giữ lại cột. Tiếp tục ly tâm 14000 vòng/phút trong 1 phút.

8) Chuyển cột sang một ống eppendorf 1.5 ml vô trùng. Sau đó thêm 200µl đệm AE hoặc nước cất khử ion. Ủ nhiệt độ phòng trong 1 phút rồi ly

tâm 8000 vòng/phút trong 1 phút.

9) Thu DNA trong ống và bảo quản ở - 20°C. Đo nồng độ DNA.

Điện di sản phẩm DNA trên Agarose gel 1,5%.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Tác dụng kháng tế bào ung thư vú người của nguyên liệu Altretamin tổng hợp tại Việt Nam

3.1.1. Kết quả thử nghiệm trypan Blue của nguyên liệu Altretamin tổng hợp trên dòng tế bào ung thư vú

Bảng 3.1. Kết quả thử nghiệm Trypan Blue trên dòng tế bào T-47D

Nhóm	Số tế bào chết	Tổng số tế bào	p
Chứng	25	398	p > 0,05
Doxorubicin 10 µg/ml	27	387	
Altretamine 10 µg/ml	32	401	
Altretamine 5 µg/ml	29	412	
Altretamine 1 µg/ml	25	407	
Altretamine 0,5 µg/ml	29	385	

Kết quả thử nghiệm Trypan Blue cho thấy nguyên liệu Altretamin tổng hợp ở các nồng độ nghiên cứu khác nhau và Doxorubicin 10 µg/ml không gây độc trực tiếp đối với tế bào T-47D. Biểu hiện, tỷ lệ tế bào chết và tổng số tế bào giữa các giếng nuôi cấy sử dụng dịch nguyên liệu Altretamin tổng hợp ở các nồng độ khác nhau và Doxorubicin 10µg/ml không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với chứng (p > 0,05).

3.1.2. Kết quả thử nghiệm MTT của nguyên liệu Altretamine tổng hợp trên dòng tế bào ung thư vú

Kết quả nghiên cứu tác dụng kháng tế bào ung thư vú người dòng T-47D của nguyên liệu Altretamin tổng hợp được xác định ở các thời điểm sau 24 giờ, 48 giờ và 72 giờ.

Bảng 3.2. Kết quả thử nghiệm MTT trên dòng tế bào T-47D thời điểm 24 giờ

Nhóm	Tỷ lệ tế bào sống (%)	p
Chứng (0)	100	
Doxorubicin 10 µg/ml (1)	84,47± 11,95	p ₁₋₀ < 0,05
Altretamin 10 µg/ml (2)	87,23± 11,65	p ₂₋₀ > 0,05
Altretamine 5 µg/ml (3)	86,89± 17,22	p ₃₋₀ > 0,05

Altretamin 1 µg/ml (4)	87,95± 12,52	p ₄₋₀ > 0,05
Altretamin 0,5 µg/ml (5)	94,73± 9,08	p ₅₋₀ > 0,05
P	p > 0,05	

Quan sát dưới kính hiển vi cho thấy thời điểm sau 24 giờ: những giếng tế bào trong môi trường có nguyên liệu Altretamin tổng hợp với các nồng độ khác nhau có số lượng tế bào ít hơn so với các giếng tế bào không dùng thuốc.

Thử nghiệm MTT cho thấy nguyên liệu Altretamin ở nồng độ càng cao thì số lượng tế bào ung thư sống sót càng giảm (mật độ quang chất màu giảm).

Liều ức chế 50% tế bào (IC₅₀) của nguyên liệu Altretamin tổng hợp trên dòng tế bào ung thư T-47D sau 24 giờ là: IC₅₀ = 75,50 µg/ml.

Bảng 3.3. Kết quả thử nghiệm MTT trên dòng tế bào T-47D thời điểm 48 giờ

Nhóm	Tỷ lệ tế bào sống (%)	p
Chứng (0)	100	
Doxorubicin 10 µg/ml (1)	71,799± 4,603	p ₁₋₀ < 0,05
Altretamin 10 µg/ml (2)	85,15± 8,34	p ₂₋₀ > 0,05
Altretamin 5 µg/ml (3)	85,66± 10,65	p ₃₋₀ > 0,05
Altretamin 1 µg/ml (4)	99,68± 11,06	p ₄₋₀ > 0,05
Altretamin 0,5 µg/ml (5)	98,26± 15,48	p ₅₋₀ > 0,05

Tại thời điểm 48 giờ, các giếng có sử dụng Doxorubicin 10µg/ml tỷ lệ các tế bào sống so với lô chứng giảm mạnh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Các giếng có sử dụng nguyên liệu Altretamin tổng hợp với các nồng độ 10µg/ml, 5µg/ml và 1µg/ml quan sát dưới kính hiển vi cho thấy số lượng tế bào giảm đi rõ rệt, tuy nhiên so với nhóm chứng sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Liều ức chế 50% tế bào (IC₅₀) của nguyên liệu Altretamin tổng hợp trên dòng tế bào ung thư T-47D sau 48 giờ là: IC₅₀ = 30,53µg/ml.

*Tác dụng kháng tế bào ung thư vú người sau 72 giờ:

Dưới kính hiển vi quang học cho thấy thời điểm 72 giờ sau dùng nguyên liệu Altretamin tổng hợp và Doxorubicin 10µg/ml tế bào bị ức chế phát triển rõ rệt. Nhất là những tế bào môi trường có nguyên liệu Altretamin nồng độ 10µg/ml, 5µg/ml. Hình ảnh thưa thớt các tế bào bám vào đáy giếng.

Bảng 3.4. Kết quả thử nghiệm MTT trên dòng tế bào T-47D thời điểm 72 giờ

Nhóm	Tỷ lệ tế bào sống (%)	p
Chứng (0)	100	
Doxorubicin 10 µg/ml (1)	40,553 ± 4,560	p ₁₋₀ < 0,05
Altretamin 10 µg/ml (2)	81,195 ± 13,518	p ₂₋₀ < 0,05
Altretamin 5 µg/ml (3)	82,346 ± 9,461	p ₃₋₀ < 0,05
Altretamin 1 µg/ml (4)	85,581 ± 13,875	p ₄₋₀ > 0,05
Altretamin 0,5 µg/ml (5)	85,937 ± 20,306	p ₅₋₀ > 0,05
p	p > 0,05	

Tại thời điểm 72 giờ, các giếng có sử dụng Doxorubicin 10µg/ml tỷ lệ các tế bào sống so với lô chứng giảm mạnh, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Các giếng có sử dụng nguyên liệu Altretamin tổng hợp với ở các nồng độ 10µg/ml, 5µg/ml, 1µg/ml và 0,5µg/ml quan sát dưới kính hiển vi cho thấy số lượng tế bào giảm đi rõ rệt, tuy nhiên với nồng độ 10µg/ml, 5µg/ml sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Liều ức chế 50% tế bào (IC₅₀) của nguyên liệu Altretamin tổng hợp trên dòng tế bào ung thư T-47D sau 72 giờ là: IC₅₀ = 64,43µg/ml.

3.2. Tác dụng kháng tế bào ung thư biểu mô phổi nang A549 của nguyên liệu Altretamin tổng hợp tại Việt Nam

3.2.1. Kết quả thử nghiệm trypan Blue của nguyên liệu Altretamin tổng hợp trên dòng tế bào ung thư biểu mô phổi nang A549

Tiến hành thử tác dụng kháng dòng tế bào ung thư biểu mô phổi nang A549 của altretamin tổng hợp, kết quả được trình bày ở bảng 3.93.

Bảng 3.5. Kết quả thử nghiệm Trypan Blue trên dòng tế bào biểu mô phổi nang A549

Nhóm	Số tế bào chết	Tổng số tế bào	p
Chứng	20	385	p > 0,05
Doxorubicin 10 µg/ml	26	376	
Altretamin 10 µg/ml	27	400	
Altretamin 5 µg/ml	24	395	
Altretamin 1 µg/ml	21	388	
Altretamin 0,5 µg/ml	27	385	

Kết quả thử nghiệm Trypan Blue cho thấy nguyên liệu Altretamin tổng hợp ở các nồng độ

nghiên cứu khác nhau và Doxorubicin 10 µg/ml không gây độc trực tiếp đối với tế bào A549. Biểu hiện, tỷ lệ tế bào chết và tổng số tế bào giữa các giếng nuôi cấy sử dụng dịch nguyên liệu Altretamin tổng hợp ở các nồng độ khác nhau và Doxorubicin 10 µg/ml không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với chứng (p > 0,05).

3.2.2. Kết quả thử nghiệm MTT của nguyên liệu Altretamin tổng hợp trên dòng tế bào ung thư biểu mô phổi nang A549

Kết quả nghiên cứu tác dụng kháng tế bào ung thư biểu mô phổi nang người của nguyên liệu Altretamin tổng hợp được xác định ở các thời điểm sau 24 giờ, 48 giờ và 72 giờ như sau:

Bảng 3.6. Kết quả thử nghiệm MTT trên dòng tế bào A549 thời điểm 24 giờ

STT	Nhóm	Tỷ lệ tế bào sống (%)	p
1	Chứng (0)	100	-
2	Doxorubicin 10 µg/ml (1)	61,22 ± 26,12	p ₁₋₀ < 0,05
3	Altretamin 10 µg/ml (2)	80,31 ± 20,11	p ₂₋₀ < 0,05
4	Altretamin 5 µg/ml (3)	89,97 ± 22,48	p ₃₋₀ > 0,05
5	Altretamin 1 µg/ml (4)	93,29 ± 19,72	p ₄₋₀ > 0,05
6	Altretamin 0,5 µg/ml (5)	90,38 ± 22,56	p ₅₋₀ > 0,05
p		p ₂₋₁ < 0,05	

Quan sát dưới kính hiển vi cho thấy thời điểm sau 48 giờ: các giếng tế bào có sử dụng Doxorubicin 10µg/ml, tỷ lệ tế bào sống thấp nhất, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Những giếng tế bào trong môi trường có nguyên liệu Altretamin tổng hợp với nồng độ 10µg/ml, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Liều ức chế 50% tế bào (IC₅₀) của nguyên liệu Altretamin tổng hợp trên dòng tế bào ung thư A549 sau 24 giờ là: IC₅₀ = 36,82µg/ml.

Bảng 3.7: Kết quả thử nghiệm MTT trên dòng tế bào A549 thời điểm 48 giờ

Nhóm	Tỷ lệ tế bào sống (%)	p
Chứng (0)	100	
Doxorubicin 10 µg/ml (1)	49,31 ± 3,24	p ₁₋₀ < 0,05
Altretamin 10 µg/ml (2)	67,35 ± 6,99	p ₂₋₀ < 0,05
Altretamin 5 µg/ml (3)	73,86 ± 11,00	p ₃₋₀ < 0,05
Altretamin 1 µg/ml (4)	78,43 ± 7,56	p ₄₋₀ < 0,05
Altretamin 0,5 µg/ml (5)	76,10 ± 14,23	p ₅₋₀ < 0,05
P	p ₂₋₁ < 0,05	

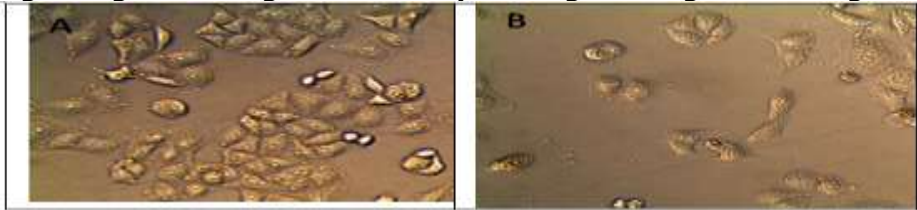
Tại thời điểm 48 giờ, các giếng có sử dụng Doxorubicin 10µg/ml và các giếng có sử dụng nguyên liệu Altretamin tổng hợp với các nồng độ 10µg/ml, 5µg/ml và 1µg/ml, 0,5µg/ml quan sát dưới kính hiển vi cho thấy số lượng tế bào giảm đi rõ rệt, kết quả đo mật độ quang cũng cho kết quả tương đồng, tỷ lệ các tế bào sống ở tất cả các lô nghiên cứu giảm mạnh, so với nhóm chứng sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Liều ức chế 50% tế bào (IC50) của nguyên liệu Altretamin tổng hợp trên dòng tế bào ung thư A549 sau 48 giờ là: IC50 = 26,73µg/ml.

Bảng 3.8. Kết quả thử nghiệm MTT trên dòng tế bào A549 thời điểm 72 giờ

Nhóm (1)	% tế bào sống sót (2)	p
Chứng (0)	100	
Doxorubicin 10 µg/ml (1)	25,64 ± 9,26	$p_{1-0} < 0,05$
Altretamin 10 µg/ml (2)	69,48 ± 11,66	$p_{2-0} < 0,05$

***Tác dụng kháng tế bào ung thư biểu mô phế nang A549 người sau 72 giờ:**



Hình 3.1. Tế bào ung thư A549 sau 72 giờ nuôi cấy ở môi trường không bổ sung mẫu nghiên cứu (A) và bổ sung altretamin 10 µg/ml (Độ phóng đại 400X).

3.3. Tác dụng kháng tế bào ung thư buồng trứng người của nguyên liệu Altretamin tổng hợp tại Việt Nam

3.3.1. Kết quả thử nghiệm trypan Blue của nguyên liệu Altretamin tổng hợp trên dòng tế bào ung thư buồng trứng Ovarc-3

Tiến hành thử tác dụng kháng dòng tế bào ung thư buồng trứng Ovarc-3 của altretamin tổng hợp, kết quả được trình bày ở bảng

Bảng 3.9: Kết quả thử nghiệm Trypan Blue trên dòng tế bào ung thư buồng trứng Ovarc-3

Nhóm	Số tế bào chết	Tổng số tế bào	p
Chứng	39	412	$p > 0,05$
Doxorubicin 10 µg/ml	41	423	
Altretamin 10 µg/ml	37	398	
Altretamin 5 µg/ml	36	400	
Altretamin 1 µg/ml	38	389	

µg/ml (2)		
Altretamin 5 µg/ml (3)	71,20 ± 12,95	$p_{3-0} < 0,05$
Altretamin 1 µg/ml (4)	76,26 ± 13,47	$p_{4-0} < 0,05$
Altretamin 0,5 µg/ml (5)	72,90 ± 10,94	$p_{5-0} < 0,05$
P	$p_{2-1} < 0,05$	

Tại thời điểm 72 giờ, các giếng có sử dụng Doxorubicin 10µg/ml và các giếng có sử dụng nguyên liệu Altretamin tổng hợp với các nồng độ 10µg/ml, 5µg/ml và 1µg/ml, 0,5µg/ml quan sát dưới kính hiển vi cho thấy số lượng tế bào giảm đi rõ rệt, kết quả đo mật độ quang cũng cho kết quả tương đồng, tỷ lệ các tế bào sống ở tất cả các lô nghiên cứu giảm mạnh, so với nhóm chứng sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Liều ức chế 50% tế bào (IC50) của nguyên liệu Altretamin tổng hợp trên dòng tế bào ung thư A549 sau 72 giờ là: IC50 = 41,18µg/ml.

Altretamin 0,5	42	385	
----------------	----	-----	--

Kết quả thử nghiệm Trypan Blue cho thấy nguyên liệu Altretamin tổng hợp ở các nồng độ nghiên cứu khác nhau và Doxorubicin 10 µg/ml không gây độc trực tiếp đối với tế bào Ovarc-3. Biểu hiện, tỷ lệ tế bào chết và tổng số tế bào giữa các giếng nuôi cấy sử dụng dịch nguyên liệu Altretamin tổng hợp ở các nồng độ khác nhau và Doxorubicin 10 µg/ml không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với chứng ($p > 0,05$).

3.3.2. Đánh giá tác dụng gây đứt gãy DNA tế bào ung thư của Altretamin

Tiến hành đánh giá tác dụng gây đứt gãy DNA tế bào ung thư với các dòng tế bào T-47D, A549, Ovarc, kết quả được trình bày trong bảng 3.10 và hình 3.2.

Bảng 3.10. Nồng độ trung bình DNA tại các giếng nuôi

Mẫu thử	Nồng độ DNA (µg/µl)		
	Tế bào T-47D	Tế bào A549	Tế bào Ovarc
Chứng	35,1±9,6	40,7±12,5	37,7±13,4

Altretamin 10 μ g/ml	29,1 $\pm$ 6,2	33,9 $\pm$ 9,5	31,5 $\pm$ 10,2
	>0,05	>0,05	>0,05

UT Vú
Chứng-
AltretaminUT Phổi
Chứng-
AltretaminUT Bướu
trứng
Chứng-
Altretamin**Hình 3.2. Kết quả điện di DNA**

Kết quả cho thấy, tại các giếng nuôi các dòng tế bào khác nhau, mặc dù nồng độ DNA của các giếng chứng có xu hướng cao hơn, nhưng định lượng DNA trong các giếng nuôi không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa giếng chứng và giếng có Altretamin.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bước đầu Altretamin đã có tác dụng ức chế sự phát triển, đồng thời có tác dụng làm đứt gãy các DNA của tế bào ung thư tuyến vú, ung thư biểu mô phế nang và ung thư buồng trứng. Tác dụng của Altretamin đối với ung thư buồng trứng đã được nhiều tác giả chứng minh trên thực nghiệm và trên người chủ yếu giai đoạn thử nghiệm pha II trên người. Keldsen N (2003) nghiên cứu tác dụng Altretamin trong điều trị ung thư buồng trứng đã điều trị lần đầu nhưng tái phát trong vòng 6 tháng, các bệnh nhân được điều trị Altretamin với liều 260mg/m²/ngày điều trị 4 lần trong hai tuần và lặp lại sau 4 tuần, kết quả đánh giá sau 2 lần điều trị 26/31 bệnh nhân đáp ứng với điều trị, thời gian sống trung bình tiến triển là 10 tuần, có rất độc tính về huyết học, chủ yếu độc tính với đường tiêu hóa, tác giả kết luận không nên chọn điều trị Altretamin cho bệnh nhân ung thư buồng trứng tái phát có di căn hạch bạch huyết, tuy nhiên nên chọn Altretamin cho những bệnh nhân ưu tiên điều trị bằng đường uống và nơi có điều kiện kinh tế chưa phát triển.

Tuy nhiên Altretamin dường như chưa có tác dụng nhiều đối với các ung thư khác ngoài ung thư buồng trứng. Như vậy, trên thực nghiệm cho thấy kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho bước

đầu chứng minh Altretamin đã có tác dụng ức chế sự phát triển, đồng thời có tác dụng làm đứt gãy các DNA của tế bào ung thư tuyến vú, ung thư biểu mô phế nang và ung thư buồng trứng. Điều này cần tiến hành trên thực nghiệm ở động vật và tiến hành trên người ở Việt Nam, rất có thể trong thời gian không xa altretamin được sử dụng cho những bệnh nhân ung thư với lợi thế dùng đường uống, điều trị ngoại trú và cho những người có điều kiện kinh tế khó khăn.

V. KẾT LUẬN

- Thử nghiệm Trypan Blue, tỷ lệ tế bào chết và tổng số tế bào giữa các giếng nuôi cấy sử dụng dịch nguyên liệu Altretamin tổng hợp ở các nồng độ 10 μ g/ml, 5 μ g/ml và 1 μ g/ml, 0,5 μ g/ml và Doxorubicin 10 μ g/ml không có sự khác biệt ($p > 0,05$) đối với tế bào ung thư vú, ung thư biểu mô phế nang A549, tế bào ung thư buồng trứng Ovar-3.

- Thử nghiệm MTT cho thấy nguyên liệu Altretamin tổng hợp ức chế sự phát triển của tế bào ung thư vú giảm ở thời điểm 72 giờ với nồng độ 10 μ g/ml, 5 μ g/ml ($p < 0,05$); tế bào ung thư biểu mô phế nang dòng A549 ở thời điểm 24 giờ với nồng độ 10 μ g/ml, thời điểm 48 giờ và 72 giờ với các nồng độ 10 μ g/ml, 5 μ g/ml và 1 μ g/ml, 0,5 μ g/ml ($p < 0,05$).

- Tác dụng gây đứt gãy DNA tế bào ung thư với các dòng với các dòng tế bào T-47D, A549, Ovarc của Altretamin không có sự khác biệt với nhóm chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Đình Châu, Vũ Bình Dương, Nguyễn Thị Thu Hằng, Bùi Thị Thu Hà (2014), Nghiên cứu quy trình sản xuất altretamin là thuốc điều trị ung thư. Tạp chí dược học số 462; trang 2-6.
2. Nguyễn Bá Đức (2003); Hóa chất điều trị ung thư, NXB Y học HN, tr. 130 -137.
3. C. Rhoda Lee, Diana Faulds (1995), "Altretamine A Review of its Pharmacodynamic and Pharmacokinetic Properties, and Therapeutic Potential in Cancer Chemotherapy", Drugs June 1995, Volume 49, Issue 6, pp 932-953.
4. Fabian C.J., Rasmussen S, Stephens R, Haut A, Smith F, Balcerzak S, Tranum B, (1979), "Phase II evaluation of hexamethylmelamine in advanced breast cancer: a Southwest Oncology Group study", Cancer Treatment Reports [01 Aug 1979, 63(8):1359-1361].
5. Keldsen N1, Havsteen H, Vergote I, Bertelsen K, Jakobsen A, (2003), "Altretamine (hexamethylmelamine) in the treatment of platinum-resistant ovarian cancer: a phase II study", Gynecol Oncol. 2003 Feb;88(2):118-22.
6. WHO (2017), "Cancer Statistics - National Cancer Institute", <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/statistics>.

NGHIÊN CỨU KHẢ NĂNG KHÁNG KHUẨN, KHÁNG NẤM CỦA CHẾ PHẨM TRÀ THẢO MỘC TỪ LÁ CHÈ VÀ QUẢ CỌ

Nguyễn Trần Hoàng Anh*, Kiều Thanh Hằng*

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá khả năng kháng khuẩn, kháng nấm của chế phẩm trà thảo mộc từ lá chè và quả cọ. So sánh khả năng kháng khuẩn, nấm của chè thảo mộc theo công thức CT3 với các loại lá chè già và lá chè non. **Phương pháp:** Tiến hành phân tích tại phòng thí nghiệm Khoa Sinh học đại học Sư phạm Hà Nội. Xác định khả năng kháng khuẩn của trà thảo mộc trên 2 loại vi khuẩn là *Escherichia coli* và *Salmonella typhimurium*. Xác định khả năng kháng nấm *M. circinelloides* với chủng gây bệnh R7B. **Kết quả:** Lá chè già có các vòng ức chế là 19,2mm (*S. typhimurium*) và 21,3mm (*E. coli*), lớn nhất trong các loại lá, tương đương chế phẩm CT3. Lá chè già và chế phẩm CT3 có khả năng ức chế sinh trưởng của bào tử nấm *M. circinelloides*. **Kết luận:** Dịch chiết của trà thảo mộc có khả năng kháng *Escherichia coli* và *Salmonella typhimurium*, ức chế mạnh tốc độ sinh trưởng bào tử nấm *M. circinelloides* gây bệnh.

Từ khóa: kháng khuẩn, kháng nấm, trà thảo mộc, lá chè, quả cọ

SUMMARY

STUDY OF THE ANTIBACTERIAL AND ANTIFUNGAL OF HERB TEA FROM CAMELLIA SINENSIS AND LIVISTONA SARIBUS

Objective: To evaluate the antibacterial, antifungal properties of herb tea preparations from *Camellia sinensis* leaves and *Livistona saribus* fruit. Comparison of antibacterial and fungicidal properties of CT3 formula with old tea leaves and young tea leaves. **Method:** We had proceeded analytical at the Biology department of Ha Noi national university of education. Determine the antibacterial of the herbal teas on *Escherichia coli* and *Salmonella typhimurium*. Determine the antifungal on pathogen R7B of *M. circinelloides*. **Results:** The zone of inhibition of old tea leaves were 19.2 mm (*S. typhimurium*) and 21.3 mm (*E. coli*), which was the largest equal CT3. The old tea leaves and CT3 formula could inhibited the growth of *M. circinelloides* spores. **Conclusion:** The extracts of herbal teas could resistant to *Escherichia coli* and *Salmonella typhimurium*, which could strongly inhibit the growth of *M. circinelloides* spores.

Key words: Antibacterial, antifungal, herb tea, *camellia sinensis*, *livistona saribus*.

*Trường THPT Chuyên Hùng Vương Phú Thọ
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trần Hoàng Anh
Email: nthoanganh888@gmail.com
Ngày nhận bài: 23.2.2018
Ngày phản biện khoa học: 2.4.2018
Ngày duyệt bài: 12.4.2018

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phú Thọ là vùng đất trung du miền núi trù phú với những sản vật đặc trưng, "rừng cọ, đồi chè, đồng xanh ngào ngạt". Phú Thọ được coi là cái nôi của ngành chè trong cả nước, sản phẩm từ chè không những được sử dụng rộng rãi ở trong nước mà còn được xuất khẩu đến nhiều nước trên thế giới.

Một số nghiên cứu đã cho thấy lá chè và các chất tinh chế từ chè có khả năng kháng khuẩn, kháng virus, chống lão hóa, chống ung thư, tăng cường sức khỏe và kéo dài tuổi thọ.

Cọ thuộc họ Cau, lâu nay quả cọ vẫn được sử dụng để chế biến thành một vài món ăn quen thuộc. Một số nghiên cứu về các loài trong họ Cau cũng đã cho thấy chúng có chứa các hoạt chất có tiềm năng trong việc điều trị một số bệnh ở người, như kháng khuẩn, ung thư, chống oxy hoá, hen suyễn, giảm béo (Trần Thị Phương Anh, 2008; Trần Văn Lộc và cs, 2010).

Với mục đích tạo ra một chế phẩm trà thảo mộc mang hương vị độc đáo và có giá trị dược liệu của Phú Thọ, đồng thời nâng cao giá trị sử dụng cho hai loài cây này, chúng tôi đã nghiên cứu kết hợp lá chè và quả cọ vào trong cùng một hỗn hợp. Chúng tôi đã xây dựng một số công thức chế phẩm trà thảo mộc có thành phần chủ yếu là lá chè già, bổ sung cùi quả cọ chín, cam thảo, râu ngô và hoa cúc trắng.

Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá khả năng kháng khuẩn, kháng nấm chế phẩm trà nói trên. Trên cơ sở đó, đề tài mở ra triển vọng sử dụng chế phẩm như một loại đồ uống đồng thời hỗ trợ điều trị một số bệnh nhiễm trùng, góp phần nâng cao sức khỏe và tăng thêm thu nhập cho người dân.

II. VẬT LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Vật liệu

- Lá chè và quả cọ: Lá chè (*C. sinensis*) được thu vào tháng 6/2016 tại các vùng chè sạch và quan trọng của Phú Thọ đó là Đoan Hùng, Thanh Sơn và Hạ Hòa. Lá chè được phân chia thành ba loại: Lá non, lá bánh tẻ và lá già. Căn cứ để phân chia các loại mẫu lá chè dựa theo TCVN 2843-79. Quả cọ chín (*Livistona saribus*) được thu vào tháng 12/2016 tại huyện Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ.

- Các nguyên liệu bổ sung: Nghiên cứu sử dụng một số nguyên liệu bổ sung vào sản phẩm trà thảo mộc, bao gồm: Cam thảo, râu ngô và hoa cúc trắng.

Bảng 1. Tỷ lệ thành phần của các công thức trà thảo mộc

Công thức - Thành phần	CT1	CT2	CT3
Lá chè già sấy khô	2.8 (56%)	3.5 (70%)	4.0 (80%)
Hỗn hợp bổ sung	2.2 (44%)	1.5 (30%)	1.0 (20%)
- Quả cọ	0.44	0.3	0.2
- Cam thảo	0.66	0.45	0.3
- Râu ngô	0.44	0.3	0.2
- Hoa cúc trắng	0.66	0.45	0.3
Tổng	5g	5g	5g

- Các sinh vật được dùng để thử nghiệm

Vi sinh vật kiểm định được dùng trong nghiên cứu gồm 2 nhóm:

+ Nhóm vi khuẩn: Gồm 2 chủng là *Escherichia coli*, *Salmonella typhimurium*.

+ Nhóm nấm: Nấm *Mucor circinelloides*. Đây là loài nấm có khả năng gây bệnh truyền nhiễm trên người (mucormycosis), đặc biệt là các bệnh nhân bị suy giảm miễn dịch, như bệnh nhân nhiễm HIV, tiểu đường, ghép tạng,... Mặc dù là bệnh hiểm gặp, nhưng tỷ lệ gây tử vong cao (Rinaldi M.G., 1989; Spellberg B và cs, 2005).

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Các thí nghiệm và phân tích được thực hiện từ tháng 6/2016 đến tháng 2/2017, tại các phòng thí nghiệm Trường Trung học phổ thông Chuyên Hùng Vương, Việt Trì và các phòng thí nghiệm thuộc Khoa Sinh học, Trường Đại học Sư phạm Hà Nội.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Phương pháp thử hoạt tính kháng khuẩn: Các chủng vi sinh vật kiểm định được nuôi trên môi trường LB lỏng, lắc 200rpm, 37°C trong 24h. Lấy 150µl dịch nuôi cấy vi khuẩn nhỏ vào đĩa thạch chứa môi trường LB đặc, trang đều cho đến khi khô mặt thạch. Dùng đột thạch ấn lên bề mặt của đĩa thạch để lấy ra những thoi thạch hình trụ. Dùng pipette nhỏ 200µl dịch chiết mẫu vào các lỗ thạch vừa đục. Ủ các đĩa này ở 4°C trong 6h, sau đó ủ trong 37°C qua đêm. Khả năng kháng khuẩn của dịch chiết mẫu được xác định bằng đường kính trung bình của các vòng vô khuẩn tạo ra (Mai Thị Hằng và cs., 2011).

2.3.3. Phương pháp thử hoạt tính kháng nấm

Nấm *M. circinelloides* có khả năng gây bệnh trên người bằng cách nảy mầm và xuyên các sợi

nấm của nó qua lớp niêm mạc hoặc vùng chấn thương. Bào tử của chủng nấm gây bệnh có khả năng nảy mầm nhanh hơn chủng không gây bệnh. Đây được coi là một chỉ tiêu đánh giá khả năng gây bệnh của loài nấm này. Chủng R7B (gây bệnh) dùng trong nghiên cứu được cung cấp bởi Bộ môn Di truyền học và Vi sinh vật học, khoa Sinh học, trường Đại học Murcia, Tây Ban Nha. Nấm được nuôi trên môi trường YPG đặc, chiếu sáng liên tục trong 72 h, nhiệt độ 26°C để thu bào tử.



Hình 1. Xác định kích thước sợi nấm để tính hệ số phân cực

(Nguồn: Schuster M, 2012).

Bố trí thí nghiệm: Mỗi bình tam giác dung tích 250ml chứa môi trường YPG và 20%, nuôi 10×10^6 bào tử nấm, ủ ở 4°C qua đêm. Tiến hành nuôi bào tử bằng máy lắc với tốc độ 250rpm, nhiệt độ 26°C, không chiếu sáng. Đo và so sánh tốc độ nảy mầm của bào tử trong các lô thí nghiệm với lô đối chứng sau mỗi giờ, bằng cách chụp ảnh ngẫu nhiên các mẫu bào tử, đo kích thước và tính hệ số phân cực của sợi nấm mọc ra từ bào tử bằng phần mềm ImageJ hoặc Analyzer (hình 5).

$$\text{Hệ số phân cực} = \frac{\text{Chiều dài sợi nấm (L)}}{\text{Chiều rộng sợi nấm (W)}}$$

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Các số liệu đều được xử lý bằng phần mềm Microsoft Office Excel 2016. Các số liệu trong báo cáo này đều được biểu diễn dưới dạng $\bar{X} \pm SD$. Trong đó: $\bar{X}$ là giá trị trung bình, được tính bằng hàm AVERAGE.

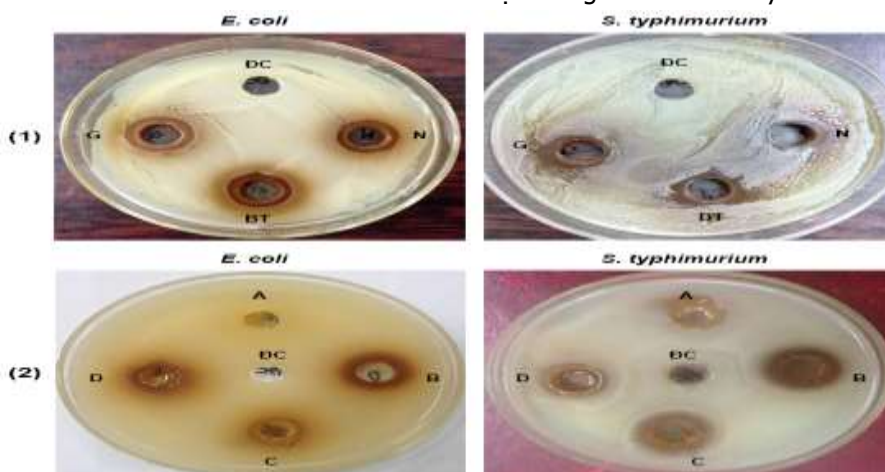
SD là độ lệch chuẩn (Standard Deviation) được tính bằng hàm STDEV.

Sự khác biệt thống kê giữa các nhóm dữ liệu được đánh giá bằng kiểm định T-student (hàm TTEST).

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Khảo sát khả năng kháng khuẩn của chế phẩm

Vi khuẩn là một nhóm vi sinh vật vô cùng đa dạng, trong đó có nhiều loài có lợi nhưng cũng không ít loài gây bệnh cho người và các sinh vật khác. Khảo sát khả năng kháng khuẩn của chế phẩm nhằm đánh giá tiềm năng của nó trong việc hỗ trợ điều trị các bệnh nhiễm khuẩn. Nghiên cứu sử dụng 2 loài vi khuẩn kiểm định, bao gồm: *Escherichia coli* và *Salmonella typhimurium* để đánh giá khả năng kháng khuẩn của mẫu nghiên cứu. Trong nghiên cứu này, khả năng kháng khuẩn được so sánh giữa các loại mẫu lá chè (lá non, lá bánh tẻ và lá già). Đồng thời, chế phẩm trà thảo mộc (CT3) cũng được so sánh khả năng kháng khuẩn với các thành phần cấu tạo nên nó và với chè búp sấy mà người dân vẫn đang sử dụng (bảng 1).



Hình 2. So sánh khả năng kháng vi khuẩn của các mẫu lá chè và trà thảo mộc

(1) So sánh khả năng kháng khuẩn của các loại lá chè (ĐC: nước cất, N: lá non, BT: lá bánh tẻ, G: lá già). (2) So sánh khả năng kháng khuẩn của các lô thí nghiệm A, B, C và D được ký hiệu theo bảng 5.

Kết quả phân tích cho thấy mức độ kháng khuẩn khác nhau tùy từng chủng vi khuẩn cũng như loại mẫu được sử dụng. Trong đó, lá chè già thể hiện khả năng ức chế sinh trưởng mạnh nhất đối với cả 2 chủng vi khuẩn kiểm định, đường kính trung bình của vòng vô khuẩn 19.2mm (*S. typhimurium*) và 21.3mm (*E. coli*). Dịch chiết từ lá chè non cho thấy mức độ ức chế vi khuẩn yếu nhất, vòng vô khuẩn có đường kính 16.6mm (*S. typhimurium*) và 17.0mm (*E. coli*). Khả năng ức chế vi khuẩn của các dịch chiết giảm dần theo chiều: Lá già > lá bánh tẻ > lá non (hình 2 và 3). Điều này có thể giải thích do lá càng già càng tích lũy được nhiều các chất trao đổi thứ cấp có khả năng ức chế vi khuẩn.

Bảng 2. Thành phần các lô thí nghiệm

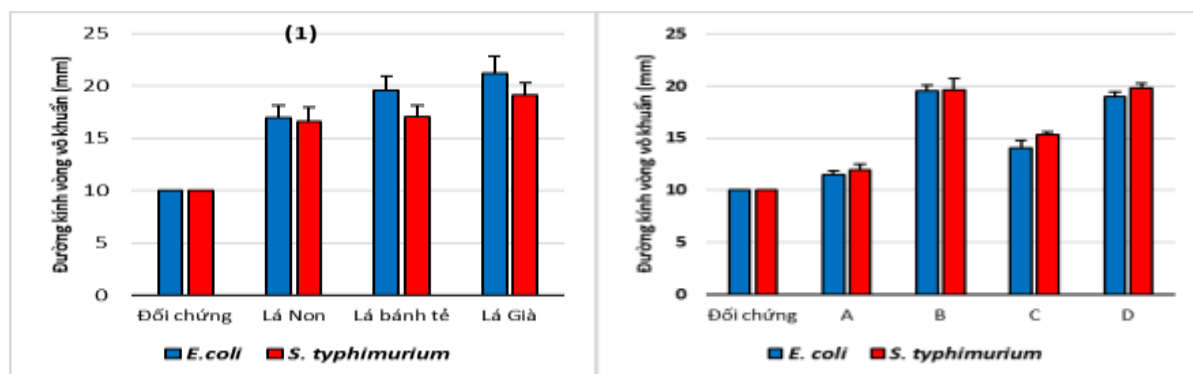
Lô thí nghiệm Thành phần	A	B	C	D (CT3)
Lá chè già sấy khô	-	5	-	4.0
Cùi quả cọ chín	1.0	-	-	0.2
Cam thảo	1.5	-	-	0.3
Râu ngô	1.0	-	-	0.2
Hoa cúc trắng	1.5	-	-	0.3
Chè búp sấy khô	-	-	5	-
Tổng	5 g	5 g	5 g	5 g

(A) gồm các thành phần bổ sung (2 quả cọ: 3 cam thảo: 2 râu ngô: 3 hoa cúc); (B) lá chè già sấy khô; (C) chè búp sấy khô bằng phương pháp thủ công, được thu thập từ hộ gia đình ở Thanh Sơn, Phú Thọ; (D) là thành phần của công thức trà thảo mộc CT3. Kết quả thử nghiệm khả năng kháng vi khuẩn của các lô thí nghiệm được thể hiện trong hình 2 sau đây.

(1) Đường kính vòng vô khuẩn tạo ra bởi dịch chiết các mẫu lá chè. (2) Đường kính vòng vô khuẩn tạo ra bởi dịch chiết các nhóm mẫu A, B, C và D được trình bày trong bảng 1.

Đáng chú ý là dịch chiết của chế phẩm trà thảo mộc CT3 (lô D) thể hiện khả năng kháng khuẩn mạnh hơn so với dịch chiết từ chè búp sấy (lô C) và tương đương với lá chè già sấy khô (lô B). Mặt khác, các thành phần bổ sung (quả cọ, cam thảo, râu ngô và hoa cúc) có khả năng kháng khuẩn khá yếu (lô A). Từ đó có thể nhận định rằng khả năng kháng khuẩn của dịch chiết của chế phẩm CT3 chủ yếu do thành phần lá chè đảm nhiệm.

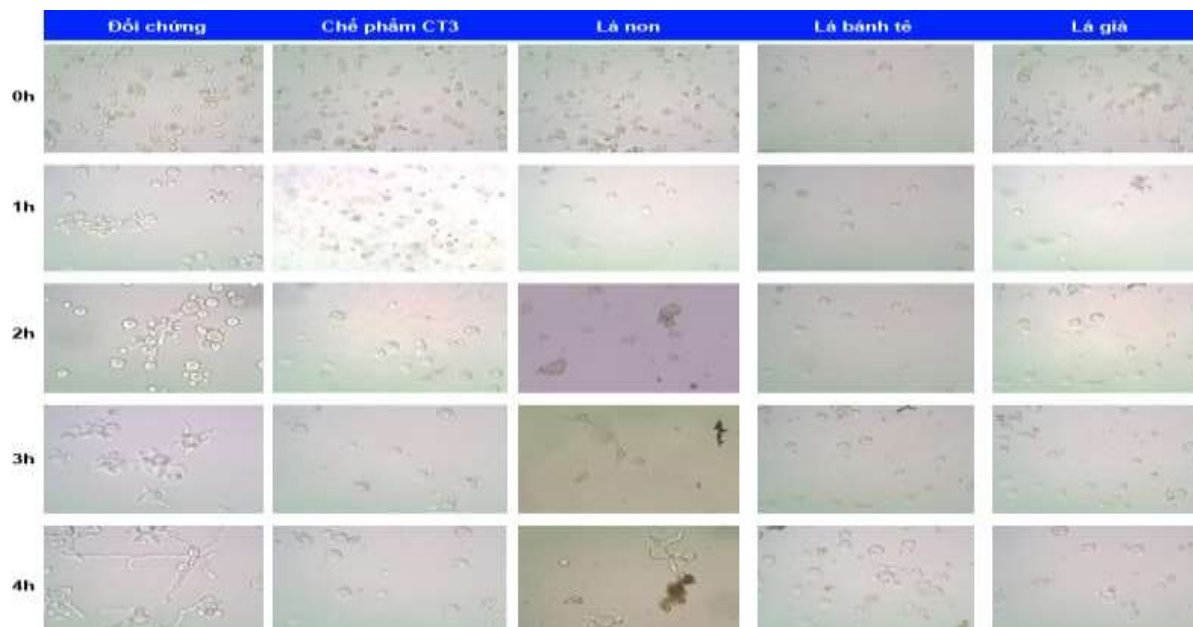
Khả năng ức chế vi khuẩn gây bệnh của chế phẩm trà CT3 cho thấy tiềm năng của nó trong việc hỗ trợ điều trị một số bệnh do nhiễm khuẩn, chẳng hạn bệnh tiêu chảy do vi khuẩn *Salmonella* gây ra.



Hình 3. Đồ thị so sánh đường kính vòng vô khuẩn tạo ra bởi các dịch chiết mẫu

3.2. Khảo sát khả năng kháng nấm gây bệnh của chế phẩm: Kết quả thử nghiệm cho thấy ảnh hưởng của dịch chiết của chế phẩm trà

(CT3) và các mẫu lá chè lên tốc độ sinh trưởng của chồi mầm ở loài nấm *M. circinelloides*, chủng gây bệnh R7B (hình 4).



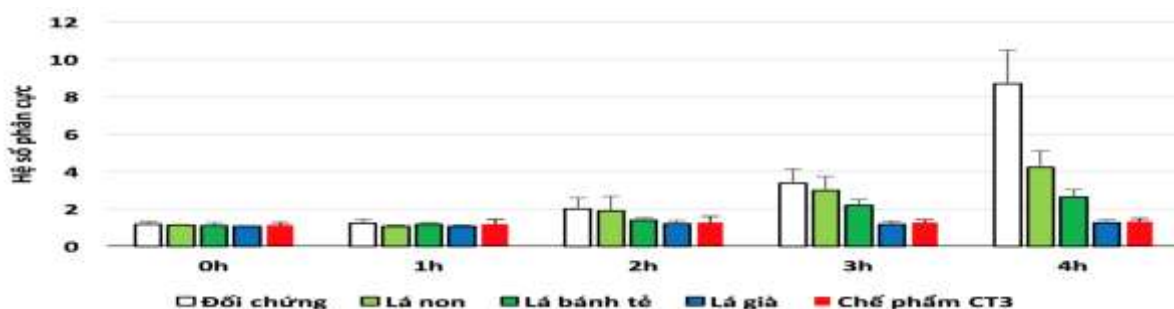
Hình 4. Ảnh hưởng của dịch chiết mẫu đến tốc độ sinh trưởng của bào tử nấm *M. circinelloides* R7B

Căn cứ vào sự thay đổi hệ số phân cực của các lô thí nghiệm, có thể thấy rõ tác dụng của chế phẩm trà thảo mộc CT3 và các mẫu lá chè trong việc ức chế sinh trưởng của loài nấm *M. circinelloides*.

Trong giai đoạn 0 - 2h đầu của quá trình nuôi cấy, sự khác biệt không lớn, do giai đoạn này các bào tử đang hấp thụ dinh dưỡng và chuẩn bị cho quá trình nảy mầm. Tuy nhiên, sau 3h nuôi cấy, sự khác biệt về hệ số phân cực của bào tử trong lô thí nghiệm và đối chứng bắt đầu thể hiện rõ rệt (hình 4 và hình 5). Sau 4h nuôi cấy, các bào tử nấm nuôi trong môi trường bổ sung dịch chiết từ chế phẩm trà thảo mộc, hoặc lá chè

già gần như không thể nảy mầm, hoặc mầm sinh trưởng rất yếu. Trong khi đó, lá chè bánh tẻ và lá non thì vẫn có khả năng ức chế bào tử nấm này mầm, nhưng yếu hơn rõ rệt so với lá chè già và trà công thứ CT3 (hình 4 và hình 5). Khả năng ức chế sinh trưởng của bào tử nấm giữa lá chè già và trà thảo mộc CT3 không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Cùng với khả năng kháng vi khuẩn, chế phẩm trà thảo mộc CT3 (với thành phần chủ yếu là lá chè già) cho thấy khả năng của nó trong việc ức chế vi sinh vật gây bệnh, củng cố thêm nhận định về tiềm năng của chế phẩm trong việc hỗ trợ điều trị một số loại bệnh truyền nhiễm do vi khuẩn và nấm gây ra.



Hình 5. So sánh hệ số phân cực của chủng nấm *M. circinelloides* R7B khi bổ sung các dịch chiết mẫu khác nhau

IV. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Kết luận: Dịch chiết của trà thảo mộc có khả năng kháng một số loài vi khuẩn kiểm định, ức chế mạnh tốc độ sinh trưởng của bào tử các chủng gây bệnh của nấm *M. circinelloides*. Trong đó dịch chiết của trà thảo mộc CT3 và lá chè già có khả năng ức chế vi sinh vật kiểm định tương đương nhau và mạnh hơn so với lá bánh tẻ và lá non.

Kiến nghị: Phân tích thành phần hoá học của các thành phần bổ sung để làm rõ hơn cơ sở khoa học của các hoạt tính sinh học và dược tính của chế phẩm trà CT3.

Tiếp tục nghiên cứu đánh giá an toàn vệ sinh thực phẩm, hoàn thiện sản phẩm từ hình thức đến hương vị, màu sắc nhằm hướng đến tạo sản phẩm tiềm năng có thể có chỗ đứng trên thị trường, góp phần nâng cao thu nhập cho người dân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Eugenia Ch. Yiannakopoulou (2012).** *Recent Patents on Antibacterial, Antifungal and Antiviral Properties of Tea*. Recent Patents on Anti-Infective Drug Discovery 7: 60-65.
2. **Groisser DS (1978).** *A study of caffeine in tea. I.*

A new spectrophotometric micro-method. II. Concentration of caffeine in various strengths, brands, blends, and types of teas. Am J Clin Nutr. 31(10):1727-31.

3. **Klaudia Lochocka, Joanna Bajerska, Aleksandra Glapa, Ewa Fidler-Witon, Jan K. Nowak, Tomasz Szczapa, Philip Grebowiec, Aleksandra Lisowska & Jaroslaw Walkowiak (2015).** *Green tea extract decreases starch digestion and absorption from a test meal in humans: a randomized, placebo-controlled crossover study.* Scientific Reports 5, article no: 12015. doi:10.1038/srep12015
4. **Malenka RC, Nestler EJ, Hyman SE (2009).** "Chapter 15: Reinforcement and Addictive Disorders". In Sydor A, Brown RY. *Molecular Neuropharmacology: A Foundation for Clinical Neuroscience* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill Medical. p. 375
5. **Mai Thị Hằng, Đinh Thị Kim Dung, Vương Trọng Hào (2001).** *Thực hành vi sinh vật học*. NXB Đại học Sư phạm.
6. **Roberts J.A. (1995).** *Effect of drinking green tea.* BMJ(311): 513-514
7. **Spellberg B, Edwards J, Ibrahim A (2005).** *Novel perspectives on mucormycosis: pathophysiology, presentation, and management.* Clin. Microbiol. Rev. 18 (3): 556-69.

NGHIÊN CỨU CÁC BIẾN CHỨNG CỦA PHƯƠNG PHÁP TÁI THÔNG MẠCH BẰNG DỤNG CỤ CƠ HỌC ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN ĐỘT QUY THIẾU MÁU NÃO CẤP DO TẮC NHÁNH LỚN ĐỘNG MẠCH NỘI SỌ

Nguyễn Văn Phương, Lưu Quang Minh,
Hoàng Mạnh Vững, Vũ Duy Minh, Lê Văn Trường

TÓM TẮT

* Bệnh viện TW Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Phương

Email: hmu108@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 3.4.2018

Ngày duyệt bài: 13.4.2018

Mục tiêu: Mô tả một số biến chứng của phương pháp lấy huyết khối (HK) bằng dụng cụ cơ học (DCCH) ở bệnh nhân (BN) đột quy thiếu máu não (TMN) cấp do tắc nhánh lớn động mạch (ĐM) nội sọ. **Phương pháp:** Theo dõi 141 BN TMN cấp do tắc nhánh lớn ĐM nội sọ từ 7/2016-1/2018 đã áp dụng phương pháp lấy HK bởi DCCH tại Bệnh viện 108. Thống kê tất cả các biến chứng trong quá trình điều trị như tác dụng phụ của thuốc cản quang, biến chứng của kỹ thuật và tác dụng không mong muốn trong điều trị, chăm sóc

BN đột quy TMN. **Kết quả:** Biến chứng trong quá trình can thiệp xảy ra ở 23/141 BN với nhiều dạng khác nhau. Chảy máu nội sọ với nhiều dạng khác nhau (chảy máu dưới nhện, chảy máu não thất, HI1, HI2, PH1, PH2) chiếm tỷ lệ cao nhất với 16/141 (11,34%) BN, nhưng chỉ 6 BN (4,25%) chảy máu nội sọ có triệu chứng; di chuyển HK đến đầu xa hoặc đến ĐM khác 4/141 BN (2,83%); bóc tách thành ĐM gặp ở 2/141 BN chiếm 1,42%; 3/141 BN (2,12%) có hiện tượng co thắt mạch não; tái tắc sau can thiệp gặp 3/141 BN (2,12%). Có 13 BN (9,22%) có biểu hiện phù não trong quá trình điều trị. **Kết luận:** Các biến chứng của phương pháp tái thông mạch não bằng DCCH ở BN TMN cấp do tắc nhánh lớn ĐM nội sọ nằm trong giới hạn thấp. Phương pháp này dường như không làm tăng đáng kể biến cố chảy máu nội sọ và phù não

Từ khóa: Biến chứng, thiếu máu não cấp, dụng cụ cơ học, chảy máu nội sọ

SUMMARY

COMPLICATIONS OF MECHANICAL THROMBECTOMY FOR ACUTE ISCHEMIC STROKE DUE TO LARGE VESSEL OCCLUSION: A RETROSPECTIVE 141 PATIENTS

Objectives: To investigate the complications of mechanical thrombectomy for acute ischemic stroke due to large vessel occlusion. **Methods:** We conducted a retrospective analysis of 141 consecutive acute ischemic stroke patients that were treated with mechanical thrombectomy in 108 hospital. Describe complications before and after mechanical thrombectomy were assessed carefully. **Results:** Complications occurred in 23/141 patients comprising a wide range of events at the following rates: intracranial hemorrhage with many different types 16/141 (11.34%), but symptomatic intracranial hemorrhage was 6 patients (4.25%) emboli to new vascular territories 4/141 (2.83%); vessel dissection 2/141 (1.42%); vasospasm of the access vessel 3/141 (2.12%); brain vessel reocclusion after successful therapy 3/141 (2.12%). There were 13 patients who suffered brain edema after mechanical thrombectomy. **Conclusions:** Overall, the frequency of procedure-related complications lies within acceptable limits for an emergency procedure.

Key word: Complications, acute ischemic stroke, mechanical thrombectomy, intracranial hemorrhage

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khoảng 3 thập kỷ gần đây, thế giới đã có những tiến bộ vượt bậc trong điều trị đột quy (ĐQ) thiếu máu não (TMN) cấp với 2 phương pháp tái thông mạch bằng tiêu sợi huyết (TSH) và lấy huyết khối (HK) bằng dụng cụ cơ học (DCCH). Với các bệnh nhân (BN) ĐQ TMN cấp do tắc nhánh lớn động mạch (ĐM) nội sọ, phương pháp tái thông bằng DCCH cho hiệu quả tái thông cao hơn và tỷ lệ phục hồi thần kinh tốt hơn [6]. Bên cạnh kết quả khả quan thu được, khi thực hiện bất cứ phương pháp điều trị nào cũng đều mang đến các tác dụng đối lập, không

mong muốn của người thầy thuốc. Và phương pháp tái thông mạch bằng DCCH cũng có những biến chứng của nó.

Các biến chứng của BN TMN cấp được tái thông bằng DCCH có thể gặp ở nhiều giai đoạn khác nhau của quy trình thực hiện. Chúng ta có thể bắt gặp các tác dụng không mong muốn từ khi BN được dùng thuốc cản quang chụp cắt lớp vi tính (CLVT), cho đến chọc ĐM đùi, dẫn catheter, đến giai đoạn hút, kéo huyết khối. Các tác dụng không mong muốn liên quan đến thuốc cản quang bao gồm: Phản ứng quá mẫn do thuốc cản quang từ nhẹ như nổi mẩn hay nguy kịch như sốc phản vệ, rối loạn chức năng tuyến giáp do chất cản quang chứa I ốt, và tổn thương thận cấp. Các tai biến trong quá trình thực hiện kỹ thuật bao gồm [3]: Chảy máu nội sọ, di chuyển huyết khối, bóc tách thành mạch, tái tắc sau can thiệp lấy huyết khối [4] và biến chứng tại chỗ chọc động mạch. Ngoài ra quá trình điều trị BN ĐQ não là quá trình tổng hợp, do đó các biến chứng liên quan đến quy trình chăm sóc điều trị BN cũng phải được đề cập. Trong các biến chứng trên, biến chứng đáng chú ý nhất và dành được nhiều sự quan tâm của các nhà thần kinh học là chảy máu nội sọ vì nó làm tăng tỷ lệ tử vong.

Để có cái nhìn khách quan và toàn diện về phương pháp này, chúng tôi thực hiện: "*Nghiên cứu các tác dụng không mong muốn của phương pháp tái thông mạch bằng dụng cụ cơ học điều trị bệnh nhân đột quy thiếu máu não cấp do tắc nhánh lớn động mạch nội sọ*" nhằm mục tiêu: Mô tả các biến chứng BN ĐQ TMN cấp gặp phải trong cả quá trình điều trị có thực hiện phương pháp can thiệp tái thông bằng DCCH.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 141 BN ĐQ TMN cấp do tắc nhánh lớn động mạch nội sọ từ tháng 7/2016 đến tháng 1/2018 đã được điều trị bằng phương pháp lấy HK bằng DCCH tại Bệnh viện 108.

Tiêu chuẩn lựa chọn: BN được chẩn đoán TMN cấp thỏa mãn đồng thời các tiêu chí sau: Tuổi ≥ 18 ; mRS trước đột quy từ 0-1; Đã được sử dụng r-tPA thất bại hoặc có chống chỉ định với r-tPA; Xác định vị trí tắc các nhánh lớn (động mạch cảnh trong, động mạch não giữa đoạn M1, M2), động mạch thân nền); Điểm NIHSS (National Institutes of Health Stroke Scale) lúc nhập viện ≥ 6 ; Điểm ASPECTS ≥ 6 [6]; Gia đình BN chấp nhận phương pháp điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ: BN có 1 trong các tiêu chuẩn sau: mRS trước đột quy ≥ 2 ; 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 động mạch lớn; Điểm NIHSS < 6; Tiền sử chấn thương sọ não mức độ nặng hoặc phẫu thuật sọ não trong 3 tháng gần đây, nhồi máu cơ tim; Dị ứng với thuốc cản quang, suy thận nặng [6].

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả.

2.3. Nội dung nghiên cứu

- Các đặc điểm chung: Điểm NIHSS khi nhập viện, vị trí động mạch bị tắc.
- Mô tả các biến chứng liên quan đến thuốc cản quang: Phản ứng quá mẫn, sốc phản vệ, và tổn thương thận cấp.
- Mô tả các biến chứng liên quan đến quá trình can thiệp:

+ Chảy máu nội sọ, dựa theo tiêu chuẩn của nghiên cứu ECASS II [5], bao gồm 4 loại chảy máu nội sọ trên hình ảnh CLVT như sau: HI1 (Hemorrhagic Infarction 1): chảy máu chấm nhỏ, vùng rìa của ổ nhồi máu. HI2 (Hemorrhagic Infarction 2): chảy máu dạng chấm trong ổ nhồi máu, không có hiệu ứng choán chỗ. PH1 (Parenchymal Hematoma 1): khối máu đông dưới 30% ổ nhồi máu, một số có gây hiệu ứng choán chỗ nhẹ. PH2 (Parenchymal Hematoma 2): khối máu đông trên 30% ổ nhồi máu, có gây hiệu ứng choán chỗ đáng kể.

- + Di chuyển huyết khối.
- + Bóc tách thành mạch, tái tắc sau can thiệp lấy huyết khối [4]
- + Biến chứng tại chỗ chọc động mạch
- Đánh giá các biến chứng trong quá trình điều trị như: sốc nhiễm khuẩn, viêm phổi thở máy, đái máu, phù não ác tính, phẫu thuật mở sọ giải áp,....

2.4. Quy trình điều trị, theo dõi

- Kỹ thuật tái thông mạch: được thực hiện theo hướng dẫn Hiệp hội Tim mạch/Đột quỵ Mỹ năm 2015 [6], BN sẽ chụp CLVT dựng hình mạch máu ngay lập tức khi nhập viện. Khi xác định có TMN cấp do tắc nhánh lớn động mạch nội sọ, lấy HK bằng DCCCH được tiến hành. Các BN được gây mê toàn thân hoặc tiền mê. Chọc động mạch đùi, luồn một catheter, xác định vị trí tổn thương. Quyết định dùng phương pháp hút trực tiếp bằng hệ thống Penumbra hoặc kết hợp stent Solitaire dựa vào tính chất tổn thương và đặc điểm HK.

- Sau tái thông, BN được chụp lại CLVT không tiêm thuốc cản quang và được điều trị tại trung tâm đột quỵ. Thở máy khi hệ thống hô hấp của BN không đáp ứng đủ (nhịp thở chậm dưới 8 lần/phút hoặc hôn mê với điểm Glassgow dưới 8)

- Đánh giá lâm sàng và theo dõi hình ảnh: tất cả BN được chụp lại CLVT có tiêm thuốc cản quang sau 24 giờ can thiệp đánh giá tình trạng chảy máu não hoặc tái tắc.

- Khám lâm sàng và chụp lại CLVT khi có dấu hiệu bất thường

- Theo dõi chức năng thận bằng số lượng nước tiểu 24 giờ và xét nghiệm ure, creatinin

- Bệnh nhân tử vong bất cứ nguyên nhân nào trong quá trình điều trị hoặc sau 3 tháng

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

1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu.

Bảng 1: Phân bố theo tuổi, giới, hướng dẫn điều trị.

Tuổi, giới		Số BN (n=141)	Tỉ lệ (%)
Tuổi	X ± SD	64,6 ± 12,6	
	Thấp nhất	22	
	Cao nhất	84	
Nhóm tuổi	≤ 40 tuổi	4	2,8
	40-59	41	29,1
	≥ 60	96	68,1
Giới	Nữ	53	37,6
	Nam	88	62,4

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là: 64,6 ± 12,6. Tuổi cao nhất là 84, thấp nhất là 22. Nhóm tuổi gặp nhiều nhất là trên 60 tuổi. Nam giới chiếm tỉ lệ 62,4%.

2. Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp do tắc nhánh lớn.

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cắt lớp vi tính

Đặc điểm		Số BN (n=141)	Tỉ lệ (%)
Thời gian (giờ)	X ± SD	4,68 ± 1,61	
	Thấp nhất	1	
	Cao nhất	12	
Điểm NIHSS	X ± SD	17,81 ± 7,39	
	6-15	50	35,46
	15-25	76	53,90
	> 25	15	10,64
Động mạch tổn thương	ĐM não giữa - M1	57	40,4
	ĐM não giữa - M2	8	5,7

ASPECTS Và pc- ASPECTS	ĐM cảnh trong	51	36,2
	ĐM thân nền	24	17,0
	ĐM não sau	1	0,7
	$X \pm SD$	$7,8 \pm 1,4$	
	≤ 5	8	5,1
	6 - 7	47	33,3
	≥ 8	86	61,6

Nhận xét: Thời gian từ khi khởi phát đến khi được chọc động mạch đùi trung bình là $4,68 \pm 1,61$ giờ. BN tái thông sớm nhất sau 1 giờ khởi phát và muộn nhất là sau 12 giờ (BN tắc thân nền). Điểm NIHSS trung bình của BN ĐQ TMN cấp do tắc nhánh lớn là $17,81 \pm 7,39$ điểm, chủ yếu gặp từ 15-25 điểm. Chủ yếu gặp các BN tắc hệ động mạch não trước (M1: 40,4%, M2: 5,7%, động mạch cảnh trong: 36,2%); tắc động mạch thân nền chiếm 17%. Điểm ASPECTS xác định cho các BN TMN vùng cấp máu động mạch não giữa, điểm pc-ASPECTS xác định cho BN TMN do tắc động mạch thân nền trên hình ảnh CLVT nguồn có tiêm thuốc. Chủ yếu can thiệp ở các BN có điểm ASPECTS và pc-ASPECTS ≥ 6 theo hướng dẫn.

3. Các tác dụng không mong muốn khi điều trị bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp bằng phương pháp tái thông với dụng cụ cơ học

Bảng 3: Tác dụng không mong muốn do thuốc cản quang

Tác dụng không mong muốn	Số BN (n=141)	Tỉ lệ (%)
Phản ứng quá mẫn	8	5,67
Sốc phản vệ	1	0,71
Rối loạn chức năng tuyến giáp	0	0
Tổn thương thận cấp	3	2,12

Nhận xét: Các tác dụng không mong muốn do thuốc cản quang (lúc chụp CLVT mạch máu và lúc chụp số hóa xóa nền) gồm các phản ứng quá mẫn như nổi mẩn đỏ trên da, ngứa chiếm 5,67%. Không gặp BN nào rối loạn chức năng tuyến giáp. Tổn thương thận cấp gặp 3 BN chiếm 2,12%

Bảng 4: Tai biến trong quá trình can thiệp

Tai biến	Số BN (n=141)	Tỉ lệ (%)
Chảy máu nội sọ	16	11,34
Cơ thắt mạch	3	2,12
Bóc tách thành động mạch	2	1,42
Di chuyển HK đến nơi khác	4	2,83
Tái tắc sau can thiệp	3	2,12
Tụ máu tại chỗ chọc động mạch	3	2,12

Nhận xét: Chảy máu nội sọ có nhiều dạng khác nhau, nhưng thống kê chung thấy có 11,34% BN sau can thiệp. Bóc tách thành động mạch gặp 2 BN chiếm 1,42%. Trong quá trình can thiệp gặp 3 BN có hiện tượng cơ thắt mạch não cần dùng Nimodipin đường tĩnh mạch. Di chuyển HK đến đầu xa hoặc đến động mạch khác chiếm 2,83%. Tái tắc sau can thiệp gặp 3 BN chiếm 2,12%.

Bảng 5: Các dạng chảy máu nội sọ

Các dạng chảy máu nội sọ	Số BN (n=141)	Tỉ lệ (%)
Chảy máu nội sọ nói chung	16	11,34
Chảy máu dưới nhện	2	1,42
Chảy máu não thất	1	0,71
HI 1	4	2,83
HI 2	3	2,12
PH 1	2	1,42
PH 2	4	2,83

Nhận xét: Chảy máu nội sọ có nhiều dạng khác nhau, bao gồm chảy máu dưới nhện chiếm 1,42%, chảy máu não thất gặp 1 BN. Các dạng chảy máu khác nhau trên chụp CLVT sau can thiệp được phân làm 4 mức độ, trong đó mức độ HI1, HI2 (chảy máu chấm nhỏ rìa và trong ổ nhồi máu) lần lượt là 2,83% và 2,12%, chảy máu mức độ nhiều hơn PH1, PH2 (ổ chảy máu không hoặc có hiệu ứng choán chỗ) lần lượt chiếm 1,42% và 2,83%. Trong các dạng chảy máu trên chỉ 2 loại có biểu hiện triệu chứng trên lâm sàng là chảy máu dưới nhện và PH2.

Bảng 5: Các diễn tiến không thuận lợi trong quá trình điều trị

Các biến chứng	Số BN (n=141)	Tỉ lệ (%)
Phù não ác tính	13	9,22
Phẫu thuật mở sọ giải áp	8	5,67
Viêm phổi thở máy	6	4,25
Đái máu	3	2,12
Sốc nhiễm khuẩn	0	0

Nhận xét: Theo dõi các BN TMN cấp vùng cấp máu của động mạch não giữa, gặp 13 BN chiếm 9,22% có biểu hiện phù não (suy giảm ý thức, đồng tử không đều, rối loạn huyết động, hô hấp), trong đó chỉ có 5,67% tiến hành phẫu thuật mở sọ giải áp. Các biến chứng khác bao gồm viêm phổi thở máy chiếm 4,25%, đái máu 2,12%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này 141 BN TMN cấp do tắc nhánh lớn ĐM nội sọ có tuổi trung bình là: $64,6 \pm 12,6$ tuổi. Các BN chủ yếu nằm trong độ tuổi trên 60 tuổi với phần đa là nam giới với tỉ lệ 62,4%. Thời gian từ khi khởi phát đến khi được chọc ĐM đùi trung bình là $4,68 \pm 1,61$ giờ. Điểm

NIHSS trung bình của BN TMN cấp do tắc nhánh lớn là $17,81 \pm 7,39$ điểm. Có 82,3% BN tắc hệ ĐM não trước (M1: 40,4%, M2: 5,7%, ĐM cảnh trong: 36,2%); hệ ĐM não sau có tỷ lệ tổn thương thấp hơn, chủ yếu là tắc ĐM thân nền (17%). Các BN được can thiệp có điểm ASPECT trung bình là $7,8 \pm 1,4$ điểm. Hầu hết BN có điểm ASPECTS và pc-ASPECTS ≥ 6 theo hướng dẫn điều trị trong nước và quốc tế. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nhiều tác giả khác [3], [4].

Mục tiêu chính trong điều trị ĐQ TMN cấp là tái thông mạch máu não bị tắc nghẽn. Phương pháp điều trị tiêu chuẩn hiện tại là tiêu sợi huyết tĩnh mạch bằng rtPA chỉ áp dụng được đối với những BN bị TMN trong vòng 4,5 giờ kể từ khi khởi phát với nhiều chống chỉ định và tỷ lệ thành công còn hạn chế, đặc biệt với những BN tổn thương mạch máu lớn. Hiện nay, phương pháp can thiệp nội mạch là một lựa chọn mới trong điều trị TMN, khắc phục được phần nào những hạn chế nói trên của phương pháp tiêu sợi huyết tĩnh mạch và có nhiều kết quả khả quan, được khẳng định bởi nhiều nghiên cứu quốc tế mới công bố gần đây. Tuy nhiên, những dữ liệu lâm sàng về các biến chứng của thủ thuật này còn hạn chế trong khi hầu hết các báo cáo chủ yếu tập trung vào tiềm năng và lợi ích của nó [2].

Tương tự các thủ thuật can thiệp mạch khác, các tác dụng không mong muốn do thuốc cản quang (lúc chụp CLVT mạch máu và lúc chụp số hóa xóa nền) gồm các phản ứng quá mẫn như nổi mẩn đỏ trên da, ngứa cũng chiếm tỷ lệ đáng kể 5,67%. Chúng tôi không gặp BN nào rối loạn chức năng tuyến giáp. Bên cạnh đó, tổn thương thận cấp do thuốc cản quang gặp ở 3 trường hợp chiếm 2,12%. Các biến chứng do thuốc cản quang thường ở mức độ nhẹ và được chúng tôi dự phòng cũng như kiểm soát kịp thời.

Tại biến trong quá trình can thiệp tái thông mạch máu bằng DCCH khá phong phú và phức tạp, từ chảy máu nội sọ, di chuyển huyết khối, bóc tách thành mạch...cho đến tái tắc mạch não sau can thiệp lấy HK. Nhiều nghiên cứu nhận thấy có mối tương quan có ý nghĩa giữa các biến chứng này với các kết cục lâm sàng bất lợi [3]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chảy máu nội sọ với nhiều dạng khác nhau chiếm tỷ lệ cao nhất với 11,34% BN. Bóc tách thành ĐM gặp ở 2 bệnh nhân chiếm 1,42%. Trong quá trình can thiệp gặp 3 BN có hiện tượng co thắt mạch não cần dùng nimodipin đường tĩnh mạch. Di chuyển HK đến đầu xa hoặc đến ĐM khác chiếm 2,83%. Tái tắc sau can thiệp gặp 3 BN chiếm

2,12%. Tương tự với kết quả của chúng tôi, Behme D. (2014) nghiên cứu biến chứng của lấy HK mạch não bằng DCCH trên 176 BN TMN cấp thấy rằng biến chứng của thủ thuật xảy ra ở 11% BN nghiên cứu, trong đó chảy máu nội sọ chiếm 5%, HK di chuyển đến đầu xa mạch máu chiếm 2%, bóc tách thành ĐM chiếm 2%, co thắt mạch 3%, trôi stent 2% và tắc stent chiếm tỷ lệ 5%. Ngoài ra tác giả còn nhận thấy có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa tần suất biến chứng của thủ thuật với thời gian từ khi BN được can thiệp mạch não đến khi mạch não được tái thông [3].

Khảo sát cụ thể các dạng chảy máu nội sọ, chúng tôi nhận thấy có nhiều dạng tổn thương khác nhau bao gồm chảy máu dưới nhện chiếm 1,42%, chảy máu não thất gặp 1 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 0,71%. Các dạng chảy máu khác nhau trên chụp CLVT sau can thiệp được phân làm 4 mức độ, trong đó mức độ HI1, HI2 (chảy máu chấm nhỏ rìa và trong ổ nhồi máu) lần lượt là 2,83% và 2,12%, chảy máu mức độ nhiều hơn PH1, PH2 (ổ chảy máu không hoặc có hiệu ứng choán chỗ) lần lượt chiếm 1,42% và 2,83%. Trong các dạng chảy máu trên chỉ 2 loại có biểu hiện triệu chứng trên lâm sàng là chảy máu dưới nhện và PH2. Phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, Behme D. (2014) và cộng sự nhận thấy chỉ có 1/176 BN (0,6%) có chảy máu dưới nhện có triệu chứng, 1/176 BN có chảy máu PH1, có 3/176 BN (2%) chảy máu PH2 kèm chảy máu não thất và 3/176 BN (2%) có chảy máu PH2 kèm chảy máu não thất và chảy máu dưới nhện. Việc phát hiện các triệu chứng của chảy máu nội sọ, do đó, có ý nghĩa hết sức quan trọng trong điều trị và tiên lượng BN.

Một trong những biến chứng nặng nề, đe dọa tử vong ở BN tắc mạch não cấp là phù não. Theo dõi các BN TMN cấp vùng chi phối máu của ĐM não giữa, chúng tôi gặp 13 BN (9,22%) có biểu hiện phù não (suy giảm ý thức, đồng tử không đều, rối loạn huyết động, hô hấp), trong đó chỉ có 5,67% tiến hành phẫu thuật mở sọ giải áp. Các biến chứng khác chiếm tỷ lệ không đáng kể bao gồm viêm phổi thở máy chiếm 4,25%, đái máu 2,12%. Akins P. (2014) và cộng sự cho rằng tái thông mạch não là con dao hai lưỡi, nếu BN TMN cấp được tái thông mạch sớm bằng DCCH thì sẽ hạn chế những thương tổn nguy hiểm cho nhu mô não. Ngược lại, tái thông mạch não ở thời điểm muộn có thể gia tăng các biến cố do sự tăng lưu lượng tuần hoàn vào vùng não đã bị tổn thương không hồi phục, làm tăng nguy cơ phù não và chảy máu não sau can thiệp [1].

V. KẾT LUẬN

Biến chứng trong quá trình can thiệp xảy ra ở 23/141 BN với nhiều dạng khác nhau. Chảy máu nội sọ với nhiều dạng khác nhau (chảy máu dưới nhện, chảy máu não thất, HI1, HI2, PH1, PH2) chiếm tỷ lệ cao nhất với 16/141 (11,34%) BN; di chuyển HK đến đầu xa hoặc đến ĐM khác 4/141 BN (2,83%); bóc tách thành ĐM gấp ở 2/141 BN chiếm 1,42%; 3/141 BN (2,12%) có hiện tượng co thắt mạch não; tái tắc sau can thiệp gấp 3/141 BN (2,12%). Có 13 BN (9,22%) có biểu hiện phù não trong quá trình điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Akins P. T., Amar A. P., Pakbaz R. S., et al. (2014), "Complications of endovascular treatment for acute stroke in the SWIFT trial with solitaire and Merci devices", *AJNR Am J Neuroradiol*, 35(3), 524-8.
2. Balami J. S., White P. M., McMeekin P. J., et al. (2017), "Complications of endovascular treatment for acute ischemic stroke: Prevention and management", *Int J Stroke*, 1747493017743051.

3. Behme D., Gondecki L., Fiethen S., et al. (2014), "Complications of mechanical thrombectomy for acute ischemic stroke-a retrospective single-center study of 176 consecutive cases", *Neuroradiology*, 56(6), 467-76.
4. Gratz P. P., Jung S., Schroth G., et al. (2014), "Outcome of standard and high-risk patients with acute anterior circulation stroke after stent retriever thrombectomy", *Stroke*, 45(1), 152-8.
5. Hacke W., Kaste M., Fieschi C., et al. (1998), "Randomised double-blind placebo-controlled trial of thrombolytic therapy with intravenous alteplase in acute ischaemic stroke (ECASS II). Second European-Australasian Acute Stroke Study Investigators", *Lancet*, 352(9136), 1245-51.
6. Powers W. J., Derdeyn C. P., Biller J., et al. (2015), "2015 American Heart Association/American Stroke Association Focused Update of the 2013 Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke Regarding Endovascular Treatment: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association", *Stroke*, 46(10), 3020-35.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN LAO CỘT SỐNG CỔ

Nguyễn Xuân Diễn*, Nguyễn Công Tô**, Khương Văn Duy*

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân lao cột sống cổ vào điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Phổi Trung ương từ 1/2015 đến 30/9/2017. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân bị lao cột sống cổ vào điều trị tại bệnh viện Phổi Trung ương từ 1/2015 đến 30/9/2017. Phương pháp nghiên cứu: thiết kế can thiệp lâm sàng có đối chứng với 31 bệnh nhân được chẩn đoán lao cột sống cổ được phân bổ ngẫu nhiên vào hai nhóm: nhóm can thiệp (thay đốt sống nhân tạo bằng titan) và nhóm đối chứng (phẫu thuật ghép xương tự thân). **Kết quả nghiên cứu:** tuổi trung bình của bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 46,5 ± 15,92. 100% bệnh nhân có triệu chứng đau và hạn chế vận động cột sống cổ, 35,5% bệnh nhân bị liệt tứ chi, 80,6% bệnh nhân bị co cơ và giập cơ cạnh sống, 29% bệnh nhân bị bí đái. Xquang cột sống: 96,8% bệnh nhân bị hẹp khe khớp, 71% bị áp xe cạnh sống, 77,4% bị tổn thương 2 đốt

sống, tăng tổn thương nhiều nhất C5-6 và C6-7. Mô bệnh viêm lao 90,3%, 74,2%. bệnh nhân cấy vi khuẩn lao dương tính. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng thường gặp của LCSC đau và hạn chế vận động cột sống, hẹp khe khớp trên Xquang cổ nghiêng.

Từ khóa: Cột sống cổ; lao cột sống cổ; điều trị phẫu thuật lao cột sống cổ; chẩn đoán lao cột sống cổ.

SUMMARY

SOME CLINICAL AND PARA CLINICAL FEATURES OF CERVICAL SPINAL TUBERCULOSIS

Objective: To describe some clinical and paraclinical features of the cervical spinal tuberculosis to get surgical treatment at National Lung Hospital from January, 2015 to September, 30th, 2017.

Material and Methods: Randomized control trial. There are 2 patient groups who both had a cervical spine tuberculosis (CST) and anteriorly operated. Study time from Jan 2015 to 30 September 2017. Group I (control trial) only was underwent iliac crest autograft after debridement, corpectomy. And Group II (clinical intervention) after debriding, corpectomy to undergo interbody by expandable titanium cage. **Results:** 31 patients had CST who underwent anterior operated. 24 men and 7 women, average age 46,5 ± 15,92. Clinical features are neck pain and restrict motion 100%, tetraplegia 35,5%, spasm muscle 80,6%, severe bladder dysfunction 29%. Imaging features are narrow interbody space 96,8%, paraspine abscess 71%, two bodies involvement

*Bệnh viện Phổi Trung ương

**Trường Đại học y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Diễn

Email: chirnguyenxuandien@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 26.3.2018

Ngày duyệt bài: 3.4.2018

77,4%, most segment involvement C5-6 and C6-7, histopathology of tuberculous lesions 90,3% and culture MTB positive 74,2%. **Conclusion:** Neck pain and restricted motion 100%, narrow interbody space 96,8%. Histopathology lesions 90,3%.

Keywords: cervical spine; cervical spine tuberculosis; anterior cervical spine tuberculosis; clinical features of cervical spine tuberculosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lao cột sống cổ (LCSC), bệnh do vi khuẩn lao MTB gây ra, tần suất ít gặp, chỉ từ 5 - 12% tổng số các lao cột sống. Biểu hiện lâm sàng âm thầm, đôi khi không triệu chứng nên dễ bị bỏ qua chẩn đoán và khi phát hiện thường ở giai đoạn muộn, đã có biến chứng chèn ép thần kinh, biến dạng cột sống như gù, vẹo cần can thiệp ngoại khoa. Ở nước ta, tỷ lệ mắc lao cột sống cổ cũng ít gặp và các biểu hiện lâm sàng ở giai đoạn sớm cũng âm thầm và chỉ phát hiện ở giai đoạn muộn [1]. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài: *"Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân lao cột sống cổ"* vào điều trị tại bệnh viện Phổi Trung ương với mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân lao cột sống cổ vào điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Phổi Trung ương từ 1/2015 đến 30/9/2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân chẩn đoán LCSC có lâm sàng và hình ảnh rõ ràng, được phẫu thuật lõi trước từ tháng 1/2015 đến 30/9/2017 tại Bệnh viện Phổi Trung ương

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Lựa chọn những bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu, có chẩn đoán lao cột sống cổ dựa vào lâm sàng đau cột sống cổ, hạn chế vận động cột sống, có chèn ép tủy cổ, và hình ảnh cổ tổn thương đốt sống điển hình của lao. Có điều trị thuốc chống lao trước và sau mổ theo phác đồ 2RHZE/10RHE; Tuổi ≥ 20

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân lao cột sống cổ không mổ, lao cột sống đoạn khác cột sống cổ, u cột sống, chưa rõ chẩn đoán; Tuổi < 20 .

2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu can thiệp lâm sàng có đối chứng gồm 2 nhóm bệnh nhân: nhóm I có 15 bệnh nhân LCSC phẫu thuật giải ép tủy, cắt bỏ và làm sạch tổn thương, ghép xương tự thân là xương

mào chậu để hàn liên thân đốt sống cổ lõi trước. Nhóm II, có 16, phẫu thuật lõi trước, cắt bỏ hoại tử và làm sạch tổn thương, đặt thân đốt sống nhân tạo (titanium expandable cage). Phân nhóm nghiên cứu theo phương pháp cổ điển, dùng các phong bì thư bên trong có ghi 1 trong 2 phương pháp mổ để bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân bắt thăm ngẫu nhiên.

- Biến số nghiên cứu: tuổi, giới, đặc điểm chung toàn thân, các triệu chứng: đau cột sống cổ, hạn chế vận động cột sống cổ, liệt, rối loạn cơ tròn.

- Nội dung nghiên cứu: khám lâm sàng trước và sau phẫu thuật. chụp Xquang phổi, cột sống cổ, cắt lớp vi tính (CLVT) cột sống cổ, cộng hưởng từ (CHT) cột sống cổ. Xét nghiệm cấy vi khuẩn, mô bệnh từ bệnh phẩm trong lúc phẫu thuật.

- Quản lý số liệu: bệnh án nghiên cứu được nhập vào phần mềm Microsoft Excel 2010, sau đó chuyển sang phần mềm SPSS 20.0 để phân tích, tỷ lệ phần trăm.

- Đạo đức nghiên cứu: được Hội đồng đạo đức bệnh viện Phổi trung ương và Hội đồng thông qua đề cương nghiên cứu sinh của trường Đại học Y Hà Nội cho phép và có sự đồng ý của người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh đồng ý ký vào bản cam kết tham gia nghiên cứu. Người bệnh có thể ra khỏi nghiên cứu bất kỳ thời gian nào khi người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp không đồng ý tiếp tục tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo giới

Giới	Nhóm nghiên cứu				Cộng	
	Can thiệp		Đối chứng			
	n	%	n	%	n	%
Nam	11	68,8	13	86,7	24	77,4
Nữ	5	31,2	2	13,3	7	22,6
Cộng	16	51,6	15	48,4	31	100,0

Trong tổng số 31 đối tượng được chọn tham gia nghiên cứu, nam giới chiếm 77,4%, nữ giới 22,6%. Trong đó, nam giới tham gia nghiên cứu ở nhóm can thiệp chiếm 68,8%, ở nhóm đối chứng chiếm 86,7%. Sự khác nhau về tỷ lệ đối tượng tham gia nghiên cứu ở nhóm can thiệp và đối chứng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 2: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Nhóm nghiên cứu				Cộng	
	Can thiệp		Đối chứng			
	n	%	N	%	n	%
≤ 40 tuổi	5	31,2	7	46,7	12	38,7

40 - 49	2	12,5	3	20,0	5	16,1
50 - 59	4	25,0	1	6,7	5	16,1
≥ 60	5	31,2	4	26,7	9	29,0
Cộng	16	51,6	15	48,4	31	100,0

Trong tổng số 31 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, nhóm tuổi ≤ 40 tuổi có tỷ lệ tham gia nghiên cứu chiếm 38,7%, tiếp theo là nhóm ≥ 60 tuổi (29,0%), nhóm tuổi 40 - 49 và 50 - 59 có tỷ lệ tham gia nghiên cứu như nhau (16,1%). Tính theo nhóm can thiệp, nhóm tuổi ≤ 40 tuổi và ≥ 60 tuổi có tỷ lệ tham gia nghiên cứu như nhau (31,2%), thấp nhất là nhóm tuổi 40 - 49 (12,5%). Ở nhóm đối chứng, nhóm tuổi ≤ 40 tuổi tham gia nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao nhất (46,7%). Sự khác nhau về nhóm tuổi giữa nhóm can thiệp và nhóm nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3: Triệu chứng toàn thân

Triệu chứng toàn thân	Nhóm nghiên cứu				Chung (n = 31)	
	Can thiệp (n = 16)		Đối chứng (n = 15)			
	n	%	n	%	n	%
Ôm yếu kéo dài	15	93,8	11	73,3	26	83,9
Sốt thất thường	15	93,8	14	93,3	29	93,5
Sụt cân	7	48,3	4	26,7	11	35,5
Khó ở trong người	4	25,0	9	60,0	13	41,9
Vã mờ hồi	15	93,8	15	100,0	30	96,8

Trong 31 đối tượng tham gia nghiên cứu, 96,8% số đối tượng có dấu hiệu vã mờ hồi, 93,5% số đối tượng có biểu hiện sốt thất thường, 83,0% số đối tượng có biểu hiện ốm yếu kéo dài và chỉ có 35,5% số đối tượng có biểu hiện sụt cân. Ở nhóm can thiệp, 93,8% số đối tượng có biểu hiện ốm yếu kéo dài, sốt thất thường và vã mờ hồi, chỉ có 48,3% số đối tượng có biểu hiện sụt cân. Ở nhóm đối chứng, 100% số đối tượng có biểu hiện vã mờ hồi, 93,3% có biểu hiện sốt thất thường và 73,3% số đối tượng có biểu hiện ốm yếu kéo dài, chỉ có 26,7% số đối tượng có biểu hiện sụt cân.

Bảng 4: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Nhóm nghiên cứu				Chung (n=31)	
	Can thiệp (n=16)		Đối chứng (n=15)			
	n	%	n	%	N	%
Đau cột sống cổ	16	100,0	15	100	31	100,0
Hạn chế vận động cột sống cổ	16	100,0	15	100	31	100,0
Giật cơ, co cơ cạnh cột sống	15	93,8	10	66,7	25	80,6
Áp xe sau họng	0	0,0	4	26,7	4	12,9
Liệt tứ chi	5	31,3	6	40,0	11	35,5
Gù cột sống cổ trên lâm sàng	1	6,3	1	6,7	2	6,5
Bí đại	4	25,0	5	33,3	9	29,0
Rối loạn cơ thắt	1	6,3	1	6,7	2	6,5

100,0% bệnh nhân tham gia nghiên cứu có biểu hiện lâm sàng đau cột sống, hạn chế vận động cột sống cổ. Ở nhóm can thiệp có 93,8% bệnh nhân bị giật, co cơ cạnh cột sống, nhóm đối chứng chỉ có 66,7%. Nhóm can thiệp có 31,3% bệnh nhân bị liệt tứ chi, trong đó ở nhóm đối chứng chiếm 40,0%.

Bảng 5: Một số đặc điểm tổn thương trên hình ảnh

Đặc điểm tổn thương trên hình ảnh	Nhóm nghiên cứu					
	Can thiệp (n=16)		Đối chứng (n=15)		Chung (n=31)	
	N	%	n	%	n	%
Hẹp khe khớp	15	93,8	15	100,0	30	96,8
TT 2 đốt sống	14	87,5	13	86,7	27	87,1
TT 3 đốt sống	1	6,2	1	6,7	2	6,5
Tầng TT C5-6	7	43,8	3	20,0	10	32,3
Tầng TT C6-7	4	25,0	3	20,0	7	22,6
Áp xe cạnh sống	16	100,0	6	40,0	22	71,0
Áp xe ngoài màng cứng	16	100,0	15	100,0	31	100
TT nốt trên XQ phổi	7	43,8	4	26,7	11	35,5
Gù nhẹ cột sống < 25°	14	87,5	13	86,7	27	87,1
Gù nặng cột sống 26-45°	2	12,5	2	13,3	4	12,9

Nhóm can thiệp: 93,8% số bệnh nhân bị hẹp khe khớp, tổn thương 2 đốt sống chiếm tới 87,5%. 100,0% bệnh nhân ở nhóm này bị áp xe cạnh cột sống và áp xe ngoài màng cứng. Bệnh nhân bị gù nhẹ chiếm tới 87,5%.

- Nhóm đối chứng: 100,0% bệnh nhân bị hẹp khe khớp và tổn thương 2 đốt sống chiếm 86,7%. Chỉ có 40,0% số bệnh nhân bị áp xe cạnh cột sống và 100,0% bệnh nhân bị áp xe ngoài màng cứng. 86,7% số bệnh nhân ở nhóm đối chứng bị gù nhẹ.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của bệnh nhân: Tổng số 31 bệnh nhân được chọn tham gia nghiên cứu thời gian từ 1/2015 đến 30/9/2017 với 24 bệnh nhân nam (77,4%) và 7 nữ (22,6%), thời gian theo dõi trung bình $17,1 \pm 8,4$ tháng. Tuổi trung bình $46,5 \pm 15,92$ cao nhất 78, thấp nhất 21 tuổi và tuổi trung bình giữa 2 nhóm nghiên cứu không có sự khác biệt ($p > 0,05$). Tuổi của bệnh nhân tham gia nghiên cứu của chúng tôi cao hơn của Tao Shi và cs [2] (tuổi trung bình $35,86 \pm 15,68$) của Nguyễn Xuân Diễn và cs [3] ($44,7 \pm 17,7$). Giới tham gia nghiên cứu (nam/nữ) tương đương nhau với các tác giả trên.

2. Đặc điểm về lâm sàng

- *Triệu chứng toàn thân:* Khó ở trong người, sốt thất thường, vã mồ hôi về chiều và đêm, sụt cân thường không đặc hiệu để chẩn đoán bệnh, và thường xuất hiện trước khi có tổn thương ở đốt sống vài tuần đến vài tháng. Tao Shi và cs [2] có 41,78% vã mồ hôi. Mao ningfang và cs [4] báo cáo 21 bệnh nhân, có 90,5% sốt thất thường, 90,5% có vã mồ hôi về đêm, 57,1% có mệt mỏi ốm yếu kéo dài, 76,2% có sụt cân. Qu Jin-Tao và cs [1] sốt 18%, vã mồ hôi 24%, sụt cân 24,3%.

- *Triệu chứng lâm sàng:* Đau và hạn chế vận động cột sống cổ tỉ lệ 90 – 100% [5], [6]. Theo Yao và cs [7] đặc điểm 921 bệnh nhân lao cột sống, đau khu trú vùng cột sống tổn thương 97,8%. Giật cơ, co cơ cạnh sống thường liên quan tới áp xe, có 71,1% giật cơ cạnh sống cổ làm BN không dám cử động. Qu-Jin Tao và cs [1] nghiên cứu mối liên quan giữa tăng tính cảm nhận đau tại vị trí tổn thương và áp xe, tác giả báo cáo có độ nhạy rất cao 97,6%. Nghĩa là khi có áp xe thì gần như chắc chắn bệnh nhân tăng cảm giác đau vùng da và cơ quanh tổn thương. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả 80,6%. Về liệt thần kinh trong LCSC, 98% tổn thương ở thân đốt sống, thường chèn ép phía trước tủy sống do các chất hoại tử, áp xe và mảnh xương

chết, biểu hiện liệt từ từ có thể một phần hoặc liệt hoàn toàn, khi có liệt ở LCSC là liệt tứ chi. Rối loạn cơ tròn bàng quang, cơ thắt hậu môn, tỉ lệ 4,3% - 12,5% và phục hồi sau phẫu thuật là 95,7%. Mao và cs 2013 [4] rối loạn cơ thắt là 19%. Gù cột sống cổ thường khó phát hiện gù trên lâm sàng, khi thấy dấu hiệu này là một biến dạng rất nặng ở cột sống cổ, có 27,5% gù phát hiện trên lâm sàng. Trẹo cổ cũng là dấu hiệu thường gặp ở LCSC cao C1-C2, trên lâm sàng là cằm lệch sang bên. Nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ gặp 2 bệnh nhân gù cột sống cổ phát hiện trên lâm sàng.

- *Chẩn đoán hình ảnh:* 31 bệnh nhân đều được chụp Xquang phổi, cột sống cổ, CLVT, CHT. Tao Shi và cs 2016 [2] báo cáo 967 bệnh nhân lao cột sống, tổn thương 1 đốt sống 11,17%, 2 đốt sống 56,15% và trên 3 đốt sống 32,68% với đặc điểm tổn thương hẹp khe khớp 86,35%, có áp xe cạnh sống 55,64%, áp xe trước sống 8,17%, chèn ép ngoài màng cứng 33,3%, tạo hốc khuyết bờ sụn tiếp 3,41%, tổn thương 2 đốt sống 75%, trên 2 đốt sống 25%, giảm cường độ tín hiệu thân đốt sống 87,5%, tín hiệu hỗn hợp 12,5% (ảnh T1WI) và ở đĩa đệm, tín hiệu đồng nhất 100%, giảm tín hiệu 0%, có áp xe cạnh sống 75% và 53% áp xe ngoài màng cứng, 70% tổn thương 1 – 2 đốt sống và 30% tổn thương trên 3 đốt sống [1]. Tổn thương thường ở bờ sụn tiếp 2 đốt sống liền kề gây thiếu dưỡng đĩa đệm và xẹp đĩa đệm, hoại tử đĩa đệm. Nghiên cứu chúng tôi, có nốt tổn thương trên XQ phổi giữa 2 nhóm can thiệp 43,8% so với 26,7% ở nhóm chứng nhưng sự khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$). CLVT đánh giá chi tiết những tổn thương tiêu xương sớm hơn Xquang mặc dù không nhạy bằng CHT, xác định được sự lớn dần của áp xe cạnh sống và mô quanh sống. Những áp xe cạnh sống 2 bên có mảnh can xi bên trong thường là bệnh học của lao xương, có áp xe cạnh sống chiếm 98,5% các trường hợp. Ở vùng này các tiểu động mạch gặp lại đột ngột nên cho phép vi khuẩn ngấm lại tại đây và hoạt động tạo thành áp xe. Do đó dấu hiệu sớm nhất trên CHT cột sống là phù sụn tiếp hay giảm cường độ tín hiệu trên T1W và tăng tín hiệu trên T2W. Nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương 2 đốt sống trên hình ảnh 87,1% và tăng tổn thương nhiều nhất C5 C6, tương đồng với kết quả nghiên cứu trên.

- Nuôi cấy vi khuẩn lao và mô bệnh học: kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng kết quả nghiên cứu của T.Shi và cs [2].

Ví dụ: Bệnh nhân Nguyễn Hữu Th 65 tuổi: Mã BA: 21071160961



Hình 1: MRI có tổn thương C3-4 ép tủy, có áp xe dưới dây chằng dọc trước (A); góc gù trên XQ cột sống cổ nghiêng (B); khám lại 11/2017 hình ảnh đã liền xương ghép (C).

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng thường gặp của LCSC đau và hạn chế vận động cột sống, hẹp khe khớp trên Xquang cổ nghiêng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. J. T. Qu, Y. Q. Jiang, G. H. Xu, et al. (2015). Clinical characteristics and neurologic recovery of patients with cervical spinal tuberculosis: should conservative treatment be preferred? A retrospective follow-up study of 115 cases. *World Neurosurg*, 83(5), 700-707.
2. T. Shi, Z. Zhang, F. Dai, et al. (2016). Retrospective Study of 967 Patients With Spinal Tuberculosis. *Orthopedics*, 39(5), e838-843.
3. Nguyễn Xuân Diên (2016). Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật lõi trước 19

4. N. Mao, Z. Shi, H. Ni, et al. (2013). Long-term outcomes of one-stage anterior debridement, bone grafting, and internal fixation for the treatment of lower cervical tuberculosis with kyphosis. *Br J Neurosurg*, 27(2), 160-166.
5. Bhandari A, Garg RK, Malhotra HS et al (2014). Outcome assessment in conservatively managed patients with cervical spine tuberculosis. *Spinal Cord*, 52(6), 489-493.
6. Hsu LC, Leong JC (1984). Tuberculosis of the lower cervical spine (C2 to C7) A report on 40 cases. *J Bone Joint Surg Br*, 66, 1-5.
7. Y. Yao, W. Song, K. Wang, et al. (2017). Features of 921 Patients With Spinal Tuberculosis: A 16-Year Investigation of a General Hospital in Southwest China. *Orthopedics*, 1-7.

NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP ST CHÊNH LÊN Ở BỆNH NHÂN XUẤT HUYẾT GIẢM TIỂU CẦU MIỄN DỊCH: MỘT TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Nguyễn Hoàng Tài My¹, Mai Trí Luận¹, Hoàng Văn Sỹ^{1,2}

TÓM TẮT

Xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch (XHGTCDM) là một bệnh lý miễn dịch được đặc trưng bởi sự giảm tiểu cầu (TC) thoáng qua hay dai dẳng. Xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch rất hiếm được ghi nhận gây biến chứng nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp khi y văn thế giới đến hiện tại chỉ ghi nhận được khoảng hơn 10 trường hợp và đây cũng là một thử thách điều trị với nhiều nguy cơ xuất huyết lần huyết khối. Chúng tôi mô tả một trường hợp bệnh nhân nam 39 tuổi được chẩn đoán tình cờ xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch

nhập viện vì nhồi máu cơ tim cấp thành dưới. Cho đến hiện tại vẫn chưa có một khuyến cáo chính thức nào hướng dẫn việc điều trị nhồi máu cơ tim trên những bệnh nhân xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch. Qua tìm hiểu tài liệu và y văn, chúng tôi muốn thảo luận về cơ chế bệnh sinh giữa xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch với sự tạo lập huyết khối động mạch cũng như cách điều trị nội khoa và can thiệp mạch vành ở những bệnh nhân này.

Từ khóa: nhồi máu cơ tim, xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch, thuốc chống kết tập tiểu cầu (CKTTC), thuốc chống đông, can thiệp mạch vành.

SUMMARY

ACUTE ST ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION IN PATIENTS WITH IMMUNE THROMBOCYTOPENIA PURPURA: A CASE REPORT

Immune thrombocytopenic purpura (ITP) is an acquired immune-mediated disease characterized by a

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Tài My

Email: marknguyen.dr@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 2.4.2018

Ngày duyệt bài: 13.4.2018

transient or persistent decrease of platelets. Immune thrombocytopenic purpura has rarely been implicated in cases of acute myocardial infarction (AMI) which presents a treatment challenge laden with increased risks of both bleeding and thrombosis. We describe a case of a 39-year-old male with occasionally diagnosed immune thrombocytopenic purpura who presented with an inferior wall ST-elevation myocardial infarction. There are no current guidelines available for management of immune thrombocytopenic purpura patients with acute myocardial infarction. In this review of literature, we discuss the proposed pathophysiological link between immune thrombocytopenic purpura and arterial thrombosis and the challenging medical and interventional treatment of these patients.

Key words: myocardial infarction, purpura, thrombocytopenia, percutaneous coronary intervention, anticoagulation, heparin-induced thrombocytopenia (HIT).

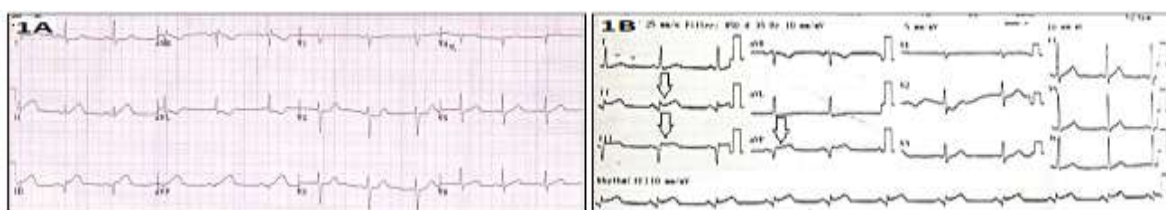
I. ĐẶT VẤN ĐỀ

XHGTCMD là một bệnh lý hiếm gặp với tần suất mắc bệnh ước tính khoảng 100 ca trên 1 triệu người mỗi năm. Bên cạnh đó, cho dù tần suất xơ vữa động mạch nói chung và nhồi máu cơ tim nói riêng ở những bệnh nhân có rối loạn đông máu và giảm tiểu cầu mạn tính là rất thấp nhưng y văn thế giới cũng đã ghi nhận có sự liên quan giữa XHGTCMD với NMCT. Cơ chế sinh lý

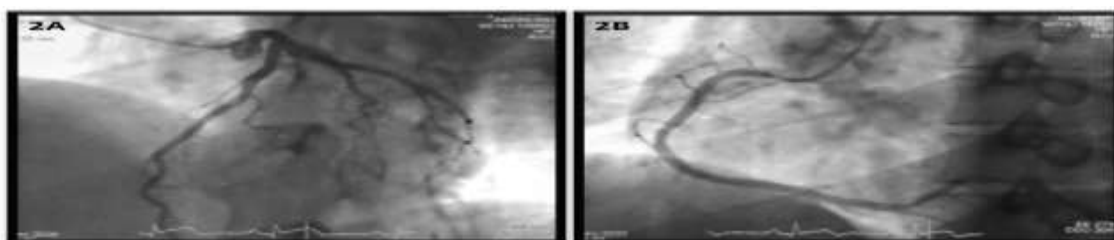
bệnh còn chưa rõ ràng và việc điều trị chuẩn với các thuốc chống huyết khối trên những bệnh nhân này thực sự là một thách thức.

II. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

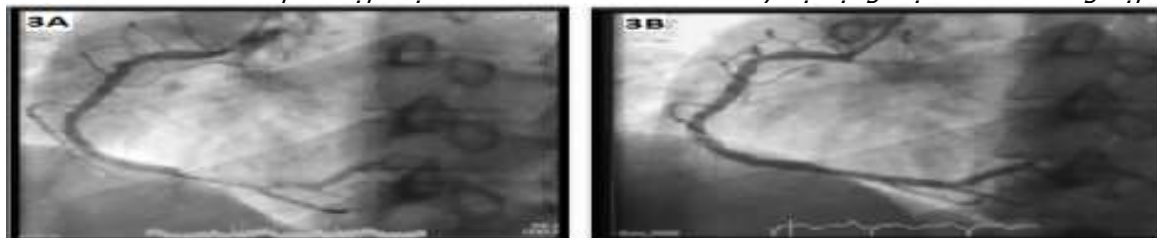
Bệnh nhân nam, 39 tuổi vừa được chuyển từ bệnh viện địa phương đến khoa cấp cứu với chẩn đoán NMCT cấp thành dưới giờ thứ 20 Killip I. Tiền căn không ghi nhận bất thường bệnh lý nội ngoại khoa. Điện tâm đồ (ĐTĐ) ghi nhận ST chênh lên, sóng Q ở các chuyển đạo DII, DIII, aVF, ST chênh lên nhẹ ở DI, aVL và chênh xuống ở aVR (hình 1A). Tổng phân tích tế bào máu ghi nhận giảm tiểu cầu 15 G/L với số lượng hồng cầu và tiểu cầu bình thường; Troponin I tăng 1,65 ng/ml, chức năng cơ bóp thất trái tốt trên siêu âm tim và các xét nghiệm sinh hóa khác cho kết quả bình thường. Bệnh nhân được chụp mạch vành cấp cứu và kết quả cho thấy hệ động mạch vành không hẹp (hình 2A, 2B). Các xét nghiệm ANA, anti-dsDNA, antiHIV bình thường. Tủy đồ ghi nhận tình trạng hủy tiểu cầu do miễn dịch. Bệnh nhân được chuyển khoa Huyết học điều trị tiếp với chẩn đoán Viêm cơ tim và xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch. Xuất viện sau nửa tháng với số lượng tiểu cầu là 230G/L.



Hình 1. ĐTĐ được ghi nhận vào ngày nhập viện lần đầu (1A) và lần sau (1B).



Hình 2A và 2B. Kết quả chụp mạch vành lần đầu tiên cho thấy hệ động mạch vành không hẹp.



Hình 3A và 3B. Kết quả chụp mạch vành phải lần hai nhiều huyết khối (3A) và hình ảnh mạch vành chụp lại sau 1 tuần (3B)

Sáu tháng sau, bệnh nhân nhập viện lại vì tình trạng xuất huyết dưới da với số lượng tiểu cầu là 9 G/L. Bệnh nhân được truyền 2 đơn vị tiểu cầu đậm đặc. Đến ngày thứ 4, số lượng tiểu cầu là 235 G/L và bệnh nhân đột ngột than đau ngực dữ dội với tính chất tương tự lần trước. ĐTĐ ghi nhận sóng Q, ST chênh lên ở DII, III, aVF, ST chênh xuống ở aVR cũng tương tự như 6 tháng trước (hình 1B). Các xét nghiệm Troponin I tăng 98ng/ml, CK-MB tăng 262,3 U/L, chức năng cơ bóp thất trái bình thường với EF 65%. Kết quả chụp mạch vành cho thấy hẹp 90% động mạch vành phải do huyết khối (hình 3A). Bệnh nhân được điều trị nội khoa với thuốc chống huyết khối (Enoxaparin, clopidogrel và aspirin) và chụp mạch vành kiểm tra sau 7 ngày cho thấy động mạch vành phải không còn huyết khối, không xơ vữa gây hẹp đáng kể (hình 3B). Sau đó, bệnh nhân được duy trì thuốc aspirin 81mg, clopidogrel 75mg mỗi ngày với số lượng tiểu cầu ổn định 200G/L.

IV. BÀN LUẬN

XHGTCMD là một rối loạn tiểu cầu tự miễn hiếm gặp đặc trưng bởi tình trạng giảm tiểu cầu và xuất huyết da niêm. XHGTCMD thường được chẩn đoán sau khi loại trừ các nguyên nhân gây giảm tiểu cầu khác. Bên cạnh đó, HCVC thường xảy ra do sự kết tập và hình thành nút tiểu cầu trên các mảng xơ vữa không ổn định bị nứt vỡ gây hẹp hoặc tắc nghẽn lòng động mạch vành.

Tình trạng giảm tiểu cầu trong bệnh lý XHGTCMD thường gây biến chứng xuất huyết nhưng đã được ghi nhận có liên quan với nguy cơ cao xảy ra những biến cố huyết khối như NMCT, nhồi máu não và huyết khối động tĩnh mạch. Những biến cố này được ghi nhận xuất hiện trong và sau quá trình điều trị khi mức tiểu cầu bắt đầu tăng và thậm chí ngay trong pha giảm tiểu cầu trung bình đến nặng [4].

Nguyên nhân hình thành huyết khối trong XHGTCMD [6]

- Một giả thuyết cho rằng là do phản ứng kháng thể chống tiểu cầu và giải phóng những vi phân tử từ tiểu cầu. Những phân tử này kích hoạt hình thành huyết khối. Chính những vi phân tử này đóng vai trò bảo vệ trong tình trạng giảm tiểu cầu. Trong trường hợp này, có lẽ hoạt động tăng đông vượt quá hiệu quả bảo vệ.

- Tiểu cầu trong XHGTCMD thì lớn hơn, trẻ hơn và hoạt tính mạnh hơn. Khi điều trị, số lượng tiểu cầu tăng nhanh là nguyên nhân gây bệnh.

- Một số biện pháp điều trị, như cắt lách, cũng có thể gây biến cố huyết khối: huyết khối tĩnh mạch cửa, thuyên tắc phổi, huyết khối tĩnh

mạch sâu.

- Điều trị steroid được biết có thể gây những thay đổi chuyển hóa và trạng thái tăng đông như tăng độ nhớt máu, hoạt hóa tiểu cầu hay co thắt mạch.

- Điều trị Danazol cũng được ghi nhận gây huyết khối động mạch.

- Một nguyên nhân có thể là sự tương đồng về cấu trúc kháng nguyên trên tiểu cầu và tế bào nội mô. Vì vậy, những tự kháng thể tấn công trực tiếp không những tiểu cầu mà còn gây tổn hại tế bào nội mô, hình thành huyết khối và huyết tắc động mạch.

- Một số nhỏ bệnh nhân XHGTCMD có kháng thể kháng phospholipid (aPL) cao. Một nghiên cứu cho thấy tỷ lệ này là 26% ở những bệnh nhân mới chẩn đoán với số lượng tiểu cầu dưới 50 G/L, nhưng nồng độ aPL cao không liên quan với sự xuất hiện XHGTCMD. Vì vậy, vai trò của aPL trong cơ chế bệnh sinh XHGTCMD vẫn còn nhiều tranh cãi.

Thử thách trong điều trị NMCT ở bệnh nhân XHGTCMD:

Điều trị HCVC ở những bệnh nhân XHGTCMD hiện vẫn còn nhiều điểm chưa thống nhất. Đầu tiên, điều trị thuốc tiêu sợi huyết ở bệnh nhân XHGTCMD là chống chỉ định vì nguy cơ xuất huyết cao. Can thiệp mạch vành là một biện pháp hiệu quả nhưng cũng là một thử thách. "Có cần thiết đặt stent không và nếu có thì chọn loại stent thường hay stent phủ thuốc?" hay "Sử dụng thuốc chống đông và chống kết tập tiểu cầu trong và sau khi tiến hành can thiệp mạch vành như thế nào?" cũng như "Cần cân nhắc gì khi điều trị bệnh nhân XHGTCMD khi đối mặt với HCVC?" là những câu hỏi lớn cần đặt ra cho các bác sĩ khi điều trị bệnh lý phối hợp đặc biệt này. Tóm lại, khi tiến hành can thiệp mạch vành ở những bệnh nhân này, điều quan trọng nhất là làm sao ức chế hiệu quả chức năng tiểu cầu để tiến hành can thiệp an toàn nhưng cũng không làm cho tình trạng xuất huyết xảy ra.

Đối với những bệnh nhân XHGTCMD kèm bệnh mạch vành phối hợp, đường tiếp cận động mạch quay thường được ưu tiên để dễ dàng băng ép cầm máu tại chỗ. Trường hợp của chúng tôi, bởi vì bệnh nhân không phát hiện thấy mảng xơ vữa gây hẹp đáng kể động mạch vành trong lần đầu tiên chụp mạch vành cũng như nhận thấy khả năng hẹp động mạch vành trong lần chụp thứ hai là do huyết khối cấp nên việc đặt stent đã không được đặt ra. Nếu quyết định đặt stent, stent trần cũng được ưu tiên sử dụng hơn stent phủ thuốc do thời gian dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu kép cũng ngắn hơn.

Tuy nhiên, cho đến hiện tại vẫn chưa có dữ liệu nghiên cứu so sánh hiệu quả trực tiếp về mức độ an toàn và hiệu quả khi lựa chọn hai loại stent trên ở các đối tượng bệnh nhân XHGT CMD có NMCT cấp. Những trường hợp đầu tiên XHGT CMD bị NMCT ST chênh lên được mổ bắc cầu tuy nhiên can thiệp mạch vành qua da đã được chứng minh là biện pháp điều trị an toàn.

Các thuốc chống đông dòng heparin, bao gồm heparin không phân đoạn và fondaparinux, đã được dùng thành công khi tiến hành can thiệp mạch vành ở bệnh nhân XHGT CMD. Hiện tại, liều heparin tối ưu được sử dụng là bao nhiêu vẫn còn là một vấn đề bỏ ngỏ. Tuy nhiên, có lẽ liều heparin chuẩn tính theo cân nặng hay là liều được giảm kết hợp với gamma globulin trong pha giảm tiểu cầu là được chấp nhận rộng rãi. Tuy nhiên, điều này xảy ra hoàn toàn là do kết quả từ nhóm so sánh giữa fondaparinux và placebo (HR=0,79; $p<0,05$) trong khi nhóm so sánh giữa fondaparinux và heparin không phân đoạn cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa (HR=0,96; $p=NS$). Trong đó, một kết quả đáng quan tâm là nguy cơ huyết khối catheter tăng cao trong nhóm bệnh nhân sử dụng fondaparinux hơn trong nhóm còn lại. Hơn nữa, fondaparinux không giống như heparin không phân đoạn và heparin trọng lượng 75 phân tử thấp ở chỗ không ức chế chức năng tiểu cầu và do đó giảm được nguy cơ xuất huyết trên những đối tượng này. Điều này nghe có vẻ hợp lý tuy nhiên cần nhấn mạnh là cho đến hiện tại vẫn chưa có nghiên cứu nào được thực hiện nhằm khảo sát hiệu quả thực sự của fondaparinux trên nhóm bệnh nhân XHGT CMD bị NMCT như trường hợp chúng tôi.

Nhóm thuốc ức chế thrombin trực tiếp cũng được cân nhắc là một lựa chọn thay thế trong trường hợp này. Bivalirudin là thuốc duy nhất trong nhóm này được chấp nhận khi bệnh nhân có giảm tiểu cầu do heparin. Vì thế, có lẽ đây là thuốc nên được cân nhắc sử dụng, nhất là trong trường hợp bệnh nhân bị NMCT trong pha giảm tiểu cầu mà khó phân biệt với tình trạng giảm tiểu cầu khi đang điều trị heparin không phân đoạn. Thuốc ức chế thụ thể IIb/IIIa cần tránh sử dụng do nguy cơ xuất huyết cao cũng như gây giảm tiểu cầu nặng hơn dù một số trường hợp tỏ ra hiệu quả.

Câu hỏi tiếp theo cần trả lời là "Liệu có nên tiếp tục heparin sau can thiệp hút huyết khối?" và nếu có thì "Thời gian sử dụng là bao lâu?" Một trường hợp tương tự đã được ghi nhận bởi Fengyi Shen và cs [6] cho thấy sự tái lập huyết

khối sớm dù được tiến hành hút huyết khối thành công khi bệnh nhân không được duy trì heparin sau quá trình hút huyết khối. Trong trường hợp của chúng tôi, bệnh nhân bị XHGT CMD đang được đặc trị với các thuốc nhằm làm tăng số lượng tiểu cầu nên loại kháng đông được ưu tiên sử dụng nhất phải là fondaparinux hoặc bivalirudin nhằm hạn chế khả năng ức chế hay giảm số lượng tiểu cầu do heparin gây nên. Tuy nhiên, vì thực tế tại bệnh viện chúng tôi thời điểm này chỉ có hai lựa chọn thuốc kháng đông trong điều trị NMCT cấp là heparin không phân đoạn và heparin trọng lượng phân tử thấp nên bệnh nhân đã được sử dụng enoxaparin (heparin TLPTT) với liều chuẩn trong thời gian 7 ngày sau khi chụp mạch vành. Hiệu quả hoàn toàn đạt được với động mạch vành phải không huyết khối, không sang thương xơ vữa khi chụp kiểm tra và khi theo dõi 3 tháng sau đó và không có biến chứng chảy máu. Thực sự liều enoxaparin tối ưu trong hội chứng mạch vành cấp có giảm tiểu cầu chưa được khuyến cáo.

Điều trị thuốc CKTTC kép được khuyến cáo sử dụng trong thời gian ngắn ở những bệnh nhân can thiệp đặt stent để cho phép quá trình nội mạc hóa xảy ra nhưng sẽ làm tăng nguy cơ xuất huyết. Đối với những bệnh nhân có giảm tiểu cầu phối hợp, nguy cơ xuất huyết còn cao hơn gấp nhiều lần. Bên cạnh đó, mặc dù điều trị thuốc CKTTC kép đầy đủ thời gian, các bệnh nhân này vẫn có nguy cơ cao tái hẹp trong stent và cần tiến hành can thiệp lại. Nhiều trường hợp đã được ghi nhận hiện tượng tái hẹp trong stent trong khoảng thời gian rất ngắn sau can thiệp. Tuy nhiên, con số cần thiết đạt được là bao nhiêu vẫn đang còn là vấn đề tranh cãi và lưu ý các thuốc chống huyết khối bị chống chỉ định khi số lượng tiểu cầu dưới 30 G/L. Bên cạnh đó, nếu bệnh nhân có các biến chứng xuất huyết nặng, đe dọa tính mạng hay khi số lượng tiểu cầu xuống dưới 5 G/L thì cần điều trị cấp cứu bằng cách truyền tiểu cầu đậm đặc hay các thuốc ức chế miễn dịch đặc hiệu như gamma globulin, các thuốc nhóm corticoides và thậm chí là phối hợp các biện pháp trên. Chỉ định nhập viện điều trị không phải cấp cứu với liều cao corticoides khi số lượng tiểu cầu thấp hơn 20-30 G/L. Trong trường hợp bệnh nhân của chúng tôi, tại thời điểm đó không có các biến chứng xuất huyết nặng hay đe dọa tính mạng cũng như số lượng tiểu cầu là 235 G/L nên bệnh nhân đã được tiếp tục điều trị với hai loại CKTTC cùng với liều thấp prednisolon 10mg để duy trì ổn định số lượng tiểu cầu. Ít nhất sau 3 tháng, bệnh nhân không có cơn đau ngực tái phát.

Rõ ràng việc sử dụng bộ ba - 1 thuốc chống đông và 2 thuốc CKTTC như các khuyến cáo hiện hành trong điều trị NMCT cấp là cần thiết và phù hợp. Tuy nhiên, trong trường hợp XHGTCMD là một vấn đề hoàn toàn khác bởi vì nguy cơ xuất huyết gia tăng. Vậy, liệu chỉ sử dụng bộ hai - 1 thuốc chống đông và 1 thuốc CKTTC trong pha cấp có làm tăng nguy cơ tắc stent hơn ở các đối tượng này? Các nghiên cứu ngẫu nhiên, mù đôi như RE-DUAL PCI [2] và PIONEER AF-PCI [1] khi khảo sát các biến cố chính xuất huyết trên các BN rung nhĩ bị HCVC cần can thiệp mạch vành đã cho thấy việc sử dụng bộ hai - dabigatran (RE-DUAL PCI) hay rivaroxaban (PIONEER AF-PCI) cộng với duy nhất clopidogrel cho kết quả các biến cố xuất huyết xuất hiện ít hơn trong khi các biến cố huyết khối thuyên tắc, NMCT, tử vong do NMCT không tăng.

Cuối cùng, việc phải tiếp tục sử dụng thuốc chống đông và thuốc CKTTC kép ở bệnh nhân XHGTCMD còn đặt ra một vấn đề quan trọng khi nó đòi hỏi phải theo dõi sát số lượng tiểu cầu để tránh số lượng tiểu cầu giảm quá mức và có thể kích hoạt hình thành huyết khối mới. Hơn nữa, sau khi ngưng heparin, việc theo dõi tiếp tục số lượng tiểu cầu cũng quan trọng không kém và là mục tiêu trong điều trị và theo dõi bệnh lý XHGTCMD. Trong trường hợp này, bệnh nhân của chúng tôi được xét nghiệm theo dõi sát số lượng tiểu cầu mỗi 2 ngày trong tuần đầu tiên và sau đó là mỗi 1 và 2 tuần trong 3 tháng sau đó với số lượng tiểu cầu được duy trì ổn định trên 200 G/L.

V. KẾT LUẬN

Tóm lại, nhồi máu cơ tim cấp vẫn có thể gặp ở những bệnh nhân xuất huyết giảm tiểu cầu.

Điều trị đối tượng bệnh nhân này vẫn còn là một thách thức. Các thuốc chống huyết khối bao gồm các thuốc chống đông và thuốc CKTTC kép cho đến hiện tại vẫn tỏ ra an toàn. Tuy nhiên, việc sử dụng các thuốc này cần hết sức thận trọng, cần chỉnh liều và chọn loại thuốc chống huyết khối phù hợp, và cần theo dõi sát biến chứng chảy máu và số lượng tiểu cầu trong khi điều trị các thuốc này và thuốc ức chế miễn dịch nhằm làm giảm thấp nhất khả năng xảy ra các biến cố huyết khối cũng như xuất huyết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. C. Michael G, Roxana M, Christoph B, Prevention of Bleeding in Patients with Atrial Fibrillation Undergoing PCI. *N Engl J Med.* 2016; 375:2423-2434.
2. Christopher P. C, Deepak L. B, Jonas O, Dual Antithrombotic Therapy with Dabigatran after PCI in Atrial Fibrillation. *N Engl J Med.* 2017; 377:1513-1524.
3. Dhillon SK, Lee E, Fox J, Rachko M. Acute ST elevation myocardial infarction in patients with immune thrombocytopenia purpura: a case report. *Cardiol Res.* 2011; 2: 42-45.
4. Fruchter O, Blich M, Jacob G. Fatal acute myocardial infarction during severe thrombocytopenia in a patient with idiopathic thrombocytopenic purpura. *Am J Med Sci.* 2002; 323: 779-80.
5. Neskovic AN, Stankovic I, Milicevic P, Aleksic A, Vlahovic-Stipac A, Calija B, et al. Primary PCI for acute myocardial infarction in a patient with idiopathic thrombocytopenic purpura. *Herz.* 2010; 35: 43-49.
6. Shen F, Nfor T, Bajwa T. Recurrent acute myocardial infarction in patients with immune thrombocytopenic purpura. *J Patient Cent Res Rev.* 2014;1:41-45. doi: 10.17294/2330-0698.1010.
7. Yusuf S, Mehta S. R, Chrolavicius S. Effects of fondaparinux on mortality and reinfarction in patients with acute ST-segment elevation myocardial infarction: the OASIS-6 randomized trial. *JAMA.* 2006 Apr 5;295(13):1519-30.

KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH VỆ SINH AN TOÀN THỰC PHẨM NGƯỜI TRỰC TIẾP CHẾ BIẾN, PHỤC VỤ TẠI BẾP ĂN TẬP THỂ CỦA CÁC TRƯỜNG MẦM NON TRÊN ĐỊA BÀN THÀNH PHỐ SƠN LA

Lù Thị Hoa¹, Phạm Thị Dung², Phạm Thị Tĩnh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kiến thức và thực hành vệ sinh an toàn thực phẩm của người trực tiếp chế biến, phục vụ tại các bếp ăn tập thể của các trường mầm

non trên địa bàn thành phố Sơn La. **Phương pháp:** phương pháp dịch tễ học mô tả qua điều tra cắt ngang. **Kết quả:** 67,7% số nhân viên được tập huấn kiến thức ATVSTP; 76,9% số nhân viên được khám sức khỏe định kỳ. 57,6% hiểu biết tương đối đầy đủ về nguyên nhân gây ô nhiễm thực phẩm. 53,2% hiểu biết về tác hại của thực phẩm không an toàn. 49% hiểu biết về các bệnh khi mắc không được tiếp xúc với thực phẩm. 90,8% mặc tạp dề; 60% nhân viên đầu tóc gọn gàng, đội mũ khi chế biến; 89,2% số nhân viên không dùng tay bốc thức ăn; 63,0% số nhân viên chế biến, phục vụ có bàn tay sạch, móng tay cắt ngắn và 83% số nhân viên không khạc nhổ khi chế biến. Tỷ

¹Trung tâm y tế thành phố Sơn La

²Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Lù Thị Hoa

Email: hoaytppsonla@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2018

Ngày duyệt bài: 30.3.2018

lệ nhân viên CB, phục vụ thực hành vệ sinh cá nhân đúng là 66,2%. tỷ lệ người trực tiếp tham gia chế biến, phục vụ tại BẮT thực hành đúng về ATVSTP là 70,8% và chưa thực hành đúng chiếm 29,2%. **Kết luận:** 76,9% người chế biến, phục vụ tại các bếp ăn tập thể được khám sức khỏe định kỳ, 67,7% được tập huấn kiến thức ATVSTP. Tỷ lệ hiểu biết chung về nguyên nhân gây ô nhiễm thực phẩm là 58,5%; hiểu biết chung về tác hại của TP không an toàn là 53,8%. Có 52,3% người chế biến, phục vụ đạt về kiến thức ATVSTP, và 70,8% đạt thực hành đúng về ATVSTP.

Từ khóa: bếp ăn tập thể, điều kiện vệ sinh.

SUMMARY

KNOWLEDGE AND PRACTICE ABOUT FOOD SAFETY OF DIRECT PROCESSING, SERVING AT COLLECTIVE KITCHEN OF THE PRESCHOOL IN SON LA CITY

Objectives: Assess the knowledge and practice about food safety of people directly processing and serving at collective kitchen of the preschool in Son La city. **Methods:** The epidemiological method described through the cross-sectional investigation. **Results:** There were 67,7% of employees to be trained on food safety; 76,9% of employees received periodic health checks. 57,6% are fully aware of the cause of food contamination. 53,2% knew about the harmful effects of unsafe food. 49% knew about diseases not exposed to food. 90,8% wear aprons; 60% of staff with neat hair, hat when processing; 89,2% of employees do not use their hands to feed; 63,0% of the staff processed, served with clean hands, short cut nails and 83% of staff did not spit during processing. The rate of processing staff, serving personal hygiene practices is exactly 66,2%. The rate of people directly involved in processing and serving in the collective kitchen practiced food safety is 70,8% and not properly practice accounted for 29,2%. **Conclusion:** 76,9% of the processors, catering in the kitchens received periodic health checks, 67,7% trained in food safety. The overall understanding of the cause of food contamination is 58,5%; A general understanding of the harmful effects of unsafe food is 53,8%. There were 52,3% of people processing and serving food safety knowledge, and 70,8% having good food safety practice.

Key word: Collective kitchen, Sanitary conditions.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vệ sinh an toàn thực phẩm (VSATTP) rất quan trọng trong những bữa ăn hàng ngày và liên quan đến sức khỏe, thể chất của con người, đồng thời còn ảnh hưởng lớn đến phát triển kinh tế, thương mại, du lịch và an sinh xã hội [5]. Đảm bảo an toàn vệ sinh thực phẩm hiện nay là vấn đề quan tâm hàng đầu của nhiều quốc gia, đặc biệt là những nước đang phát triển.

Trên thế giới, các vụ ngộ độc thực phẩm và các bệnh truyền qua thực phẩm có xu hướng ngày càng tăng. Tại Việt Nam, công tác bảo đảm VSATTP diễn ra trong bối cảnh vô cùng phức

tạp. Nguy cơ gây ô nhiễm thực phẩm đã và đang đe dọa nghiêm trọng đến sức khỏe cộng đồng [1]. Với ngành giáo dục, đặc biệt là bậc học mầm non, nếu xảy ra ngộ độc thực phẩm thì hậu quả sẽ rất lớn. Vì vậy, đảm bảo ATVSTP ở bếp ăn tập thể trong các trường mầm non cần được chú trọng, nâng cao hơn nữa đặc biệt là đối với đội ngũ cán bộ nhân viên trực tiếp chế biến, phục vụ tại các bếp ăn. Thành phố Sơn La, là trung tâm kinh tế, văn hoá, chính trị của tỉnh, có 22 trường mầm non với 26 bếp ăn. Câu hỏi đặt ra là người chế biến, phục vụ đã có kiến thức đầy đủ về VSATTP? Yếu tố nào có ảnh hưởng đến kiến thức, thực hành VSATTP của người chế biến tại các bếp ăn trên? Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Đánh giá kiến thức và thực hành vệ sinh an toàn thực phẩm của người trực tiếp chế biến, phục vụ tại các bếp ăn tập thể của các trường mầm non trên địa bàn thành phố Sơn La.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng và địa bàn nghiên cứu: Người tham gia chế biến, phục vụ tại các bếp ăn tập thể các trường Mầm non trên địa bàn thành phố Sơn La.

Thời gian nghiên cứu: 12/2015 đến 5/2016

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu là toàn bộ các BẮT trên địa bàn thành phố Sơn La gồm 26 bếp ăn. Từ mỗi bếp ăn tập thể chọn 02- 03 nhân viên trực tiếp chế biến, phục vụ tại nhà bếp của các trường mầm non trên địa bàn thành phố Sơn La gồm 65 người.

Phương pháp thu thập số liệu

- *Công cụ thu thập số liệu:* Phiếu phỏng vấn.
- *Phương pháp thu thập số liệu:* Phỏng vấn trực tiếp nhân viên trực tiếp chế biến, phục vụ tại nhà bếp.

Các chỉ số, biến số nghiên cứu và tiêu chuẩn đánh giá

- Thực trạng người chế biến, phục vụ được tập huấn, khám sức khỏe
- Tỷ lệ người chế biến, phục vụ hiểu biết nguyên nhân gây ô nhiễm thực phẩm
- Tỷ lệ người chế biến, phục vụ hiểu biết về tác hại của thực phẩm không an toàn
- Tỷ lệ người chế biến, phục vụ hiểu biết nguyên nhân gây ngộ độc thực phẩm.
- Tỷ lệ người chế biến, phục vụ hiểu biết về các bệnh khi mắc không được trực tiếp chế biến TP.
- Tỷ lệ người chế biến, phục vụ đạt về kiến thức ATVSTP.

- Tình trạng thực hành vệ sinh cá nhân của nhân viên chế biến
- Thực hành ATVSTP nhân viên CB, phục vụ (n = 65)

Phương pháp hạn chế sai số và rủi ro có thể gặp trong quá trình nghiên cứu

- Thiết kế bộ câu hỏi rõ ràng dễ hiểu. Điều tra

thủ, hoàn chỉnh bộ công cụ điều tra.

- Tập huấn kỹ cho điều tra viên.

- Giám sát quá trình điều tra nghiên cứu.

Phương pháp xử lý số liệu: Dữ liệu được nhập theo chương trình Epidata 3.0, xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 18.0. Xử lý thông tin trên các phiếu phỏng vấn trước khi nhập số liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Thực trạng người chế biến, phục vụ được tập huấn, khám sức khỏe (n = 65)

Nội dung	Số người khám	Tỷ lệ đạt (%)	Số người không khám	Không đạt (%)
Tình trạng khám sức khỏe định kỳ	50	76,9	15	23,1
Tình trạng tập huấn kiến thức ATVSTP	44	67,7	21	32,3

Qua Bảng 3.1 cho thấy số người được khám sức khỏe định kỳ là 50 người chiếm 76,9%, số người được tập huấn kiến thức ATVSTP 44 người chiếm 67,7%, chưa được tập huấn kiến thức VSATTP là 21 người, vì số nhân viên này mới được tuyển dụng chưa đúng đợt tổ chức tập huấn của trường.

Bảng 3.2. Hiểu biết nguyên nhân gây ô nhiễm thực phẩm

Nguyên nhân	Số người hiểu biết		Số người chưa hiểu biết	
	SL	%	SL	%
Sử dụng thuốc, hoá chất tùy tiện	52	80	13	20
Quá trình giết mổ không đảm bảo vệ sinh	25	38,5	40	61,5
Do môi trường (rác, bụi, nước thải)	38	58,5	27	41,5
Do côn trùng, động vật (ruồi, gián, chuột)	49	75,4	16	24,6
Do dụng cụ chế biến không đảm bảo VS	39	60	26	40
Do bàn tay, cơ thể người chế biến	34	52,3	31	47,7
Do nhiễm bẩn chéo giữa TP sống và chín	25	38,5	40	61,5
Tỷ lệ hiểu biết chung về nguyên nhân gây ô nhiễm thực phẩm	38	58,5	27	41,5

Có 2 nguyên nhân gây ô nhiễm thực phẩm được người chế biến TP biết đến nhiều nhất là: Do sử dụng thuốc, hóa chất 80%; do côn trùng, động vật là 75,4%; Các nguyên nhân như do dụng cụ chế biến không đảm bảo vệ sinh 60%; do môi trường được biết là 58,5%; do nhiễm bẩn chéo giữa thực phẩm sống, chín chỉ được biết là 38,5%; do bàn tay cơ thể người chế biến được biết là 52,3%; Số người không biết 20%. Tỷ lệ hiểu biết chung của nhân viên chế biến, phục vụ về nguyên nhân gây ô nhiễm thực phẩm là 58,5%.

Bảng 3.3. Hiểu biết về tác hại của thực phẩm không an toàn

Tác hại của thực phẩm không an toàn	Số người hiểu biết		Số người chưa hiểu biết	
	SL	%	SL	%
Nôn, tiêu chảy	61	93,8	4	6,2
Suy gan, suy thận	23	35,4	42	64,6
Ung thư	48	73,8	17	26,2
Gây độc thần kinh	41	63	24	37
Ảnh hưởng đến tim mạch, tuần hoàn, hô hấp	49	75,3	16	24,6
Gây bệnh mãn tính	29	44,6	36	55,4
Hiểu biết chung về tác hại TP không an toàn	35	53,8	30	46,2

Kết quả cho thấy hầu hết nhân viên chế biến trong các BATT đều biết đến tác hại của TP không an toàn, chủ yếu biết đến nhiều nhất là các biểu hiện cấp tính như nôn, tiêu chảy là 93,8%; Gây bệnh ung thư 73,8%; Ảnh hưởng đến tim mạch, tuần hoàn, hô hấp 75,3%; Gây độc thần kinh 63%; hiểu biết chung về tác hại của TP không an toàn là 53,8%.

Bảng 3.4. Hiểu biết nguyên nhân gây ngộ độc thực phẩm

Nguyên nhân gây ngộ độc thực phẩm	Số người hiểu biết		Số người chưa hiểu biết	
	SL	%	SL	%
Hoá chất bảo vệ thực vật	49	75,4	16	24,6

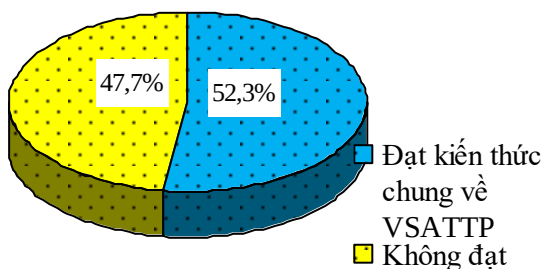
Bản thân thực phẩm có chất độc	37	56,9	28	43,1
Sử dụng phụ gia, phẩm màu không đúng	47	72,3	18	27,7
Do vi sinh vật nhiễm vào thức ăn	35	53,8	30	46,2
Do thuốc kích thích sinh trưởng	38	58,4	27	41,5
Hiểu biết chung về nguyên nhân gây ngộ độc thực phẩm	37	56,9	28	43,1

Kết quả cho thấy đa số người chế biến cho rằng hóa chất bảo vệ thực vật gây nên ngộ độc thực phẩm 75,4%; nguyên nhân do sử dụng phụ gia, phẩm màu không đúng 72,3%; Nguyên nhân do vi sinh vật nhiễm vào thức ăn là 53,8%; Nguyên nhân do bản thân thực phẩm có chất độc 56,9%; Nguyên nhân do thuốc kích thích tăng trưởng là 58,4%. Tỷ lệ hiểu biết chung của nhân viên chế biến, phục vụ về nguyên nhân gây ngộ độc thực phẩm là 55,9%.

Bảng 3.5. Hiểu biết về các bệnh khi mắc không được trực tiếp chế biến TP

Các bệnh khi mắc không được trực tiếp chế biến TP	Số người hiểu biết biết		Số người chưa hiểu biết biết	
	SL	%	SL	%
Các bệnh tiêu chảy	51	78,5	14	21,5
Viêm gan vi rút A, E	27	41,5	38	58,5
Các chứng sẩn, nổi mụn	17	26,2	48	73,8
Các tổn thương ngoài da	31	47,7	34	52,3
Lao tiến triển chưa được điều trị	47	72,3	18	28,7
Viêm đường hô hấp cấp tính	52	80	13	20
Người lành mang vi trùng đường ruột	19	29,2	46	70,8
Tỷ lệ hiểu biết chung	32	49,2	33	50,8

Kết quả cho thấy đa số người chế biến biết đến bệnh khi mắc không được tiếp xúc với thực phẩm, hiểu biết nhiều nhất là bệnh viêm đường hô hấp cấp tính 80%; Các bệnh tiêu chảy như: tả, lỵ, thương hàn là 78,5%; Bệnh lao đang tiến triển là 72,3%; Còn các bệnh như người lành mang trùng đường ruột, viêm gan vi rút A, E là: 29,2%, 41,5%. Tỷ lệ hiểu biết chung là 49%.



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ người chế biến, phục vụ đạt về kiến thức ATVSTP

Kết quả bảng trên cho thấy có 52,3% người chế biến, phục vụ đạt về kiến thức ATVSTP,

47,7% người chế biến, phục vụ không đạt về kiến thức ATVSTP

Bảng 3.6. Mối liên hệ giữa tập huấn và sự hiểu biết về kiến thức ATVSTP

Tập huấn kiến thức VATVSTP	Kiến thức hiểu biết		
	Đúng (n)	Sai (n)	RR
Có (n = 44)	30	14	3,57
Không (n = 21)	4	17	
Tổng (n = 65)	34	31	

Bảng trên cho thấy, có sự khác biệt giữa người được tập huấn kiến thức và sự hiểu biết về kiến thức đảm bảo ATVSTP, số người được tập huấn kiến thức có sự hiểu biết nhiều hơn gấp 3,57 lần so với người không được tập huấn kiến thức ATVSTP.

Bảng 3.7. Tình trạng thực hành vệ sinh cá nhân của nhân viên chế biến

Thực hành vệ sinh cá nhân	Đúng		Sai	
	SL	%	SL	%
Mặc tạp dề khi chế biến	59	90,8	6	9,2
Đầu tóc gọn gàng, đội mũ	39	60	26	40
Móng tay cắt ngắn, bàn tay sạch	41	63	24	37
Không dùng tay bốc thức ăn	58	89,2	7	10,8
Không khạc nhổ, ngoáy tai khi chế biến TP	54	83	11	17
Thực hành vệ sinh cá nhân đúng	43	66,2	22	33,8

Kết quả cho thấy 90,8% mặc tạp dề; 60% nhân viên đầu tóc gọn gàng, đội mũ khi chế biến; 89,2% số nhân viên không dùng tay bốc thức ăn; 63,0% số nhân viên chế biến, phục vụ có bàn tay sạch, móng tay cắt ngắn và 83% số nhân viên không khạc nhổ khi chế biến. Tỷ lệ nhân viên CB, phục vụ thực hành vệ sinh cá nhân đúng là 66,2%.

Bảng 3.8. Thực hành ATVSTP nhân viên CB, phục vụ (n = 65)

Thực hành ATVSTP	Đúng		Sai	
	SL	%	SL	%
Chọn nguyên liệu an toàn về mặt cảm quan	53	81,5	12	18,5
Rửa rau an toàn (rửa rau trên 3 lần)	51	78,4	14	21,5
Có thói quen rửa tay sau khi đi vệ sinh	50	76,9	15	23,0
Có thói quen rửa tay trước khi chế biến	40	61,5	25	38,4
Rửa tay sau khi chế biến nguyên liệu tươi sống	45	69,2	20	30,8
Rửa tay trước khi tiếp xúc với thực phẩm ăn ngay	39	60,0	26	40,0
Thực hành đúng VSATTP	46	70,8	19	29,2

Kết quả cho thấy tỷ lệ người trực tiếp tham gia chế biến, phục vụ tại BẮT thực hành đúng về ATVSTP là 70,8% và chưa thực hành đúng chiếm 29,2%.

Bảng 3.9. Mối liên hệ giữa thực hành ATVSTP với tình trạng tập huấn kiến thức

Tập huấn kiến thức ATVSTP	Thực hành của nhân viên chế biến		
	Đúng (n)	Sai (n)	RR
Có (n = 44)	40	4	3,18
Không (= 21)	6	15	
Tổng (n = 65)	46	19	

Kết quả cho thấy, có sự khác biệt giữa tập huấn kiến thức ATVSTP với thực hành đúng về ATVSTP. Số nhân viên đã tham gia tập huấn kiến thức thực hành đúng nhiều hơn gấp 3,18 lần so với số nhân viên không tham gia tập huấn kiến thức VSATTP.

IV. BÀN LUẬN

Việc tập huấn kiến thức ATVSTP và khám sức khỏe là một trong những tiêu chí bắt buộc đối với những người tham gia chế biến, phục vụ tại các dịch vụ ăn uống, BẮT. Trong vòng 01 năm qua số người chưa được tập huấn các kiến thức cơ bản ATVSTP là 21 người, chiếm 32,3% và 15 người chưa được khám sức khỏe, vì số nhân viên này các trường mới tuyển dụng vào làm việc tại các BẮT, đồng thời nhân viên chế biến, phục vụ tại các BẮT không làm cố định luôn thay đổi hàng năm, rất khó khăn cho việc tổ chức tập huấn và khám sức khỏe. Đây chính là một trong những yếu tố rất quan trọng trong công tác đảm bảo ATVSTP tại các BẮT.

Cũng chính từ thực tế chưa được tập huấn kiến thức cơ bản về ATVSTP nên sự hiểu biết về các nguyên nhân gây mất ATVSTP chưa cao: Kiến thức về nguyên nhân gây ô nhiễm thực phẩm chỉ được biết nhiều nhất là do sử dụng thuốc, hoá chất tùy tiện là 80%, do côn trùng và động vật gây hại là 75,4%. Các nguyên nhân khác như do dụng cụ chế biến không đảm bảo vệ sinh được biết là 60%, do môi trường bị ô nhiễm (rác, bụi, nước thải) được biết là 58,5%; do bàn tay, cơ thể con người chế biến được biết là 52,3%; do nhiễm bẩn chéo giữa thực phẩm sống và thực phẩm chín chỉ được biết là 38,5%.

Kiến thức hiểu biết về tác hại của thực phẩm không an toàn đối với sức khỏe con người, đa số nhân viên CB, phục vụ tại BẮT đều biết đến tác hại của TP không an toàn, nhưng chủ yếu biết đến nhiều nhất là các biểu hiện cấp tính như: nôn, tiêu chảy là 93,8%; Gây bệnh ung thư 73,8%; Ảnh hưởng đến tim mạch, tuần hoàn, hô hấp 75,3%; Gây độc thần kinh 63%. Kết quả nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu của Phạm Thu Hương và cộng sự tại bếp ăn tập thể trường Mầm non trên địa bàn thành phố Sơn La năm 2009, các biểu hiện cấp tính như: nôn, tiêu chảy 98,48%, ảnh hưởng đến tuần hoàn, hô hấp 100% và suy gan, thận là 70,9% [2].

Kiến thức về nguyên nhân gây ngộ độc thực phẩm được hiểu biết nhiều nhất là nguyên nhân do hoá chất bảo vệ thực vật là 75,4% và nguyên nhân do sử dụng phụ gia, phẩm màu không đúng là 72,3%. Nguyên nhân do vi sinh vật nhiễm vào thức ăn là 53,8%; Do bản thân thực phẩm có chất độc là 56,9%; Do thuốc kích thích tăng trưởng là 58,4%. Có 18,4% số nhân viên chế biến là không biết. Tỷ lệ hiểu biết chung về nguyên nhân gây NGĐP của nhân viên chế biến, phục vụ tại BẮT các trường Mầm non trên địa bàn thành phố Sơn La là 56,9%.

Kiến thức hiểu biết về các bệnh khi mắc không được trực tiếp chế biến TP, được nhân viên chế biến hiểu biết nhiều nhất là bệnh viêm đường hô hấp cấp 80%; Các bệnh tiêu chảy: Tả, Lỵ, Thương hàn là 78,5%; Bệnh lao đang tiến triển là 72,3%; Bệnh viêm gan vi rút A, E là 41,5%; Người lành mang trùng đường ruột là 29,2%. Số người không biết là 16,9%. Tỷ lệ hiểu biết chung là 49,2%.

Qua nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nhân viên chế biến, phục vụ tại BẮT các trường Mầm non trên địa bàn thành phố Sơn La được tập huấn kiến thức ATVSTP là 67,7% và khám sức khỏe khi được tuyển dụng là 76,9%. Tỷ lệ nhân viên chế biến có kiến thức đúng chung về ATVSTP là

52,2%. Kết quả nghiên cứu trên cho thấy có sự khác biệt giữa người được tập huấn kiến thức và sự hiểu biết về kiến thức đảm bảo ATVSTP, số người được tập huấn có sự hiểu biết về kiến thức đảm bảo ATVSTP cao gấp 3,57 lần so với những người chưa được tập huấn kiến thức ATVSTP.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người chế biến phục vụ mặc tạp dề đạt 90,8%, 60% số nhân viên chế biến đầu tóc gọn gàng, đội mũ, có 63% người chế biến, móng tay cắt ngắn, bàn tay sạch; có 89,2% số người chế biến không dùng tay bốc thức ăn và 83,0% số nhân viên chế biến không khạc nhổ, ngoáy tai khi chế biến thực phẩm. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Thu Hương và cộng sự (Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh) tại bếp ăn tập thể trường Mầm non trên địa bàn thành phố Sơn La năm 2009, đeo tạp dề là 69,1%, đầu đội mũ 21,82% [2].

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ nhân viên CB, phục vụ tại BẮT biết chọn nguyên liệu thực phẩm an toàn về mặt cảm quan là 81,5%; Thực hành rửa rau an toàn chiếm tỷ lệ 78,4%; Rửa tay sau khi đi vệ sinh chiếm 87,7%; Rửa tay trước khi chế biến là 72,3%. Vệ sinh bàn tay người chế biến là rất quan trọng, vì bàn tay là nơi tiếp xúc với thực phẩm nhiều nhất. Kết quả nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu của Trung tâm Y tế dự phòng Hà Nội tại bếp ăn tập thể trường Mầm non trên địa bàn thành phố là 92,7% [6] và cao hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Thu Hương tại BẮT các trường Mầm non quận Tây Hồ - Hà Nội năm 2004 là 61,7% [3]. Đây là mối nguy rất lớn, vì vi khuẩn có thể lây nhiễm từ bàn tay bẩn sang thực phẩm đã chế biến chín. Tỷ lệ nhân viên CB, phục vụ tại BẮT thực hành đúng về ATVSTP là 70,8% và chưa

thực hành đúng chiếm 29,2%. Có sự khác biệt giữa người được tập huấn kiến thức ATVSTP và thực hành đảm bảo ATVSTP, số người đã tham gia tập huấn kiến thức ATVSTP thực hành đúng nhiều hơn gấp 3,18 lần so với những người chưa được tập huấn kiến thức ATVSTP.

V. KẾT LUẬN

76,9% người chế biến, phục vụ tại các bếp ăn tập thể được khám sức khỏe định kỳ, 67,7% được tập huấn kiến thức ATVSTP. Tỷ lệ hiểu biết chung về nguyên nhân gây ô nhiễm thực phẩm là 58,5%; hiểu biết chung về tác hại của TP không an toàn là 53,8%. Có 52,3% người chế biến, phục vụ đạt về kiến thức ATVSTP, và 70,8% đạt thực hành đúng về ATVSTP.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cục An toàn thực phẩm (Bộ Y tế)** Báo cáo Hội nghị toàn quốc về công tác bảo đảm VSATTP năm 2014, 2015, 2016.
2. **Phạm Thu Hương và cộng sự (2009)** Thực trạng kiến thức, thực hành của nhân viên chế biến thực phẩm tại BẮT trường Mầm non trên địa bàn thành phố Sơn La.
3. **Trần Thị Thu Hương (2004)** Thực trạng kiến thức, thực hành của người phục vụ bữa ăn trưa và thực trạng vệ sinh bếp ăn bán trú các trường Mẫu giáo quận Tây Hồ - Hà Nội. Luận văn thạc sỹ Y tế cộng đồng.
4. **Đỗ Thị Thu Trang (2009)**, Thực trạng kiến thức, thực hành của nhân viên chế biến thực phẩm tại BẮT các trường Mầm non tại huyện Hóc Môn - thành phố Hồ Chí Minh
5. **Trường Đại học Y Thái Bình (2011)** Giáo trình "Quản lý an toàn thực phẩm".
6. **Trung tâm Y tế dự phòng Hà Nội (2004-2005)** Khảo sát thực trạng kiến thức, thực hành của người chế biến thực phẩm tại BẮT trường Mầm non trên địa bàn thành phố Hà Nội.

PHÁT HIỆN BỆNH TUYẾN VÚ BẰNG PHƯƠNG PHÁP KHÁM LÂM SÀNG VÀ TẾ BÀO HỌC CHỌC HÚT KIM NHỎ DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM

Trần Mạnh Hà*, Nguyễn Văn Hưng**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Áp dụng phương pháp khám lâm sàng và tế bào học chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm trong chẩn đoán bệnh tuyến vú nhằm xác định tỉ

lệ bệnh và giá trị của phương pháp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 512 người bệnh được khám lâm sàng và tế bào học chọc hút kim nhỏ tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình. **Kết quả:** Có 35,7% xơ nang tuyến, 26,7% u xơ tuyến lành tính, 9,8% u nang tuyến lành tính, 3,7% viêm tuyến vú và 4,3% áp xe; 8,4% tổn thương khác gồm nang cận sữa, viêm tắc tuyến sữa, hạch và u mỡ. Chẩn đoán ung thư hoặc nghi ngờ chiếm 11,4%. So với kết quả mô bệnh học, phương pháp khám lâm sàng và tế bào học chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm có độ nhạy 100%; độ đặc hiệu 98,97%; giá trị tiên đoán dương 96,55%; giá trị tiên đoán âm 100%, tỉ lệ dương tính giả 0,80%;

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình

**Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Mạnh Hà

Email: manhhaha.tbump@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 29.3.2018

Ngày duyệt bài: 4.4.2018

tỉ lệ âm tính giả 0%. **Kết luận:** Khám lâm sàng và tế bào học chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm là một phương pháp chính xác, có giá trị cao trong việc chẩn đoán phát hiện bệnh tuyến vú.

Từ khóa: khám lâm sàng vú, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ, siêu âm vú.

SUMMARY

DETECTION OF BREAST DISEASE BY CLINICAL EXAMINATION AND FINE-NEEDLE ASPIRATION UNDER ULTRASOUND GUIDANCE

Objective: Application of clinical examination and fine needle aspiration under ultrasound guidance for patients with breast disease to determine prevalence of disease and value method. **Subjects and Methods:** 512 cases of clinical breast examination and fine needle aspiration in Thai Binh Medical University Hospital. **Results:** There are 35.7% fibrocystic, 26.7% fibroadenoma, 9.8% benign cysts, 3.7% inflammation and 4.3% abscess; 8.4% other benign injuries. The diagnosis of cancer or suspected malignancy accounting for 11.4%. Compared with histopathology, clinical examination and fine needle aspiration under ultrasound guidance is method with a sensitivity of 100%; specificity of 98.97%; positive predictive value of 96.55%; negative predictive value of 100%, the false-positive rate of 0.8%; false-negative rate of 0%. **Conclusions:** Clinical examination and fine needle aspiration under ultrasound guidance is an accurate method, high-value, consistent with the diagnosis of breast disease.

Keywords: breast clinical examination, fine needle aspiration, breast ultrasound.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tuyến vú là một trong những bệnh có tỉ lệ mắc khá cao ở phụ nữ. Bệnh gồm hai nhóm chính là bệnh tuyến vú không do u và do u. Đặc biệt, trong nhóm bệnh tuyến vú do u, ung thư vú (UTV) là nguyên nhân chính gây tử vong cao do ung thư nói chung đối với phụ nữ Việt Nam và thế giới. Theo ước tính của Hội Ung thư Mỹ, trong năm 2013 tại Mỹ có 234.580 trường hợp UTV được phát hiện mới [1]. Ở Việt Nam, nghiên cứu tại Hà Nội giai đoạn 2006-2007 cho thấy tỷ lệ mắc ung thư chuẩn theo tuổi của UTV là 40,2/100.000 dân [2], Cần Thơ năm 2010 là 23/100.000 dân [3].

Phương pháp khám lâm sàng kết hợp chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm là một phương pháp mới giúp phát hiện sớm các bệnh tuyến vú. Phương pháp này có thể phát hiện các tổn thương nhỏ (dưới 10 mm). Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá về giá trị của phương pháp lâm sàng kết hợp chọc hút tế bào học tuyến vú có siêu âm dẫn đường trong chẩn đoán các bệnh tuyến vú. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu sử dụng

phương pháp này tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình với mục tiêu:

1- *Chẩn đoán một số bệnh lý tuyến vú bằng phương pháp lâm sàng kết hợp chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm.*

2- *Đối chiếu kết quả tế bào học chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm với mô bệnh học sau phẫu thuật.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 512 trường hợp người bệnh đến khám về bệnh tuyến vú ở nữ giới tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình trong thời gian nghiên cứu từ tháng 1 năm 2014 đến tháng 5 năm 2016.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Thực hiện nghiên cứu mô tả kết hợp đối chiếu kết quả tế bào học với mô bệnh học sau phẫu thuật các trường hợp có u vú.

- Khám lâm sàng các bệnh tuyến vú: Sử dụng phương pháp hỏi tiền sử, bệnh sử và thăm khám lâm sàng.

- Xét nghiệm tế bào học: Sử dụng phương pháp chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm những trường hợp khám nghi ngờ có bệnh lý tuyến vú.

- Xét nghiệm mô bệnh học những trường hợp có tổn thương u vú sau phẫu thuật.

2.2.2. Chọn mẫu: Chọn toàn bộ bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn đối tượng nghiên cứu, có chủ đích.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Kết quả khám lâm sàng và chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm.

Chẩn đoán	Số lượng	Tỉ lệ %
Viêm cấp tính	19	3,7
Áp xe	22	4,3
Xơ nang tuyến	183	35,7
U nang lành tính	50	9,8
U xơ tuyến lành tính	137	26,7
Nghi ngờ ung thư	5	1,0
Ung thư	53	10,4
Chẩn đoán khác	43	8,4
Tổng	512	100,0

Tỷ lệ người bệnh xơ nang tuyến là cao nhất (35,7%), tiếp đến là u xơ tuyến lành tính (26,7%), u nang tuyến lành tính chiếm 9,8%. Các tổn thương dạng viêm, áp xe chiếm tỷ lệ thấp, tương ứng là 3,7%, 4,3%. Có 8,4% là các chẩn đoán khác bao gồm nang cận sữa, viêm tắc tuyến sữa, viêm tiết dịch lành tính, u mỡ... Có 53

trường hợp được chẩn đoán UTV và 05 trường hợp nghi ngờ UTV.

Trong số 512 trường hợp được chỉ định xét

nghiệm tế bào học dưới hướng dẫn siêu âm, có 251 trường hợp u được phẫu thuật và làm mô bệnh học, kết quả như sau:

Bảng 2: Kết quả chẩn đoán mô bệnh học u tuyến vú

Chẩn đoán mô bệnh học		Số lượng	Tỉ lệ %
U lành tính (n=195)	U xơ, mỡ	8	3,2
	U nang	48	19,1
	U xơ tuyến	139	55,4
Ung thư (n=56)	UTBM xâm nhập không phải loại đặc biệt	50	19,9
	UTBM tiểu thùy xâm nhập	6	2,4
Tổng		251	100

Kết quả mô bệnh học các u lành tính gồm chủ yếu là u xơ tuyến (55,4%), tiếp đến là u nang dịch (19,1%), các u lành tính khác chiếm tỉ lệ thấp (3,2%). Trong 56 trường hợp ung thư biểu mô tuyến vú, theo phân loại của Tổ chức y tế thế giới năm 2012 có 50 trường hợp UTBM xâm nhập không phải loại đặc biệt và 6 trường hợp là UTBM tiểu thùy xâm nhập.

Bảng 3: Đối chiếu giữa chẩn đoán tế bào học với mô bệnh học.

Mô bệnh học	Lành tính	Ung thư	Tổng	p(X ²)
Tế bào học				
Lành tính	193	0	193	0,001 (244,1)
Nghi ngờ ung thư	2	3	5	
Ung thư	0	53	53	
Tổng	195	56	251	

Có 249/251 trường hợp chẩn đoán tế bào học phù hợp với mô bệnh học. Trong đó:

- Số ca dương tính thật: 56
- Số ca dương tính giả: 2
- Số ca âm tính thật: 193
- Số ca âm tính giả: 0

Như vậy, kết quả các giá trị của phương pháp tế bào học chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm trong chẩn đoán UTV trong nghiên cứu này sẽ như sau:

Bảng 4: Giá trị chẩn đoán tế bào học chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm

Giá trị	Tỉ lệ %
Độ nhạy	100
Độ đặc hiệu	98,97
Giá trị tiên đoán dương	96,55
Giá trị tiên đoán âm	100
Tỉ lệ dương tính giả	0,80
Tỉ lệ âm tính giả	0

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm tế bào học chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm

Tương tự như cơ cấu bệnh tuyến vú trong chẩn đoán ban đầu và hình ảnh siêu âm, tỷ lệ người bệnh xơ nang tuyến là cao nhất (35,7%), tiếp đến là u xơ tuyến lành tính (26,7%). Các tổn thương dạng viêm, áp xe và u nang tuyến lành tính chiếm tỷ lệ thấp, có 8,4% là các chẩn đoán khác bao gồm nang cận sữa, viêm tắc tuyến sữa, hạch viêm phản ứng, u mỡ. Chẩn đoán tế bào

học tuân theo các tiêu chuẩn chẩn đoán của Syed Z. Ali và Anil V. Parwani [4].

Về tế bào học, việc phân biệt giữa các loại tổn thương đều dựa vào các tiêu chí về đặc điểm hình thái tế bào, số lượng tế bào và cách sắp xếp của tế bào trên phiến đồ. Mặc dù vậy vẫn có những khó khăn trong chẩn đoán phân biệt do còn phụ thuộc rất nhiều vào yếu tố kỹ thuật, đặc điểm mẫu chọc hút...

Nghiên cứu tế bào học của u xơ tuyến có 3 đặc điểm: nhiều tế bào biểu mô, các nhân trần hình trái xoan và các mảnh mô đệm. Các tế bào biểu mô thường nhiều tạo thành các dải tế bào dính nhau đôi khi là các dải rất lớn. Sự giàu tế bào rõ rệt là một hình ảnh thường kết hợp với tổn thương ác tính gặp trong 67-75% các trường hợp u xơ tuyến lành tính. Trong các dải các tế bào biểu mô thường sắp xếp có trật tự, bào tương ít hoặc vừa phải, bờ tế bào thường rõ. Nhân tương đối đều hình tròn hoặc trái xoan, chất nhiễm sắc mịn, phân bố đều và màng nhân nhẵn. Khoảng 65- 80% các trường hợp có thể nhìn thấy rõ các hạt nhân. Điều này cũng dễ hiểu vì u xơ tuyến là một tổn thương tăng sinh, các tế bào đôi khi khá hoạt động và giống tế bào sửa chữa với nhân đa hình thái vừa phải, hạt nhân rõ và có các hình nhân chia thường dưới dạng tiền kì. Một số nhân có thể có nguồn gốc từ tế bào cơ biểu mô [5].

Với u xơ lành tính, phiến đồ thường nghèo tế bào, các tế bào biểu mô thường đứng rời rạc

không dính vào nhau hoặc sắp xếp thành từng đám nhỏ, đôi khi lấy được một số dải sợi liên kết - xơ. Hình thái chia nhánh của các dải biểu mô, các nhân trần hai cực ít phổ biến hơn so với u xơ tuyến. Như vậy, việc tìm thấy các dải nang và các mảnh mô đệm nhỏ đặc, kính hoá gắn với các dải biểu mô có thể giúp chẩn đoán tế bào học chọc hút kim nhỏ trong u xơ vú. Việc nhận biết rõ sự có mặt của các tế bào đứng riêng lẻ trên các phiến đồ với nhân tế bào lành tính có thể giúp phân biệt với u ác tính [5].

Trong 53 trường hợp ung thư, hình ảnh tế bào học thường khá đặc trưng bởi hình thái tế bào và nhân, sự sắp xếp của tế bào trên vi trường. Mặc dù vậy, việc xác định tổn thương ác tính cũng có những khó khăn trong chẩn đoán tế bào học. Do vậy, xét nghiệm này vẫn cho phép có những kết luận mang tính định hướng; tỉ lệ này trong nghiên cứu là 1,0%.

4.2. Đối chiếu kết quả tế bào học chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm với mô bệnh học sau phẫu thuật.

Trong 251 trường hợp có chẩn đoán mô bệnh học, đối chiếu kết quả tế bào học chọc hút kim nhỏ với mô bệnh học thì không có trường hợp nào âm tính giả. Trong 05 trường hợp nghi ngờ ung thư trên tế bào học, có 03 trường hợp cho kết quả dương tính trên mô bệnh học và 02 trường hợp âm tính.

Đối với trường hợp có kết quả dương tính, trên lâm sàng, siêu âm và tế bào học đều nghi ngờ nhưng đây là typ hiếm gặp, đặc điểm tế bào học thường không điển hình.

Với 02 trường hợp dương tính giả, hồi cứu lại hồ sơ chúng tôi thấy: trường hợp thứ nhất là bệnh nhân nữ 21 tuổi đang nuôi con bú, phát hiện khối u khoảng 1 tháng trước. Trên lâm sàng, khối u có kích thước khoảng 1,5cm, vị trí ở phía trên trong vú phải, mật độ mềm, di động

tương đối dễ dàng. Trên phiến đồ, chúng tôi thấy các tế bào biểu mô tuyến quá sản mạnh, đứng rời rạc, đôi chỗ tập trung thành từng đám nhỏ, bào tương rộng lỗ rỗng, nhân lớn không đều nhẹ bắt màu kiềm tính đứng xen kẽ với các hạt mỡ và dày đặc đại thực bào. Phiến đồ này gợi ý đến hình ảnh ung thư biểu mô ống nhỏ. Trên tiêu bản mô bệnh học, các ống tuyến quá sản mạnh, kích thước nhỏ tương đối đồng dạng, biểu mô tuyến có nhân nhỏ đều, vây quanh các ống tuyến thấy xâm nhập nhiều các tế bào viêm đơn nhân như lymphocyte, đại thực bào. Trên thực tế, tỷ lệ không phù hợp giữa chẩn đoán tế bào học và chẩn đoán mô bệnh học thấp hơn ở những tổn thương phát triển lớn và lan toả nhưng thường cao hơn ở những tổn thương xơ hoá nhiều, các typ bất thường và các ung thư biểu mô độ thấp. Trường hợp thứ hai là bệnh nhân nữ 45 tuổi, có đặc điểm tế bào học tương tự như trường hợp thứ nhất nhưng tế bào nghèo nàn hơn, tế bào viêm đơn nhân chiếm đa số.

Vào những năm gần đây kết quả chẩn đoán tế bào học chọc hút kim nhỏ không dừng lại ở mức độ tính phần trăm đúng sai so với chẩn đoán mô bệnh học. Một số tác giả đã áp dụng thuật toán thống kê để tính độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác và giá trị dự báo dương tính của phương pháp này. Kết quả chẩn đoán chính xác phụ thuộc vào từng nghiên cứu nhưng thường dao động từ 86-98%. Theo một số nhà giải phẫu bệnh học thì các trường hợp "nghi ngờ" được coi như là dương tính. Theo đó, số ca dương tính trong nghiên cứu của chúng tôi sẽ là 56. Như vậy, kết quả các giá trị của phương pháp tế bào học chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm trong chẩn đoán UTV trong nghiên cứu này xét về độ nhạy, độ đặc hiệu, các giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm là rất cao, ngược lại tỉ lệ dương tính giả, âm tính giả là rất thấp.

Bảng 4: So sánh giá trị TBCHKN giữa các tác giả

Tác giả	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Tiên đoán (+)	Tiên đoán (-)	Dương tính giả	Âm tính giả
NC này	100%	98,97%	96,55%	100%	0,8%	0%
HX Nghiêm (6)	100%	99,4%	97,4%	100%	0%	0,6%
Mulazim (7)	98%	100%	97%	100%		

Kết quả trên cho thấy việc kết hợp giữa khám lâm sàng, xét nghiệm tế bào học chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm trong chẩn đoán UTV từ các u dạng đặc là phương pháp có độ chính xác cao, tương tự với nhiều công trình nghiên cứu của các tác giả Huỳnh Xuân Nghiêm [6], đồng thời cũng chính xác hơn phương pháp chọc hút kim nhỏ không có hướng dẫn siêu âm của các tác giả Mizuno S (bảng 4).

Với kết quả trên, cho phép sử dụng phương pháp tế bào học chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm như là một test trong sàng lọc, chẩn đoán UTV bởi đây là một test chẩn đoán nhằm xác định đúng trường hợp bệnh và không bệnh. Đối với test sàng lọc thì xác định độ nhạy là quan trọng, còn trong test chẩn đoán, xác định độ đặc hiệu là quan trọng, không bỏ sót trường hợp có bệnh, tức là những trường hợp âm tính

giả. Mặt khác phương pháp này cũng cho phép chẩn đoán các bệnh vú khác, đặc biệt là phát hiện các bất thường về tế bào học của các bệnh vú không ung thư để điều trị kịp thời các tổn thương tiền ung thư. Do phương pháp chẩn đoán tế bào học là một kỹ thuật đơn giản, dễ thực hiện, cho kết quả nhanh chóng, độ chính xác cao và giá thành thấp nên đây là phương pháp rất thích hợp với các nước đang phát triển (các phương pháp thăm dò không xâm nhập khác không phù hợp và khó có thể thực hiện được). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy phương pháp kết hợp giữa thăm khám lâm sàng với chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm giúp chẩn đoán khá chính xác các bệnh lý tuyến vú và rất phù hợp với hoàn cảnh thực tế tại Việt Nam nói chung và Thái Bình nói riêng.

V. KẾT LUẬN

1. Chẩn đoán một số bệnh lý tuyến vú bằng phương pháp khám lâm sàng kết hợp chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm.

Trong 512 trường hợp được làm thực hiện đồng thời các kỹ thuật thăm khám lâm sàng, chọc hút tế bào học dưới hướng dẫn siêu âm. Kết quả cụ thể như sau: Tỷ lệ người bệnh xơ nang tuyến là cao nhất (35,7%), tiếp đến là u xơ tuyến lành tính (26,7%). Các tổn thương dạng viêm, áp xe và u nang tuyến lành tính chiếm tỷ lệ thấp, tương ứng là 3,7%, 4,3% và 9,8%; có 8,4% là các chẩn đoán khác bao gồm nang cận sữa, viêm tắc tuyến sữa, hạch viêm phản ứng và u mỡ. Số bệnh nhân có kết quả chẩn đoán là ung thư hoặc nghi ngờ ung thư là 58 trường hợp, tương ứng với 11,4%.

2. Đôi chiếu kết quả tế bào học chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm với mô bệnh học sau phẫu thuật.

Có 251 trường hợp người bệnh được chỉ định phẫu thuật và làm mô bệnh học. So sánh kết quả với chẩn đoán tế bào học chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm cho kết quả như sau:

Độ nhạy:	100%
Độ đặc hiệu:	98,97%
Giá trị tiên đoán dương:	96,55%
Giá trị tiên đoán âm:	100%
Tỉ lệ dương tính giả:	0,8%
Tỉ lệ âm tính giả:	0%.

Như vậy, phương pháp khám lâm sàng kết hợp xét nghiệm chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới hướng dẫn của siêu âm là một công cụ có độ nhạy và độ đặc hiệu cao, rất có giá trị trong chẩn đoán các tổn thương dạng u của tuyến vú.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. [Http://www.cancer.gov/cancertopics/types/breast](http://www.cancer.gov/cancertopics/types/breast)
2. **Trần Văn Thuận (2007).** *Sàng lọc phát hiện sớm bệnh ung thư.* Nhà xuất bản y học. 2007: 25-28.
3. **Nguyễn Văn Qui và cs (2011).** *Sàng lọc phát hiện sớm bệnh UT vú trong cộng đồng tại TP Cần Thơ giai đoạn 2008-2010.* Tạp chí Y học thực hành (756), số 3/2011: 32-36.
4. **Ali S.Z, Parwani A.V. (2007).** *Breast Cytopathology.* 2007. Springer Science +Business Media, LLC: 1-16.
5. **Cho EY, Oh YL.** *Fine needle aspiration cytology of sclerosing adenosis of the breast.* Acta Cyologica. 45(3) 353-9, 2001.
6. **Huỳnh Xuân Nghiêm, Trần Sơn Thạch (2010).** *Giá trị chọc hút tế bào bằng kim nhỏ dưới siêu âm trong khối u vú dạng đặc tại Bệnh viện Hùng Vương.*
7. **Bukhari M.H, Arshad M, Jamal S, Niazi S., Bashir S., Bakhshi I.M, and Shaharyar (2011).** *Use of Fine-Needle Aspiration in the Evaluation of Breast Lumps.* Patholog Res Int.; 2011: 689521.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ TIỀN LƯỢNG Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU THÂN NÃO GIAI ĐOẠN CẤP

Đặng Huy Du*, Võ Hồng Khôi**, Lê Văn Thính**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định một số yếu tố có giá trị tiên lượng nặng ở bệnh nhân nhồi máu thân não giai đoạn cấp. **Đối tượng:** Chúng tôi chọn 93 bệnh nhân được

chẩn đoán là nhồi máu thân não giai đoạn cấp tại Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 7 năm 2016 đến tháng 7 năm 2017. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu, theo dõi dọc. **Kết quả:** Theo các phân tích đơn biến, các yếu tố sau có giá trị tiên lượng: tuổi trên 60, điểm Glasgow từ 3 đến 8; Điểm NIHSS trên 20; rối loạn hô hấp, rối loạn nuốt; kích thước ổ nhồi máu trên 20mm ở vị trí hành não; kích thước ổ nhồi máu trên 20mm ở các vị trí kết hợp; trên xung mạch TOF có hẹp tắc động mạch thân nền; với tỷ xuất chênh OR 2,17 đến 64; $P < 0,05$. **Theo phân tích đa biến hồi quy còn có những yếu tố sau có giá trị tiên lượng nặng:** Tuổi trên 60, Glasgow từ 3-

*Bệnh viện Đa khoa Lạng Sơn

**Bệnh viện Bạch Mai.

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Huy Du

Email: danghuydubv@gmail.com.vn

Ngày nhận bài: 3.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2018

Ngày duyệt bài: 5.4.2018

8 điểm, điểm NIHSS trên 20, rối loạn hô hấp, rối loạn nuốt, kích thước ổ nhồi máu trên 20mm ở vị trí hành não, các vị trí kết hợp, trên xung mạch TOF có hẹp, tắc động mạch thân nền. **Kết luận:** Một số yếu tố có giá trị tiên lượng ở bệnh nhân nhồi máu thân não giai đoạn cấp là: tuổi trên 60; điểm Glasgow từ 3 đến 8; điểm NIHSS trên 20; rối loạn hô hấp, rối loạn nuốt; kích thước ổ nhồi máu trên 20mm ở vị trí hành não; kích thước ổ nhồi máu trên 20mm ở các vị trí kết hợp; trên xung mạch TOF có hẹp tắc động mạch thân nền.

Từ khóa: Nhồi máu não, nhồi máu thân não giai đoạn cấp, yếu tố tiên lượng.

SUMMARY

STUDY ON SOME PROGNOSTIC FACTORS IN PATIENTS WITH BRAIN STEM ISCHEMIC STROKE DURING THE ACUTE PHASE

Objective: To determine some prognostic factors in patients with brain stem ischemic stroke during the acute phase. **Subjects:** We selected 93 patients with brain stem ischemic stroke in the acute phase at Bach Mai Hospital from July 2016 to July 2017. **Methods:** The prospective, longitudinal descriptive study. **Results:** According to the univariate analysis, the following factors were helpful for prognosis: age over 60, Glasgow score from 3 to 8, NIHSS score over 20, respiratory disorder, swallowing disorder, the size of infarction area over 20mm at the medulla, over 20mm at the combination position, occlusion or blockage of the basilar artery on the TOF sequence. According to the multivariate recurrent analysis, the following factors were helpful for prognosis: age over 60, Glasgow score from 3 to 8, NIHSS score over 20, respiratory disorder, swallowing disorder, the size of infarction area over 20mm at the medulla, over 20mm at the combination position, occlusion or blockage of the basilar artery on the TOF sequence. **Conclusions:** some factors were helpful for prognosis in patients with acute brain stem ischemic stroke during acute phase: age over 60, Glasgow score from 3 to 8, NIHSS score over 20, respiratory disorder, swallowing disorder, the size of infarction area over 20mm at the medulla, over 20mm at the combination position, occlusion or blockage of the basilar artery on the TOF sequence.

Key words: ischemic stroke, brain stem ischemic stroke in the acute phase, prognostic factor.

Bảng 2: Tuổi và tiên triển bệnh

Tuổi	Tiễn triển xấu	Tiễn triển tốt	Tổng số	OR (CI 95%)	P
> 60	n(%)	18 (33,33)	36 (66,67)	54 (100,0)	2,17 (1,23- 2,81)
≤ 60	n(%)	6(15,38)	33(84,62)	39(100)	

Nhận xét: Tiên triển tốt (điểm Rankin ≤ 4) xấu (điểm Rankin ≥ 5), không có sự khác biệt về tỷ lệ bệnh tiến triển xấu giữa các nhóm tuổi (với P < 0,05; OR 2,17; CI 1,23- 2,81).

Bảng 3: Điểm hôn mê Glasgow vào viện và tiên triển

Nhóm	Tình trạng		OR (CI 95%)	P
	Tiễn triển xấu n (%)	Tiễn triển tốt		
Điểm Glasgow: 3-8	17 (80,95)	4 (19,05)	39,46 (8,94-195,65)	< 0,01
Điểm Glasgow: 9-15	7 (9,72)	65 (90,28)		

Nhận xét: Nhóm có điểm hôn mê Glasgow từ 3 đến 8 có tỷ lệ tiến triển xấu cao hơn nhóm từ 9 đến 15 điểm, chiếm 80,95%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với P < 0,01. OR 39,46 CI 8,94-195,65).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu não luôn là vấn đề thời sự được giới y học hết sức quan tâm, do tỷ lệ thường gặp, tính chất nặng nề và là một trong những cấp cứu thần kinh [1]. Thân não là khu giải phẫu đặc biệt quan trọng, khi xảy ra nhồi máu vùng này các triệu chứng lâm sàng thường rất nặng nề, đe dọa tử vong nhanh chóng, khả năng phục hồi kém và thường chỉ được điều trị nội khoa [2].

Trong thực hành lâm sàng, tiên lượng chính xác đóng một vai trò vô cùng quan trọng. Tiên lượng đúng giúp người thầy thuốc có thái độ xử trí đúng, theo dõi sát, có phác đồ điều trị hợp lý [3].

Vì vậy, để góp phần tìm hiểu về đặc điểm của bệnh nhồi máu thân não giai đoạn cấp, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: *Xác định một số yếu tố có giá trị tiên lượng nặng ở bệnh nhân nhồi máu thân não giai đoạn cấp.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Chúng tôi chọn 93 bệnh nhân được chẩn đoán là nhồi máu thân não giai đoạn cấp tại Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 7 năm 2016 đến tháng 7 năm 2017.

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu, theo dõi dọc.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Một số đặc điểm chung về bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi (trung bình ± độ lệch chuẩn)	63,4 ± 14,2
Nam (Tỷ lệ %)	56 (60,22%)
Nữ (Tỷ lệ %)	37 (39,78%)

Trong 93 bệnh nhân nghiên cứu, tuổi trung bình của bệnh nhân là 63,4 ± 14,2. Tỷ lệ nam/nữ là 1,44/1. Nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao nhất 58,07 %.

Bảng 4: Điểm NIHSS lúc vào và tiến triển

Nhóm	Tình trạng		OR (CI 95%)	P
	Tiến triển xấu; n (%)	Tiến triển tốt; n (%)		
> 20 điểm	20 (74,07)	7 (25,93)	44,29 (10,19- 216,58)	< 0,01
≤ 20 điểm	4 (6,06)	62 (93,94)		

Nhận xét: Nhóm có điểm NIHSS trên 20 có tỷ lệ tiến triển xấu cao hơn nhóm có điểm NIHSS từ 20 điểm trở xuống, chiếm 74,07%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,01$. OR: 44,29, CI 10,19-216,58).

Bảng 5: Kích thước theo từng vị trí của ổ nhồi máu và tiến triển

Vị trí	Kích thước		Tiến triển xấu	Tiến triển tốt	Tổng số	OR (95%CI)	P
Cuống não	> 20mm	N	1	1	2	3 (0,08-107,45)	> 0,05
		%	50,00	50,00	100		
	≤ 20 mm	N	1	3	4		
		%	25,00	75,00	100		
Cầu não	> 20 mm	N	1	10	11	2,7 (0,15-47,39)	> 0,05
		%	9,09	90,91	100		
	≤ 20 mm	N	1	27	28		
		%	3,57	96,43	100		
Hành não	> 20 mm	N	6	1	7	19,5 (1,78-213,95)	< 0,01
		%	85,71	14,29	100		
	≤ 20 mm	N	4	13	17		
		%	23,53	76,47	100		
Kết hợp	> 20 mm	N	5	1	6	13 (1,2-140,73)	< 0,05
		%	83,33	16,67	100		
	≤ 20 mm	N	5	13	18		
		%	27,78	72,22	100		

Nhận xét: Nhóm có kích thước ổ nhồi máu trên 20mm có tỷ lệ tiến triển xấu cao hơn ở hành não chiếm 85,71%, so với ổ nhồi máu có kích thước từ 20mm trở xuống có tỷ lệ tiến triển xấu thấp hơn là 23, 53%. Sự chênh lệch có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,01$). Tỷ xuất chênh là 19,5, khoảng tin cậy từ 1,78 - 213,95.

Tại các vị trí kết hợp nhóm có kích thước trên 20mm, có tỷ lệ tiến triển xấu là 83,33%, cao hơn nhóm có kích thước ≤ 20 mm, chiếm 27,78%, sự

chênh lệch có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$), tỷ xuất chênh là 13, khoảng tin cậy từ 1,2-140,73

Tại cuống não nhóm có kích thước > 20mm, có tỷ lệ tiến triển xấu là 50%, cao hơn nhóm có kích thước ≤ 20 mm, chiếm 25%, sự chênh lệch không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

Tại cầu não nhóm có kích thước trên 20mm, có tỷ lệ tiến triển xấu là 9,09%, cao hơn nhóm có kích thước ≤ 20 mm, chiếm 3,57%, sự chênh lệch không có ý nghĩa thống kê (với $p > 0,05$).

Bảng 6: Tắc động mạch thần kinh trên TOF và tiến triển

Hợp, tắc động mạch thần kinh		Tiến triển xấu	Tiến triển tốt	Tổng số bệnh nhân	OR (95%CI)	P
Có	Số trường hợp (Tỷ lệ %)	17 (70,83)	7 (29,17)	24 (100,0)	7,01 (9,32 – 33,54)	<0,05
Không	Số trường hợp (Tỷ lệ %)	07 (10,15)	62 (89,85)	69 (100,0)		

Nhận xét: Nhóm có hợp tắc động mạch thần kinh có tỷ lệ tiến triển xấu là 70,83% cao hơn so với nhóm không có tắc động mạch thần kinh là 10,15%, sự chênh lệch có ý nghĩa thống kê (với $P < 0,05$, OR 7,01. CI 9,32- 33,54).

Bảng 7: Kết quả phân tích hồi quy đa biến các yếu tố tiên lượng bệnh nhân:

Yếu tố liên quan	OR	CI 95%		P
		Thấp nhất	Cao nhất	
Tuổi trên 60	1,71	1,02	1,64	< 0,05
Glasgow từ 3- 8 điểm	8,34	3,91	28,56	
Điểm NIHSS trên 20	12,33	1,01	21,65	
Liệt nửa người hai bên	15,62	2,45	31,79	
Rối loạn hô hấp	12,4	1,12	13,66	
Rối loạn nuốt	5,10	1,72	25,5	

Hẹp, tắc động mạch thân nền	4,5	3,3	18,54
Kích thước ổ nhồi máu ở hành não, vị trí kết hợp	1,4	0,88	2,22

Nhận xét: Các yếu tố có giá trị tiên lượng tiến triển xấu là: Tuổi trên 60, điểm Glasgow từ 3 đến 8, điểm NIHSS trên 20, liệt nửa người hai bên, rối loạn hô hấp, nuốt khó, kích thước ổ nhồi máu trên 20mm ở vị trí hành não, các vị trí kết hợp, hẹp tắc động mạch thân nền trên TOF có giá trị tiên lượng bệnh nhân nặng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu: Qua nghiên cứu 93 trường hợp chúng tôi thấy tuổi hay gặp nhất là ở nhóm trên 60 tuổi (58,07%) và nhóm dưới 40 tuổi ít gặp nhất (6,45%). Tuổi mắc trung bình là 63,4, trong đó tuổi thấp nhất 23 tuổi và cao nhất 98 tuổi. Như vậy sự phân bố nhồi máu thân não có xu hướng tăng dần theo tuổi. Thorleif Etgen và Helga Graf von Einsiedel nhận xét trong 43 trường hợp thấy tỷ lệ mắc cao cũng trong nhóm trên 60 tuổi và có độ tuổi trung bình mắc là 62,5, nam chiếm 60,22%, Nữ chiếm 39,78% [4].

4.2. Một số yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân nhồi máu thân não giai đoạn cấp

Tuổi và tiến triển bệnh: Trong nghiên cứu này có sự khác biệt về tỷ lệ tiến triển bệnh tốt giữa các nhóm tuổi. Nhóm trên 60 tuổi có thể trạng yếu hơn, có thể có những bệnh nội khoa phối hợp, thường có thời gian mang nhiều yếu tố nguy cơ hơn. Theo Trương Tuấn Anh tuổi càng cao thì di chứng càng nhiều [5].

Điểm hôn mê Glasgow lúc vào viện và tiến triển: Trong nghiên cứu này số bệnh nhân có điểm Glasgow từ 3 đến 8 điểm diễn biến nặng xin về là 17 chiếm 80,95% trong nhóm; đây là những bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ, tổn thương nhiều ổ, vị trí kết hợp. Tỷ lệ này thấp hơn kết quả nghiên cứu của Lê Thị Mỹ là 88,9% [2].

Điểm NIHSS lúc vào và tiến triển. Trong nghiên cứu này 74, 04% số bệnh nhân có điểm NIHSS trên 20 điểm là nặng xin về. Trong nghiên cứu của Nguyễn Huy Ngọc cũng đề cập tới mối liên quan của điểm NIHSS lúc vào và kết quả điều trị bệnh nhân nhồi máu não [6].

Kích thước theo từng vị trí của ổ nhồi máu và tiến triển: Tại vị trí hành não nhóm có kích thước ổ nhồi máu trên 20mm có tỷ lệ tiến triển xấu cao hơn chiếm 85,71%, so với ổ nhồi máu có kích thước ≤ 20 mm có tỷ lệ tiến triển xấu thấp hơn lần lượt là 23,53%. Sự chênh lệch có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,01$).

Tại các vị trí kết hợp nhóm có kích thước trên 20mm, có tỷ lệ tiến triển xấu là 83,33%, cao hơn nhóm có kích thước ≤ 20 mm, chiếm 27,78%, sự chênh lệch có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$).

Tại cuống não những bệnh nhân có kích thước ổ nhồi máu trên 20mm, có tỷ lệ tiến triển

xấu là 50%, cao hơn nhóm có kích thước ≤ 20 mm, chiếm 25%, sự chênh lệch không có ý nghĩa thống kê (với $p > 0,05$).

Tại cầu não nhóm có kích thước trên 20mm, có tỷ lệ tiến triển xấu là 9,09%, cao hơn nhóm có kích thước ≤ 20 mm, chiếm 3,57%, sự chênh lệch không có ý nghĩa thống kê (với $p > 0,05$).

Do kích thước hành não nhỏ hơn cầu não, cuống não, khi ổ nhồi máu có kích thước trên 20mm sẽ ảnh hưởng nặng nề đến sự dẫn truyền các xung thần kinh đi qua. Mặt khác hành não có các nhân dây IX, X, XI, XII, khi bị tổn thương sẽ làm ảnh hưởng đến các vận động vùng hầu-họng, hoạt động hô hấp, làm tăng nguy cơ suy hô hấp, bội nhiễm làm cho bệnh cảnh lâm sàng thêm nặng nề.

Hẹp, tắc động mạch thân nền trên xung TOF và tiến triển: Trong nghiên cứu này 24

bệnh nhân có tắc động mạch thân nền có tỷ lệ tiến triển xấu cao là 70,83% so với nhóm không có tắc động mạch thân nền là 10,15%; sự chênh lệch có ý nghĩa thống kê (với $P < 0,05$; OR 7,01; CI 9,32- 33,54). Theo Lê Thị Mỹ tỷ lệ tiến triển xấu của nhóm tắc động mạch thân nền là 57,1%. Tỷ lệ tái thông là 17,4% [2].

Phân tích hồi quy đa biến với các yếu tố tiên lượng bệnh nhân: Các yếu tố có giá trị

tiên lượng bệnh nhân nặng sau khi đã được kiểm tra ở phương trình đơn biến, được đưa vào phân tích phương trình hồi quy đa biến sử dụng phương thức khử giạt lùi. Chúng tôi đã thu được kết quả: Tuổi trên 60, điểm Glasgow từ 3 đến 8, điểm NIHSS trên 20, liệt nửa người hai bên, rối loạn hô hấp, nuốt khó, kích thước ổ nhồi máu trên 20mm ở vị trí hành não, các vị trí kết hợp, hẹp tắc động mạch thân nền trên TOF có giá trị tiên lượng bệnh nhân nặng.

Chúng tôi đã xác định được nhiều yếu tố nguy cơ hơn nghiên cứu của Lê Văn Bình là điểm hôn mê Glasgow dưới 8, liệt tứ chi, hội chứng giao bên là tiên lượng xấu cho bệnh nhân [1].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 93 trường hợp tuổi hay gặp nhất là trên 60 tuổi (58,07%), tuổi mắc trung bình là 63,4 nhồi máu thân não gặp ở nam chiếm 60,22%, nữ chiếm 39,78%. Tỷ lệ Nam/Nữ là 1,44.

Theo các phân tích đơn biến và hồi quy đa

biến, một số yếu tố có giá trị tiên lượng ở bệnh nhân nhồi máu thân não giai đoạn cấp là: tuổi trên 60; điểm Glasgow từ 3 đến 8; điểm NIHSS trên 20; rối loạn hô hấp, rối loạn nuốt; kích thước ổ nhồi máu trên 20mm ở vị trí hành não; kích thước ổ nhồi máu trên 20mm ở các vị trí kết hợp; trên xung mạch TOF có hẹp tắc động mạch thân nền.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Văn Bình (2012), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ của nhồi máu thân não", Luận văn Thạc Sĩ, Đại Học Y Hà Nội.
2. Lê Thị Mỹ (2015), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh mạch máu của nhồi máu não thuộc hệ động mạch sống - nền" Luận văn Bác sĩ Nội trú, Đại Học Y Hà Nội.
3. Kuker W., Weise J. (2002), "MRI characteristics of acute and subacute brainstem and thalamic infarctions: value of T2- and diffusion-Weighted sequences".
4. Etgen T., Von Einsiedel H. G. (2004), "Detection of acute brain stem infarction by using DWI/MRI"
5. Trương Tuấn Anh (2003): "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của tai biến mạch não vùng hố sau". Luận văn Thạc Sĩ, Đại Học Y Hà Nội.
6. Nguyễn Huy Ngọc (2011), "Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tiên lượng ở bệnh nhân nhồi máu não tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ", Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Q. Y.

TỶ LỆ MẤT NGỦ VÀ NHỮNG YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở PHỤ NỮ QUANH TUỔI MÃN KINH ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN TỪ DŨ

Huỳnh Minh Thắng¹, Võ Minh Tuấn¹

TÓM TẮT

Mối liên hệ giữa mất ngủ và tình trạng kinh nguyệt đã được ghi nhận trong các nghiên cứu. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ mất ngủ ở những phụ nữ quanh tuổi mãn kinh và các yếu tố liên quan. **Phương pháp và đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang thực hiện từ 10/2017-12/2017 ở phụ nữ từ 45-52 đến khám phụ khoa định kỳ tại Bệnh viện Từ Dũ. **Kết quả:** 386 trường hợp được thu nhận vào nghiên cứu, tỷ lệ mất ngủ là 27.72%. Mất ngủ liên quan với tuổi tác khi so giữa nhóm tuổi 45-49 và 50-52 (PR = 1.9; KTC 95% = 1.1 – 3.5), kinh tế (PR = 2.99; KTC 95% = 1.2 – 7.6), cơn bốc hỏa (PR = 3.65; KTC 95% = 2 – 6.6). Những phụ nữ quanh tuổi mãn kinh nên được tầm soát mất ngủ để có hướng tư vấn và điều trị sớm.

Từ khóa: phụ nữ quanh tuổi mãn kinh, mất ngủ

SUMMARY

PREVALENCE OF INSOMNIA AND RISK FACTORS AMONG WOMEN AROUND MENOPAUSE AGE COMING FOR EXAMINATION AT TUDU HOSPITAL

The relationship between insomnia and the menopause status has been documented in a number of studies. **Objective:** The aim of this study was to determine the incidence of insomnia in women around menopause age and related factors. **Methods and study participants:** A cross – sectional study was conducted from October 2017 to December 2017 among women around menopause age who came for periodic gynecological examination in Tu Du Hospital. **Results:** 386 subjects were recruited, the prevalence

of insomnia was 27.72%. Insomnia related to age when comparing age group 45-49 with age group 50-52 (PR = 1.9; CI 95% = 1.1 – 3.5), economical status (PR = 2.99; CI 95% = 1.2 – 7.6), hot flush (PR = 3.65; CI 95% = 2 – 6.6). Women around menopause age should be screened for insomnia in order to be counseled and treated early.

Key words: women around menopause age, insomnia

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mất ngủ tăng nguy cơ tử vong, tăng sử dụng dịch vụ y tế và tăng nguy cơ mắc những rối loạn tâm thần khác đặc biệt là trầm cảm. Mối liên hệ giữa mất ngủ và tình trạng kinh nguyệt của người phụ nữ có khác biệt giữa các nghiên cứu vì tình trạng này xảy ra còn do tác động của tuổi tác và các yếu tố từ xã hội [4].

Tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán mất ngủ là đo Đa miền ký. Tuy nhiên, phương pháp này khó được áp dụng ở những cơ sở không chuyên về tâm thần. Hiện nay, tiêu chuẩn chẩn đoán mất ngủ của DSM-5 có thể được sử dụng bởi các bác sĩ không chuyên về tâm thần nhằm chẩn đoán mất ngủ cho bệnh nhân [2].

Tỷ lệ mất ngủ rất dao động tùy thuộc vào dân số nghiên cứu và công cụ sử dụng. Theo một số nghiên cứu, tỷ lệ mất ngủ ở phụ nữ quanh tuổi mãn kinh dao động từ 19.7% đến 62.5% [1],[3],[4],[6],[7]. Chính vì vậy, việc sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán mất ngủ của DSM-5 sẽ giúp phân biệt rõ ràng hơn giữa tỷ lệ mất ngủ và tỷ lệ giảm chất lượng giấc ngủ.

Bởi vì có nhiều yếu tố tác động lên chất lượng giấc ngủ như nên cần thiết phải có sự phân tích tỷ lệ thật sự của những yếu tố này trong dân số.

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Minh Thắng
Email: huynhminhthang91@gmail.com
Ngày nhận bài: 18.2.2018
Ngày phản biện khoa học: 30.3.2018
Ngày duyệt bài: 11.4.2018

Tại Việt Nam, vẫn chưa có nhiều nghiên cứu về mất ngủ, nhất là mất ngủ ở phụ nữ quanh tuổi mãn kinh. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Tỷ lệ mất ngủ và những yếu tố liên quan ở phụ nữ quanh tuổi mãn kinh đến khám tại bệnh viện Từ Dũ" với mong muốn trả lời được câu hỏi nghiên cứu: "Tỷ lệ mất ngủ ở phụ nữ quanh tuổi mãn kinh đến khám tại bệnh viện Từ Dũ là bao nhiêu?" Mục tiêu nghiên cứu

1. *Mục tiêu chính: Xác định tỷ lệ mất ngủ qua chẩn đoán sàng lọc ở những phụ nữ đến khám phụ khoa định kỳ tại Bệnh viện Từ Dũ trong khoảng thời gian từ 10/2017 đến 12/2017.*

2. *Khảo sát những yếu tố liên quan với mất ngủ ở phụ nữ đến khám phụ khoa định kỳ tại Bệnh viện Từ Dũ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang.

Dân số đích: Những phụ nữ quanh tuổi mãn kinh đến khám định kỳ tại bệnh viện Từ Dũ

Dân số chọn mẫu: Những phụ nữ từ 45-52 tuổi đến khám định kỳ tại phòng khám phụ khoa bệnh viện Từ Dũ từ 10/2017 đến 12/2017, còn tử cung và ≥ 1 buồng trứng, không có tiền căn điều trị nội tiết tố trong 3 tháng trước đó và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: phụ nữ mang thai, tình trạng sức khỏe và tinh thần không có khả năng trả lời được bảng phỏng vấn

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

Cỡ mẫu: Tính cỡ mẫu theo công thức ước tính một tỷ lệ trong quần thể với độ chính xác tuyệt đối

$Z = 1.96$; p = tỷ lệ mất ngủ trên những trường hợp phụ nữ quanh tuổi mãn kinh. Theo các nghiên cứu nước ngoài [1],[3],[6],[7], tỷ lệ mất ngủ từ 19.7%-62.5%, do vậy chúng tôi chọn $p = 0.50$ để có được cỡ mẫu lớn nhất $\rightarrow n = 386$.

Phương pháp nhận bệnh và thu thập số liệu

Thu thập số liệu cho đến khi đủ mẫu theo thiết kế nghiên cứu. Vào ngày làm việc, tại phòng lưu hồ sơ khu khám Phụ khoa, chúng tôi sẽ mời những phụ nữ đến khám phụ khoa định kỳ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu tham gia nghiên cứu.

Tác giả là người trực tiếp phỏng vấn người tham gia. **Các bước tiến hành:**

Bước 1: Tiến hành phỏng vấn thử bằng câu hỏi (Pilot study)

Bước 2: Sàng lọc và thu nhận đối tượng nghiên cứu

Bước 3: Tư vấn về nghiên cứu và để người tham gia ký cam kết đồng thuận tham gia nghiên cứu.

Bước 4: Tiến hành phỏng vấn, thu thập số liệu

Bước 5: Nhập, làm sạch và phân tích số liệu.

Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê Stata 10.0

Đạo đức nghiên cứu: Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học (IRB) đã phê duyệt đạo đức của nghiên cứu. Số 293/ĐHYD-HĐ. Ngày chấp thuận: 15/09/2017

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1 Đặc điểm dân số - xã hội của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tổng số (N=386)	Tỷ lệ (%)
Tuổi		
45-49	275	71.24
50-52	111	28.76
Nghề nghiệp		
Công nhân viên	75	19.43
Nông dân	94	24.35
Buôn bán	116	30.05
Công nhân	25	6.48
Thất nghiệp, nội trợ	76	19.69
Trình độ học vấn		
$\leq$ Cấp 1	80	20.73
Cấp II	151	59.84
Cấp III	102	86.27
Đại học	53	13.73
Tình trạng kinh tế		
Đủ sống	354	91.71
Khó khăn	32	8.29

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình là $48,1 \pm 2,27$. Về nghề nghiệp, nhóm có công việc buôn bán tự do chiếm tỷ lệ cao nhất (30.05%), thấp nhất là công nhân (6.48%). Nhóm có trình độ học vấn cấp 2 chiếm tỷ lệ lớn nhất (39.12%), thấp nhất là đại học (13.73%). Đa số có tình trạng kinh tế đủ sống (91.71%).

Bảng 2: Đặc điểm những triệu chứng kinh nguyệt của đối tượng tham gia nghiên cứu

Đặc điểm	Tổng số (N=386)	Tỷ lệ (%)
Tình trạng kinh nguyệt		
Đều	140	36.27
Chu kỳ dài > 7 ngày	38	9.84
≥ 2 chu kỳ vô kinh	137	35.49
≥ 12 tháng vô kinh	71	18.39
Cơ bốc hỏa: Không	233	60.36
Có	153	39.64
Đổ mồ hôi đêm		
Không	293	75.91
Có	93	24.09
Đau khớp: Không	198	51.3
Có	188	48.7
Khô âm đạo: Không	217	56.22
Có	169	49.78
Giảm ham muốn tình dục		

Đặc điểm	Tổng số (N=386)	Tỷ lệ (%)
Không	160	41.45
Có	226	58.55

Nhóm đối tượng kinh nguyệt đều chiếm tỷ lệ cao nhất với 36.27%. Tỷ lệ có triệu chứng cơn bốc hỏa là 39.64% và triệu chứng đổ mồ hôi chiếm tỷ lệ 24.09%. Tỷ lệ đối tượng có vấn đề đau khớp là 48.7%. Các trường hợp bị khô âm đạo chiếm tỷ lệ 49.78%. Và cuối cùng, tỷ lệ có giảm ham muốn tình dục là 58.55%.

Bảng 3 Tỷ lệ mất ngủ theo tiêu chuẩn chẩn đoán DSM-5

Mất ngủ	Tổng số (N)	Tỷ lệ (%)	KTC 95%
Không	279	72.28	67.53 – 43.69
Có	107	27.72	23.31 – 32.47
Tổng số	386	100	

Theo tiêu chuẩn chẩn đoán DSM-5, có 107 trường hợp được chẩn đoán mất ngủ chiếm tỷ lệ 27.72% [KTC 95% = 23.31 – 32.47], tương đương 107/386 trường hợp.

Bảng 4. Phân bố loại mất ngủ

Mục đánh giá	Không thỏa mãn về thời gian và chất lượng ngủ	
Đặc điểm mất ngủ		
Khó bắt đầu giấc ngủ	62	57.94%
Thức giấc giữa đêm và khó ngủ lại	29	27.1%
Thức dậy sớm và không ngủ lại được	16	14.96
Tổng số	107	100%
Thời gian mất ngủ		
3 tháng – 6 tháng	74	69.16%
6 tháng – 12 tháng	28	26.17%
>12 tháng	5	4.67%
Tổng số	107	100%

Đa số những phụ nữ đủ tiêu chuẩn chẩn đoán mất ngủ theo DSM-5 than phiền về việc khó bắt đầu giấc ngủ (57.94%). Phần lớn, những trường hợp thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán đều đã trải qua mất ngủ trong khoảng thời gian từ 3-6 tháng.

Bảng 5. Phân tích đa biến giữa các đặc điểm và mất ngủ:

**Multivariate Logistic regression*

Đặc điểm	Không mất ngủ (N = 279)	Mất ngủ (N = 107)	PR	KTC 95%	P*
Tuổi: 45-49	212 (75.99)	63 (58.88)	1		
50-52	67 (24.01)	44 (41.12)	1.92	1.05 -3.5	0.034
Nghề nghiệp: Công nhân viên	59 (21.15)	16 (14.95)	1		
Nông dân	64 (22.94)	30 (28.04)	1.18	0.31-4.5	0.804
Buôn bán	90 (32.26)	26 (24.30)	1.06	0.3 -3.76	0.925
Công nhân	14 (5.02)	11 (10.28)	3.67	0.8-16.58	0.091
Thất nghiệp, nội trợ	52 (18.63)	24 (22.43)	1.12	0,29-4.22	0.868
Trình độ học vấn: ≤ Cấp 1	55 (19.71)	25 (23.36)	1		
Cấp 2	99 (35.48)	52 (48.6)	1.72	0.79-3.73	0.168
Cấp 3	82 (29.39)	20 (18.69)	1.01	0.38-2.65	0.988
Đại học	43 (15.41)	10 (9.35)	1.38	0.27-7.09	0.7
Tình trạng kinh tế: Đủ sống	263 (94.27)	91 (85.05)	1		
Khó khăn	16 (5.73)	16 (14.95)	2.99	1.17-7.64	0.023
Chu kỳ kinh: Đều	115 (41.22)	25 (23.36)	1		
≥ 7 ngày	27 (9.68)	11 (10.28)	1.47	0.56-3.85	0.436
≥ 2 tháng vô kinh	90 (32.26)	47 (16.85)	1.65	0.84-3.22	0.144
≥ 12 tháng vô kinh	47 (16.85)	24 (22.43)	1.99	0.87-4.59	0.103
Tiền căn: Chưa phẫu thuật	276 (98.92)	100 (93.46)	1		
Cắt 1 buồng trứng	3 (1.08)	7 (6.54)	2.96	0,61-14,5	0,179
Cơn bốc hỏa: Không	199 (71.33)	34 (31.78)	1		
Có	80 (28.67)	73 (68.22)	3.65	2.01- 6.6	<0.01
Đổ mồ hôi đêm: Không	230 (82.44)	63 (58.88)	1		
Có	49 (17.56)	44 (41.12)	1.56	0.83- 2.9	0.166
Đau khớp: Không	151 (54.12)	47 (43.93)	1		
Có	128 (45.88)	60 (56.07)	1.16	0.6 -2.02	0.603
Khô âm đạo: Không	173 (62.01)	44 (41.12)	1		
Có	106 (37.99)	63 (58.88)	1.49	0.68 -3.3	0.316
Giảm ham muốn tình dục: Không	128 (45.88)	32 (29.91)	1		
Có	151 (54.12)	75 (70.09)	1.03	0.45-2.4	0.939

Qua phân tích hồi quy đa biến, chúng tôi nhận thấy có 3 yếu tố tác động lên mất ngủ ở những phụ nữ quanh tuổi mãn kinh gồm tuổi tác, tình trạng kinh tế, triệu chứng cơn bốc hỏa

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện nhằm phân tích tỷ lệ mất ngủ và yếu tố liên quan ở những phụ nữ quanh tuổi mãn kinh. Số liệu nghiên cứu cho thấy liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng mất ngủ và một số yếu tố sau: nhóm có tuổi từ 50-52 làm tăng nguy cơ mất ngủ lên 1.92 lần so với nhóm có tuổi từ 45-49; nhóm có tình trạng kinh tế khó khăn làm tăng nguy cơ mất ngủ lên 2.99 lần so với nhóm có tình trạng kinh tế đủ sống; nhóm có triệu chứng cơn bốc hỏa làm tăng nguy cơ mất ngủ lên 3.65 lần so với nhóm không có triệu chứng cơn bốc hỏa.

Tỷ lệ mất ngủ thấp hơn nghiên cứu của Ciano [1] tại Mỹ. Tuy cùng sử dụng tiêu chuẩn DSM-5 nhưng nghiên cứu tại Mỹ có hạn chế là phải dựa trên thông tin đã được thu thập từ trước nên không loại được những trường hợp mất ngủ do sử dụng thuốc, chất kích thích.

Xét về yếu tố tuổi tác, một số nghiên cứu [5],[7] đồng thuận với chúng tôi khi kết luận rằng tỷ lệ mất ngủ càng cao hơn khi lớn tuổi nhưng Simin Taavoni [6] lại không đồng thuận về điều này. Xét về yếu tố tình trạng kinh tế, chúng tôi tìm thấy có mối liên quan giữa mất ngủ tình trạng kinh tế khó khăn. Kết quả này đồng thuận với Simin Taavoni [6] và Chol Sin [5] nhưng lại không đồng thuận với Zohreh Yazdi [7]. Nghiên cứu của chúng tôi kết luận có mối liên quan triệu chứng cơn bốc hỏa, và tình trạng mất ngủ. Điều này đồng thuận với Zohreh Yazdi [7].

Từ 50 tuổi trở đi đa phần người phụ nữ sẽ bước vào giai đoạn quanh mãn kinh và sự sụt giảm nồng độ nội tiết tố sinh dục trong cơ thể gây ra nhiều triệu chứng dẫn tới tăng nguy cơ mất ngủ. Tuy nhiên, Simin Taavoni [6] cho rằng không có mối liên quan giữa mất ngủ và tuổi tác. Sự khác biệt này có thể do sự khác nhau trong việc lựa chọn đối tượng nghiên cứu. Simin Taavoni [6] chỉ chọn trong độ tuổi từ 50-60. Trong khi đó, sự đa dạng hơn về nhóm tuổi được thấy ở những nghiên cứu khác. Về mối liên quan giữa tình trạng kinh tế và mất ngủ, đây là một yếu tố phụ thuộc vào đánh giá chủ quan của đối tượng tham gia. Sự khác nhau giữa những nghiên cứu có thể do mức độ khó khăn hay đủ sống của mỗi nền kinh tế là không giống nhau.

Kết quả trong các nghiên cứu còn có một số mặt hạn chế. Trước hết, công cụ chẩn đoán mất

ngủ không có sự thống nhất. Thêm vào đó, số lượng của những biến số độc lập cũng còn hạn chế, không cho phép phân tích rõ ràng, cần kể cách thức mà những yếu tố đó dẫn đến tình trạng mất ngủ. Cuối cùng, ta không thể loại trừ hoàn toàn những phương pháp thu thập số liệu khác nhau ở những mẫu quần thể khác nhau có thể dẫn đến sai lệch trong kết quả.

Nghiên cứu của chúng tôi còn những hạn chế đó là chưa có nghiên cứu tương tự được thực hiện tại Việt Nam. Tuy nhiên, nghiên cứu này đã đạt được mục tiêu đặc ra là phân tích tỷ lệ mất ngủ ở phụ nữ quanh tuổi mãn kinh đến khám định kỳ tại bệnh viện Từ Dũ và đánh giá một số yếu tố liên quan.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự liên hệ của những yếu tố nguy cơ và mất ngủ ở phụ nữ quanh tuổi mãn kinh. Vậy nên ở những phụ nữ quanh tuổi mãn kinh nên được tầm soát mất ngủ khi họ tiếp xúc với nhân viên y tế, từ đó có hướng điều trị nhằm giúp nâng cao chất lượng sống. Ngoài ra, việc tầm soát mất ngủ có thể được thực hiện đơn giản tại các cơ sở y tế với người phỏng vấn chỉ cần là những cán bộ y tế đã được tập huấn. Ngoài ra, nghiên cứu này cũng cung cấp dữ liệu và là một nguồn tài liệu tham khảo cho những nghiên cứu trong tương lai.

Lời cảm ơn: Tác giả cam kết không xung đột lợi ích từ kết quả nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ciano C., King T. S., Wright R. R., et al. (2017), "Longitudinal Study of Insomnia Symptoms Among Women During Perimenopause", *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 46 (6), pp. 804-813.
2. Khurshid K. A. (2015), "A review of changes in DSM-5 sleep-wake disorders", *Psychiatric Times*, 32 (9), pp. 16-16.
3. Kravitz H. M., Joffe H. (2011), "Sleep during the perimenopause: a SWAN story", *Obstet Gynecol Clin North Am*, 38 (3), pp. 567-86.
4. Kuh D., Hardy R., Rodgers B., et al. (2002), "Lifetime risk factors for women's psychological distress in midlife", *Soc Sci Med*, 55 (11), pp. 1957-73.
5. Shin C., Lee S., Lee T., et al. (2005), "Prevalence of insomnia and its relationship to menopausal status in middle-aged Korean women", *Psychiatry Clin Neurosci*, 59 (4), pp. 395-402.
6. Taavoni S., Ekbatani N. N., Haghani H. (2015), "Postmenopausal Women's Quality of Sleep and its Related Factors", *J Midlife Health*, 6 (1), pp. 21-5.
7. Yazdi Z., Sadeghniaat-Haghighi K., Ziaee A., et al. (2013), "Influence of Sleep Disturbances on Quality of Life of Iranian Menopausal Women", *Psychiatry Journal*, 2013, pp. 5.

THẦN KINH THANH QUẢN KHÔNG QUẶT NGƯỢC: NHÂN HAI TRƯỜNG HỢP PHẪU THUẬT UNG THƯ TUYẾN GIÁP TẠI BỆNH VIỆN K

Ngô Quốc Duy¹, Lê Văn Quảng², Ngô Xuân Quý¹,
Đinh Xuân Cường¹, Nguyễn Quốc Dũng¹, Ma Chính Lâm¹,
Đàm Bảo Trung¹, Trần Đức Toàn¹

TÓM TẮT

Ung thư tuyến giáp là bệnh ung thư phổ biến với phương pháp điều trị chính là phẫu thuật. Việc bảo tồn thần kinh thanh quản là bước cơ bản trong phẫu thuật ung thư tuyến giáp. Bình thường, thần kinh thanh quản không quặt ngược là sự biến đổi hiếm gặp về mặt phôi thai học của thần kinh quặt ngược thanh quản. Tỷ lệ thần kinh thanh quản không quặt ngược gặp khoảng 0,5%. Do vậy, nếu phẫu thuật viên không có kinh nghiệm dễ làm tổn thương thần kinh thanh quản không quặt ngược và gây ra hậu quả nghiêm trọng. **Báo cáo ca lâm sàng:** Báo cáo hai ca lâm sàng bệnh nhân ung thư tuyến giáp được cắt toàn bộ tuyến giáp tại bệnh viện K, có thần kinh thanh quản không quặt ngược ở bên phải. Đồng thời, trên hình ảnh chụp CT cho thấy, cả hai bệnh nhân đều có bất thường về nguyên uỷ và đường đi của động mạch dưới đòn phải. **Bàn luận:** Trong bài báo này, chúng tôi sẽ bàn luận về sự hình thành phôi thai học và những biến đổi về giải phẫu của thần kinh thanh quản không quặt ngược, để giúp cho các phẫu thuật viên hiểu rõ và tránh được hậu quả làm tổn thương thần kinh thanh quản. **Kết luận:** Thần kinh thanh quản không quặt ngược là một hiện tượng lâm sàng hiếm gặp và tăng nguy cơ bị tổn thương trong khi phẫu thuật, thường dẫn tới liệt dây thanh tạm thời hoặc vĩnh viễn. Do vậy, việc hiểu rõ về tần suất, phôi thai học và các dạng thần kinh thanh quản không quặt ngược là một kiến thức quan trọng cho các bác sĩ phẫu thuật tuyến giáp.

SUMMARY

NON-RECURRENT LARYNGEAL NERVE: A REPORT OF TWO CASES WITH THYROID CANCER IN K HOSPITAL

Introduction: Thyroid cancer is a common type of cancer. Surgery is a fundamental treatment for its disease. Identification and prevention of injury to the laryngeal nerve is one of the main issues in surgery for thyroid cancer. The non-recurrent laryngeal nerve (NRLN), which is found in 0.25 to 0.99% of the patients with thyroid surgery, is a rare embryologically-derived variant of the recurrent laryngeal nerve (RLN). Thus, thyroid surgeons should have adequate knowledge of all anatomical variations

of the RLN. **Presentation of cases:** All two patients with the non-recurrent laryngeal nerve on the right side were performed thyroidectomy and discharged without any complications. The surgeons found that the right laryngeal nerve was not recurrent and it originated directly from the vagus nerve. Moreover, the right subclavian artery of these patients arose directly from the aortic arch. **Discussion:** NRLN is easily damaged during surgery and its presence is closely related to subclavian artery anomaly. There are 2 types of NRLN in terms of its origin. However, in all variations of the NRLN and RLN, the nerve travels to the larynx at the level of cricothyroid joint, close to berry ligament. Therefore, identification of NRLN at this site could minimize the risk of NRLN injury.

Conclusion: The NRLN is a rare clinically relevant structure, which is associated with an increased risk of iatrogenic injury leading to temporary or permanent vocal cord paralysis. Thorough anatomical knowledge and cautious dissection are essential to identify any normal variants of RLN, as well as to avoid causing injury. Additionally, in term of embryology, the presence of NRLN is closely related to subclavian artery anomaly.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thần kinh thanh quản thường tách ra trực tiếp từ dây thần kinh số 12, chi phối hoạt động cho các cơ nội tại thanh quản trừ cơ nhắt giáp. Trong phẫu thuật tuyến giáp, việc tìm và bảo tồn thần kinh thanh quản không quặt ngược là một bước rất quan trọng, đặc biệt trong mổ ung thư giáp trạng.

Thần kinh thanh quản không quặt ngược là một bất thường giải phẫu hiếm gặp với tỉ lệ gặp dao động trong khoảng 0,3%-0,8% ở bên phải và 0,004% ở bên trái. Sự xuất hiện của thần kinh không quặt ngược ở bên phải thường đi kèm với bất thường của động mạch dưới đòn phải, động mạch này tách ra trực tiếp từ cung động mạch chủ.

Năm 1823, Steadman báo cáo trường hợp thần kinh không quặt ngược đầu tiên. Việc tìm và bảo tồn thần kinh không quặt ngược trong mổ luôn là một thử thách, kể cả với phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Do vậy, để giảm nguy cơ tổn thương dây thần kinh, các phẫu thuật viên cần hiểu rõ về tần suất, sự hình thành và các dạng của thần kinh thanh quản không quặt ngược.

¹Bệnh viện K Trung Ương

²Bộ môn Ung thư – Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Quốc Duy

Email: Duyhnh@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2018

Ngày duyệt bài: 6.4.2018

II. CASE LÂM SÀNG

Trường hợp 1: Bệnh nhân nữ 33 tuổi có tiền sử khỏe mạnh, đi khám bệnh định kỳ phát hiện có khối u ở hai tuyến giáp. Bệnh nhân không có bất kỳ triệu chứng lâm sàng nào như sờ thấy u ở cổ, nuốt vướng hay khàn tiếng. Siêu âm vùng cổ phát hiện thấy có nốt giảm âm ở thùy phải tuyến giáp kích thước 5 x 5mm, bờ không đều, trong có vi vôi hóa. Ngoài ra ở thùy trái tuyến giáp cũng có nốt giảm âm kích thước 7 x 6 mm với tính chất tương tự. Bệnh nhân được tiến hành chọc hút tế bào kim nhỏ dưới siêu âm, kết quả là carcinoma thể nhú ở cả hai nốt giảm âm hai thùy tuyến giáp. Bệnh nhân được tiến hành cắt toàn bộ tuyến giáp và kiểm tra kỹ

không có hạch nhóm 6, hạch nhóm 2, 3, 4 hai bên. Trong quá trình phẫu tích, tác giả phát hiện thần kinh thanh quản không quặt ngược ở bên phải, còn bên trái, giải phẫu của thần kinh thanh quản bình thường. Trong suốt quá trình phẫu thuật, thần kinh thanh quản ở hai bên đều được bảo tồn mà không có bất kì tổn thương nào. Sau mổ, bệnh nhân nói bình thường và được ra viện 5 ngày sau mổ. Kết quả giải phẫu bệnh là carcinoma tuyến giáp thể nhú ở cả thùy phải và thùy trái tuyến giáp. Kết quả chụp CT ngực cho thấy, động mạch dưới đòn phải tách trực tiếp từ cung động mạch chủ và vòng sau thực quản, khí quản (Hình 1)



Hình 1: Thần kinh thanh quản không quặt ngược và sự bất thường ĐM dưới đòn phải ở trường hợp 1

Trường hợp 2: Bệnh nhân nữ 37 tuổi vào viện vì khám định kỳ thấy u ở tuyến giáp. Kết quả siêu âm cho thấy có nốt giảm âm ở thùy trái giáp trạng kích thước 8 x 8 mm (TIRADS 4b), ngoài ra có nốt giảm âm kích thước 3 x 3 mm ở thùy phải giáp trạng (TIRADS 3), đồng thời thấy hạch máng cảnh bên trái kích thước 0,5 cm. Bệnh nhân được chọc tế bào u tuyến giáp dưới siêu âm với kết quả nghi ngờ ung thư tuyến giáp thể nhú ở bên trái. Chỉ định phẫu thuật được đặt ra, cuộc mổ bao gồm cắt toàn bộ tuyến giáp và vét hạch cổ hai bên.

Kết quả là ung thư biểu mô tuyến giáp ở cả

hai thùy có di căn 2/2 hạch nhóm 6 và 4/9 hạch nhóm 2,3,4 bên trái. 6 hạch máng cảnh phải có kết quả viêm mãn tính. Cũng tương tự như hai trường hợp trên, trong quá trình phẫu thuật, thần kinh thanh quản quặt ngược ở bên trái bình thường, nhưng thần kinh thanh quản ở bên phải là không quặt ngược, tách ra từ thần kinh phụ, song song và ở trên so với bó mạch giáp dưới. Sau mổ 1 tuần, bệnh nhân không khàn tiếng, được ra viện và chuyển điều trị I-ốt 131. Kết quả chụp CT ngực cho thấy có sự bất thường của động mạch dưới đòn phải tương tự như trường hợp số 1. (Hình 2)



Hình 2: Thần kinh thanh quản không quặt ngược và sự bất thường ĐM dưới đòn phải ở trường hợp 1

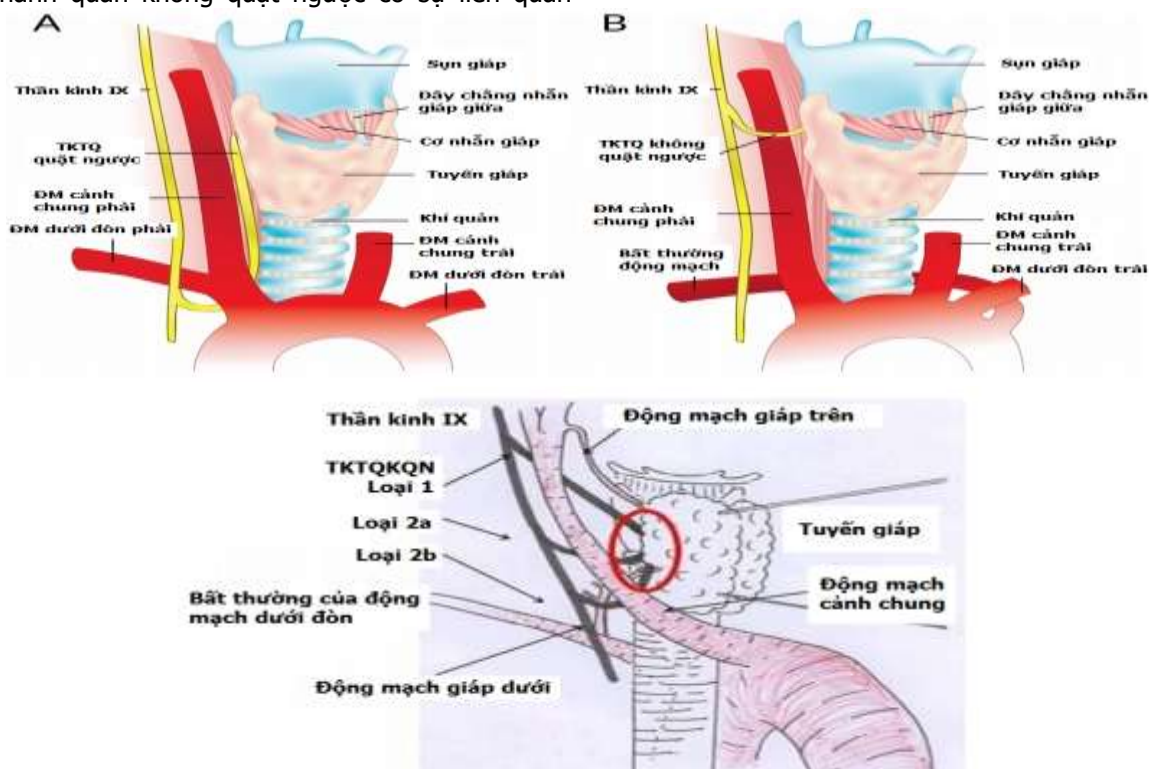
III. BÀN LUẬN

Trường hợp thần kinh thanh quản không quặt ngược được báo cáo lần đầu tiên bởi tác giả Steadman vào năm 1823. Thần kinh thanh quản không quặt ngược là sự biến đổi hiếm gặp về mặt phôi thai học của thần kinh quặt ngược thanh quản. Tỷ lệ gặp thần kinh thanh quản không quặt ngược ở bên phải là 0,3 – 1%, trong khi đó ở bên trái là 0,004% [1], [2].

Thần kinh thanh quản không quặt ngược thường dễ bị tổn thương trong quá trình phẫu thuật dẫn tới các biến chứng sau phẫu thuật như liệt dây thanh. Việc chủ động tìm dây thần kinh và bóc lộ dây là bước rất quan trọng để tránh làm tổn thương dây thần kinh [3].

Về mặt phôi thai học, sự có mặt của thần kinh thanh quản không quặt ngược có sự liên quan

chặt chẽ với sự bất thường của động mạch dưới đòn. Bình thường, động mạch dưới đòn phải được hình thành từ cung mang thứ 4 và thần kinh quặt ngược thanh quản được hình thành từ cung mang thứ 6. Trong suốt quá trình phát triển thời kỳ phôi thai học, tim đi xuống kéo theo cung mang thứ 6 (bao gồm cả thần kinh quặt ngược thanh quản). Sự bất thường về xuất phát của động mạch dưới đòn bên phải thường dẫn tới thần kinh thanh quản tách trực tiếp ra từ thần kinh X rồi đi thẳng vào khuyết giáp mà không đi dưới động mạch dưới đòn phải rồi mới quặt ngược lên trên đi vào khuyết giáp. Trong những trường hợp trên, động mạch dưới đòn phải thường vòng ra sau thực quản và khí quản (gặp tỷ lệ 0,5 – 2%) [3], [4], [5].



Về phân loại các dạng thường gặp của thần kinh thanh quản không quặt ngược, Toniato và cộng sự (2004) thực hiện phẫu thuật cắt tuyến giáp trên 6000 bệnh nhân (trong đó có 31 trường hợp thần kinh thanh quản không quặt ngược). Tác giả đưa ra có ba dạng thần kinh thanh quản không quặt ngược. Loại 1, thần kinh thanh quản không quặt ngược có liên quan và gần với bó mạch giáp trên. Loại 2a, thần kinh đi song song và trên bó mạch giáp dưới. Loại 2b, thần kinh đi song song nhưng ở dưới bó mạch

giáp dưới (như ở hình số 4). Trong hai trường hợp của chúng tôi, thần kinh thanh quản không quặt ngược trong trường hợp 1 ở loại 1, trường hợp còn lại thần kinh thanh quản không quặt ngược ở loại 2a. Tuy nhiên tất cả các trường hợp, thần kinh đi vào thanh quản ở vị trí khuyết giáp, gần với dây chằng berry. Do vậy, chúng ta cần tìm thần kinh thanh quản không quặt ngược ở vị trí này để hạn chế tối đa làm tổn thương thần kinh thanh quản không quặt ngược.

IV. KẾT LUẬN

Thần kinh thanh quản không quặt ngược là một hiện tượng giải phẫu hiếm gặp (0,3 – 1 %), và tăng nguy cơ bị tổn thương trong khi phẫu thuật, thường dẫn tới liệt dây thanh tạm thời hoặc vĩnh viễn. Sự hiểu biết rõ về tần suất, nguồn gốc, nguyên nhân xuất hiện thần kinh thanh quản không quặt ngược giúp giảm thiểu nguy cơ làm tổn thương thần kinh thanh quản không quặt ngược, và đồng thời góp phần vào thành công của cuộc phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Marchesi M, Biffoni M, Faloci C, Nobili Benedetti R, Notari P, Mariotti F, et al.** The inferior nonrecurrent laryngeal nerve: A report of 7 cases

- observed since 1987. *G Chir.* 2000;21:25–8.
2. **Brandon Michael Henry, Silvia Sanna, Matthew J. Graves, et al.** The Non-Recurrent Laryngeal Nerve: a meta-analysis and clinical considerations. *PeerJ.* 2017; 5: e3012
 3. **Toniato A, Mazzarotto R, Piotta A, Bernante P, Pagetta C, Pelizzo MR.** Identification of the nonrecurrent laryngeal nerve during thyroid surgery: 20-year experience. *World J Surg.* 2004;28:659–661.
 4. **Casal, D., Peças, A., Sousa, D. & Rosa-Santos.** A non-recurrent inferior laryngeal nerve in a man undergoing thyroidectomy: a case report. *Journal of Medical Case Reports.* 2010; 4:386.
 5. **Campbell, P. R., Serpell, J. W. & Young, E.** Non-Recurrent Laryngeal Nerves. The Role of Digital Subtraction Angiography to Identify Subjects. *Australian and New Zealand Journal of Surgery.* 1991; 61,358-9.

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG KHÚC XẠ GIÁC MẠC SAU GHÉP GIÁC MẠC XUYÊN

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

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá tình trạng khúc xạ giác mạc và sự biến đổi của khúc xạ giác mạc 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 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:** Trước mổ, tất cả mắt nghiên cứu 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 được cải thiện đáng kể với mức 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. Trước mổ không đo được khúc xạ giác mạc bệnh lý, sau mổ khúc xạ giác mạc trung bình là $41,68D \pm 4,67D$ tại thời điểm 3 tháng và ổn định đến 24 tháng sau phẫu thuật với 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: $5,56D \pm 2,35D$. **Kết luận:** Sau phẫu thuật ghép giác mạc xuyên thị lực được cải thiện đáng kể nhưng không cao do hầu hết giác mạc ghép đều bị loạn thị với độ loạn thị khá cao, độ loạn thị giảm dần theo thời

gian và ổn định sau phẫu thuật 24 tháng. Do vậy, cần có các biện pháp điều chỉnh loạn thị giác mạc ghép sau phẫu thuật để cải thiện hơn nữa thị lực cho người bệnh.

Từ khóa: ghép giác mạc xuyên, khúc xạ giác mạc, loạn thị.

SUMMARY

ASSESSMENT THE CORNEAL REFRACTION AFTER PENETRATING KERATOPLASTY

Objectives: This study aimed to assess the corneal refraction and its changes 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:** 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. 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 $5,56D \pm 2,35D$. **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 the patients

Keywords: penetrating keratoplasty, refraction, astigmatism.

*Bệnh viện Mắt Trung Ương

**Bệnh viện Quân Y 103

Chịu trách nhiệm chính: Lê Xuân Cung

Email: cunghieminh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 2.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2018

Ngày duyệt bài: 10.4.2018

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép giác mạc xuyên quang học với tỷ lệ thành công cao (khoảng hơn 90%) đã trở thành một trong những phương pháp phẫu thuật phổ biến nhất đem lại ánh sáng cho bệnh nhân bị mù do bệnh lý giác mạc. Ngược lại với những thành công về mặt giải phẫu, trong một số trường hợp thị lực bệnh nhân không được cải thiện nhiều mà nguyên nhân quan trọng đó là biến đổi khúc xạ giác mạc sau phẫu thuật. Công suất khúc xạ giác mạc chiếm 2/3 công suất khúc xạ chung của toàn nhãn cầu. Chính vì vậy can thiệp vào giác mạc trong phẫu thuật ghép giác mạc xuyên dẫn đến những thay đổi khúc xạ lớn. Có rất nhiều nguyên nhân gây nên sự biến đổi khúc xạ giác mạc sau phẫu thuật nhưng nguyên nhân chủ yếu liên quan đến 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 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.

Ở nước ta, đã có nhiều công trình nghiên cứu về ghép giác mạc xuyên. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào về biến đổi của khúc xạ giác mạc sau phẫu thuật ghép giác mạc xuyên. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá tình trạng khúc xạ giác mạc sau phẫu thuật ghép giác mạc xuyên tại khoa Kết giác mạc, bệnh viện Mắt TW.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

3. Cách thức nghiên cứu

- Lập ra danh sách những bệnh nhân tham gia nghiên cứu mời đến khám lại. Thông tin về người bệnh, quá trình phẫu thuật, điều trị được lấy từ hồ sơ bệnh án lưu trữ tại Bệnh viện Mắt TW.

- Bệnh nhân được khám lại tại các thời điểm sau phẫu thuật 1, 3, 6, 12, 18 và 24 tháng. Tại các thời điểm nghiên cứu, bệnh nhân sẽ được đo thị lực không kính, thị lực sau khi chỉnh kính, khám đánh giá tình trạng bề mặt nhãn cầu, nội nhãn và tiến hành đo bản đồ giác mạc (sử dụng bản đồ trục và bản đồ khúc xạ). Tại mỗi thời

điểm kiểm tra, bệnh nhân được đo bản đồ giác mạc nhiều lần và sẽ ghi nhận kết quả bản đồ ít sai số nhất.

Về khúc xạ giác mạc sau phẫu thuật

✓ Công suất khúc xạ giác mạc (tính công suất cầu tương đương)

✓ Loạn thị sau phẫu thuật theo các hình thái (Phân loại dựa vào thang màu tuyệt đối trên bản đồ giác mạc)[1]

✓ Không loạn thị

✓ (2).Loạn thị đều: Trên bản đồ giác mạc thể hiện ở hình thắt nơ đối xứng hoặc không đối xứng nhau.

✓ (3).Loạn thị không đều: khi hai nửa dốc nhất tạo thành góc $> 20^\circ$. Loại này còn được gọi là nơ chéo

✓ Bản đồ giác mạc dựa vào bảng phân loại các kiểu bản đồ giác mạc sau phẫu thuật ghép giác mạc xuyên[2]

✓ Giác mạc không loạn thị (Non-astigmatic corneas)

✓ Loạn thị đều (Regular astigmatism)

Kiểu bầu dục (Oval)

Kiểu dốc thắt nơ đối xứng (Prolate symmetric bow tie (PSBT))

Kiểu dốc thắt nơ không đối xứng (Prolate asymmetric bow tie (PABT))

Kiểu phẳng thắt nơ đối xứng (Oblate symmetric bow tie (OSBT))

Kiểu phẳng thắt nơ không đối xứng (Oblate asymmetric bow tie (OABT))

✓ Loạn thị không đều

Phối hợp (Mixed)

Kiểu dốc không đều (Prolate irregular (PI))

Kiểu phẳng không đều (Oblate irregular (OI))

Kiểu hình móng ngựa ("horseshoe" pattern)

Kiểu bộ ba ("triple" pattern)

Kiểu dốc/ phẳng (steep/ flat (SF))

Kiểu dốc khu trú (localised steep)

Không phân loại (unclassified)

- Quy trình khám, đánh giá và phân loại được tiến hành bởi cùng một bác sỹ. 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 $p < 0,05$.

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.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Tình hình bệnh nhân: Nghiên cứu được thực hiện trên 35 bệnh nhân với 35 mắt, 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 .

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.

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

Bảng 3: 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 dần khoảng 3 tháng sau mổ và ổn định đến 24 tháng sau mổ.

5. Thay đổi công suất khúc xạ giác mạc sau phẫu thuật ghép giác mạc xuyên

Bảng 4: So sánh khúc xạ giác mạc tại các thời điểm sau phẫu thuật.

Thời gian	Số mắt	Hiệu chênh lệch thị lực trung bình		P
		Trung bình	SD	
Sau PT 3 tháng – 6 tháng	33	- 0.52091	0.96814	0.32
Sau PT 6 tháng – 12 tháng	33	0.01273	1.06887	0.946
Sau PT 12 tháng – 18 tháng	33	0.20212	0.95940	0.235
Sau PT 18 tháng – 24 tháng	33	- 0.41303	0.90571	0.314

Tại thời điểm sau mổ 1 tháng, do loạn thị giác mạc cao chúng tôi chỉ đo bản đồ giác mạc được 12 mắt. Do vậy, chúng tôi không đưa vào phân tích công suất cầu tương đương ở thời điểm 1 tháng sau mổ. Tại các thời điểm còn lại công suất khúc xạ cầu tương đương trung bình ở các thời điểm sau mổ giao động từ 41.67D đến 41.95D. Khi so sánh công suất cầu tương đương tại các thời điểm, chúng tôi nhận thấy trị số này không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với giá trị $P > 0.05$. Như vậy, công suất khúc xạ cầu tương đương ổn định từ thời điểm 3 tháng đến 24 tháng.

6. Mức độ loạn thị sau phẫu thuật

Bảng 5: Mức độ loạn thị sau phẫu thuật

Thời gian	Độ loạn thị trung bình ± Độ lệch (Diop)
3 tháng	5.82 ± 3.038

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.

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. Độ loạn thị sau 24 tháng là 5.56 ± 2.35 .

7. Phân loại kiểu loạn thị sau phẫu thuật ghép giác mạc xuyên

Bảng 6: Phân loại kiểu bản đồ sau phẫu thuật

Kiểu loạn thị	6 tháng Số mắt (%)	12 tháng Số mắt (%)	24 tháng Số mắt (%)
Không loạn thị	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Loạn thị đều	7 (21.9%)	6 (20.68%)	6 (24%)

Oval	0(0%)	0	1 (4%)
PSBT	3 (9.4%)	3 (10.3%)	2 (8%)
BABT	3 (9.4%)	2 (6.69%)	3 (12%)
OSBT	1 (3.1%)	1 (3.44%)	0 (0%)
OABT	0 (0%)	0 (0%)	
Loạn thị không đều	25 (78.1%)	23 (79.32%)	19 (76%)
PI	3 (9.4%)	2 (6.69%)	3 (12%)
OI	4(12.5%)	2 (6.69%)	2 (8%)
Mixed	9(28.1%)	10(34.48%)	6 (24%)
SF	3 (9.4%)	1 (3.44%)	1 (4%)
LS	6(18.8%)	8(27.56%)	7 (28%)
Tổng số	32 (100%)	29 (100%)	25 (100%)

Sau phẫu thuật ghép giác mạc xuyên tỷ lệ loạn thị không đều (78,1%) cao hơn gấp khoảng 3 lần loạn thị đều (21,9%) và tương đối ổn định trong 24 tháng sau mổ, trong đó kiểu loạn thị không đều gặp nhiều nhất là kiểu phối hợp với 9 mắt (28.1%).

IV. BÀN LUẬN

Ghép giác mạc là phương pháp duy nhất có hiệu quả để điều trị các bệnh lý gây đục giác mạc, trong đó ghép giác mạc xuyên là phương pháp phổ biến nhất được áp dụng khi tổn thương đục giác mạc chiếm hết bề dày giác mạc [2,3]. Mặc dù sau phẫu thuật thị lực bệnh nhân được cải thiện đáng kể nhưng không cao do loạn thị giác mạc. 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, công suất khúc xạ cầu tương đương trung bình ở các thời điểm sau mổ giao động từ -41.67D đến -41.95D. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Isager P [4], thấp hơn nghiên cứu của tác giả Li Lim và Ken Hayashi [2]. Kết quả về công suất khúc xạ giác mạc trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bán kính cong trung bình của mảnh ghép có xu hướng phẳng gây tình trạng viễn thị sau phẫu thuật. Giải thích về điều này chúng tôi cho rằng, do điều kiện khó khăn về dụng cụ phẫu thuật với khoan giác mạc được dùng nhiều lần nên không còn sắc, khi khoan tạo nền ghép sẽ làm cho kích thước nền ghép lớn hơn dự định. Do vậy, khi khâu mảnh ghép vào nền ghép, mảnh ghép sẽ bị phẳng hơn bình thường. Khi so sánh công suất khúc xạ giác mạc tại các thời điểm sau phẫu thuật, chúng tôi nhận thấy trị số này không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

với giá trị $P > 0.05$. Như vậy, công suất khúc xạ giác mạc ổn định từ thời điểm 3 tháng đến 24 tháng..

Tuy nhiên, theo nhiều tài liệu đã công bố, công suất khúc xạ giác mạc trung bình ổn định trước thời điểm 3 tháng. Theo nghiên cứu của các tác giả nước ngoài như Ken Hayashi [2], Khong AM [5], Li Lim [6] công suất khúc xạ giác mạc tăng một cách tự nhiên trong tháng đầu tiên sau mổ và ổn định đến khi có các tác động khác trên bề mặt giác mạc như chỉnh chỉ. Điều này có thể lý giải do trong những tuần đầu sau phẫu thuật, bờ mảnh ghép và mảnh ghép giác mạc còn phù nề. Sau khoảng 1 tháng sau phẫu thuật, mảnh ghép giảm phù nề rõ rệt và đạt độ trong suốt tương đối.

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) [7], cao hơn nghiên cứu của kết quả Touzeau O (2001). Điều này được lý giải bởi sự khác biệt về dụng cụ phẫu thuật của cơ sở y tế, trình độ phẫu thuật viên và mức độ chăm sóc sau mổ của bệnh nhân. Theo chúng tôi, tại Bệnh viện Mắt Trung ương, dụng cụ ghép giác mạc xuyên còn hạn chế, ít được đổi mới. Cụ thể là hệ thống khoan lấy mảnh ghép và nền ghép không đủ sắc nên đôi khi vết cắt bị trầy xước, không đều. Đó có thể là một trong những nguyên nhân gây độ loạn thị cao sau phẫu thuật.

Nghiên cứu của chúng tôi đã làm rõ rằng các tham số phản ánh sự thay đổi khúc xạ giác mạc bao gồm công suất cầu tương đương, độ loạn thị đều, độ loạn thị không đều thay đổi theo thời gian sau khi phẫu thuật. Thị lực sau khi chỉnh kính cũng được cải thiện dần dần. Tuy nhiên thời điểm mà những thay đổi này đi vào ổn định là không giống nhau. Điều đó rất quan trọng để quyết định thời điểm và phương pháp can thiệp làm giảm độ loạn thị giác mạc giúp tăng thị lực cho người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Sau phẫu thuật ghép giác mạc xuyên thị lực cải thiện nhiều. Tuy nhiên, thị lực không đạt được tối đa do công suất khúc xạ và loạn thị của giác mạc ghép, tình trạng này thường ổn định sau mổ 3 tháng đến 24 tháng. Trong đó, tỷ lệ mắt bị loạn thị không đều cao hơn loạn thị đều. Vì vậy, cần phải áp dụng các biện pháp điều chỉnh loạn thị sau phẫu thuật ghép giác mạc xuyên để có thể cải thiện thị lực cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Constantinos H Karabatsas, Stuart D Cook, John M Sparrow (1999), "Proposed classification for topographic patterns seen after penetrating keratoplasty", *Br J Ophthalmol*. 83, pp. 403 - 409.
2. Hayashi K, Hayashi H. (2006), "Long-term changes in corneal surface configuration after penetrating keratoplasty", *Am J Ophthalmol*. . 141(2), pp. 241 - 247.
3. Hoàng Thị Minh Châu (1992), *Nghiên cứu lâm sàng và thực nghiệm phương pháp ghép giác mạc nông xuyên*, Luận án Phó tiến sĩ khoa học Y được, Trường đại học Y Hà Nội.
4. Isager P, Hjortdal JO, Ehlers N. (2000), "Stability of graft refractive power after penetrating keratoplasty", *Acta Ophthalmol Scand*. . 78(6), pp. 623-6.
5. Khong AM, Mannis MJ, Plotnik RD, Johnson CA. (1993), "Computerized topographic analysis of the healing graft after penetrating keratoplasty for keratoconus", *Am J Ophthalmol*. 115(2), pp. 209-15.
6. L Lim, K Pesudovs, M Goggin, and D J Coster (2004), "Late onset post-keratoplasty astigmatism in patients with keratoconus", *Br J Ophthalmol*.
7. Musch DC, Meyer RF, Sugar A. (1988), "The effect of removing running sutures on astigmatism after penetrating keratoplasty", *Arch Ophthalmol*. . 106(4), pp. 488-92.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY ĐĨA ĐỆM NHÂN TẠO TRONG ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ

Hoàng Gia Du*

TÓM TẮT

Tổng quan: Phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo (CTDR) điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ giúp đảm bảo chức năng vận động cột sống cổ, giảm tỷ lệ thoái hóa đĩa đệm liên kề so với các phương pháp phẫu thuật thông thường trước đây. **Mục tiêu:** Giới thiệu kỹ thuật và đánh giá kết quả phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu 59 bệnh nhân được mổ thay đĩa đệm nhân tạo cột sống cổ từ tháng 1/2009 đến tháng 1/2018. **Kết quả:** tuổi trung bình 47.58 ± 7.14 tuổi, 16 bệnh nhân có triệu chứng chèn ép rễ (đau, tê bì), 26 bệnh nhân có triệu chứng chèn ép tủy, 17 bệnh nhân có phối hợp triệu chứng chèn ép rễ và chèn ép tủy. Trước mổ JOA trung bình 8.07 ± 2.51 , VAS 6.71 ± 1.18 điểm, NDI $61.23 \pm 12.84\%$. Sau mổ JOA trung bình 16.13 ± 2.79 điểm VAS 1.29 ± 1.69 điểm, NDI $7.32 \pm 13.63\%$. Tỷ lệ thoái hóa đĩa đệm liên kề 0.85%/năm. Chức năng cột sống cổ tốt sau mổ, 100% bệnh nhân đạt tỷ lệ hồi phục hội chứng tủy cổ tốt và rất tốt. **Kết luận:** Phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ qua đánh giá 59 bệnh nhân cho kết quả tốt về hồi phục thần kinh và chức năng cột sống cổ, giảm tỷ lệ thoái hóa đĩa đệm liên kề.

Từ khóa: Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ, ACDF, thay đĩa đệm nhân tạo (CTDR).

SUMMARY

RESULTS OF TOTAL DISC REPLACEMENT SURGERY IN THE TREATMENT OF CERVICAL DISC HERNIATION

*Khoa Chẩn thương chỉnh hình và Cột sống- Bệnh viện Bạch Mai.

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Gia Du

Email: hoanggiadu76@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2018

Ngày duyệt bài: 30.3.2018

Background: Total disc replacement surgery in the treatment of cervical disc herniation helps remain movement function, reduce adjacent segment degeneration rate. **Objectives:** Describe the CTDR technique and analysis short-term results of CTDR in the treatment of cervical disc herniation. **Materials and Methods:** A descriptive, prospective study conduct 59 cases with total cervical disc replacement from 1/2009 to 1/2018. **Results:** mean age: 47.58 ± 7.14 age, 16 patients had radiculopathy (pain, numbness), 26 myelopathy, 17 combine radiculopathy and myelopathy. Mean of preoperation JOA: 15.5 ± 0.7 points, VAS: 5.22 ± 0.44 points, NDI: $61.23 \pm 12.84\%$ and postoperation JOA: 16.5 ± 0.7 , VAS: 1.11 ± 0.33 points, NDI: $7.32 \pm 13.63\%$. Adjacent segment degeneration rate was 0.85%/yr. The cervical function was good after surgery. Myelopathy recovery rate was 100% at good and very good. **Conclusions:** Total disc replacement surgery in the treatment of cervical disc herniation has good results in clinical neurological improvement and cervical function, reduce the adjacent segment degeneration rate.

Keywords: Cervical disc herniation, ACDF, CTDR.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

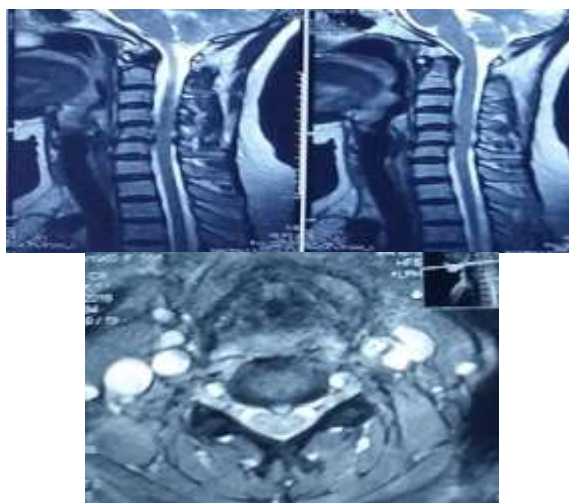
Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ là bệnh lí thường gặp, chỉ định điều trị ngoại khoa khi điều trị nội khoa đúng phác đồ không kết quả. Có nhiều phương pháp điều trị phẫu thuật như lấy thoát vị đĩa đệm đơn thuần, lấy đĩa đệm làm cứng khớp theo phương pháp Smith – Robinson (ACDF)... Tuy nhiên những phương pháp này có hạn chế do đóng cứng khớp làm tăng áp lực lên đĩa đệm liên kề dẫn đến thoái hóa nhanh các đĩa đệm liên kề sau phẫu thuật, làm giảm tầm vận động cổ. Hilibrand AS và cộng sự nghiên cứu 374 BN sau mổ lấy đĩa đệm có đóng cứng đốt sống, theo dõi trong 10 năm tỷ lệ thoái hoá khớp lân cận là 2.9% /năm và sau 10 năm xuất hiện

triệu chứng lâm sàng của thoái hoá đĩa đệm là 25.6%. Phẫu thuật thay đĩa đệm cột sống cổ bằng đĩa đệm nhân tạo (CTDR) ra đời đã khắc phục được tình trạng này. Khi bệnh nhân được thay đĩa đệm nhân tạo cột sống cổ, biên độ vận động tăng phẫu thuật được bảo tồn, áp lực vận động của những đĩa đệm liền kề hầu như không thay đổi, chiều cao liên đốt được phục hồi nên tốc độ thoái hóa các đĩa đệm liền kề giảm đáng kể so với phẫu thuật đóng cứng cột sống cổ. Phương pháp này có ý tưởng từ những năm 50 cho đến những năm 80, đến thập kỷ 90 mới bắt đầu thực hiện thay đĩa đệm nhân tạo [1], [2]. Đến năm 2004, FDA mới công nhận phương pháp điều trị này. Tại Việt Nam, phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ đã được chúng tôi tiến hành lần đầu tiên năm 2009 tại Bệnh viện Việt Đức và năm 2015 tại Bệnh viện Bạch Mai. Hiện nay, phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo cột sống cổ ngày càng được sử dụng rộng rãi để thay thế các phương pháp phẫu thuật khác trong điều trị bệnh lý đĩa đệm cột sống cổ. Mục đích của báo cáo nhằm giới thiệu kỹ thuật, điểm lại y văn và đánh giá kết quả phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo cột sống cổ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu gồm 59 bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cột sống cổ và được phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo (CTDR) trong 10 năm từ năm 2009 đến tháng 1/2018 tại Bệnh viện Việt Đức (50 bệnh nhân) và Bệnh viện Bạch Mai (9 bệnh nhân).

Phương pháp nghiên cứu mô tả lâm sàng tiến cứu. Chúng tôi mô tả, phân tích các triệu chứng lâm sàng trước và sau mổ, sau khám lại đánh giá theo thang điểm JOA, đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS, đánh giá chức năng cột sống cổ theo chỉ số NDI. Tất cả bệnh nhân được chụp Xquang qui ước và chụp cắt lớp để phân tích thương tổn xương, đánh giá sự mất vững, đo tầm vận động cột sống cổ, chụp cộng hưởng từ để xác định tổn thương đĩa đệm, mức độ thoát vị, thương tổn tủy cổ.



Hình 1. Thoát vị đĩa đệm trên MRI

Chỉ định mổ thay đĩa đệm nhân tạo cột sống cổ [6]:

- + Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ gây chèn ép thần kinh có triệu chứng lâm sàng.
- + Cột sống không mất vững trên Xquang.
- + Điều trị nội khoa, vật lý trị liệu ≥ 6 tuần không cải thiện.
- ❖ Yêu cầu phương tiện: C-arm hoặc máy O-arm trong mổ, kính hiển vi phẫu thuật
- ❖ Tư thế: bệnh nhân nằm ngửa, gây mê nội khí quản
- ❖ Kỹ thuật:
 - + Rạch da đường cổ trước bên phải hoặc trái theo Smith - Robinson



Hình 2. Đường rạch da, Xquang trong mổ

- + Bộc lộ cột sống cổ
- + Xác định vị trí đĩa đệm trên Xquang trong mổ
- + Lấy thoát vị đĩa đệm dưới kính vi phẫu thuật, giải phóng chèn ép thần kinh
- + Tạo hình vị trí đặt đĩa đệm nhân tạo



Hình 3. Lấy bỏ đĩa đệm thoát vị, đặt đĩa đệm nhân tạo trong mổ

+ Đặt đĩa đệm nhân tạo, kiểm tra dưới Xquang hoặc O-arm trong mổ



Hình 4. Chụp Xquang, O-arm kiểm tra đĩa đệm trong mổ



Hình 5. Xquang đĩa đệm nhân tạo C4C5 – C5C6 sau mổ

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ năm 2009 đến tháng 1/2018, chúng tôi đã tiến hành thay đĩa đệm nhân tạo cột sống cổ cho 59 bệnh nhân được mổ theo đường mổ Smith - Robinson trong đó có 15 bệnh nhân nam và 44 bệnh nhân nữ, độ tuổi từ 39 đến 60 tuổi (trung bình 47.58 ± 7.14 tuổi). Đánh giá lâm sàng có 16 bệnh nhân có triệu chứng chèn ép rễ, 26 bệnh nhân có triệu chứng chèn ép tủy, 17 bệnh nhân có cả hai hội chứng, 26 bệnh nhân có teo cơ nhẹ và JOA trung bình 8.07 ± 2.51 điểm. 100% bệnh nhân có đau rễ, tê bì. VAS trước mổ trung bình 6.71 ± 1.18 điểm. NDI trung bình $61.23 \pm 12.84\%$.

Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh: Trên Xquang tầm vận động cột sống cổ (ROM) trung bình tư thế cúi hết cổ $18.04^\circ \pm 7.84^\circ$ ($5 - 35^\circ$), ngửa hết cổ $30.00^\circ \pm 11.52^\circ$ ($11 - 35^\circ$). Trên phim MRI có 57.15% thoát vị tại vị trí C5C6, 18.18% thoát vị tại mỗi vị trí C4C5 và C6C7, còn lại 6.49% tại C3C4. Tương ứng với tổn thương trên hình ảnh cộng hưởng từ, chúng tôi tiến hành phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo cho 59 trường hợp với tổng số 77 đĩa đệm ESP Prosthetic. Thời gian phẫu thuật trung bình 95.28 ± 21.04 phút/1 đĩa, 138.33 ± 34.33 phút/2 đĩa và 230.00 ± 42.43 phút/3 đĩa.

Bảng 1. Vị trí thoát vị trên phim MRI

Vị trí thoát vị trên MRI	n	%
C3 C4	5	6.49
C4 C5	14	18.18
C5 C6	44	57.15
C6 C7	14	18.18
Tổng	77	100

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, các chỉ số

trước và sau mổ

Đặc điểm	Trước mổ	Sau mổ	Sau khám lại
Đau rễ (n)	59	0	0
Tê bì (n)	26	15	5
Teo cơ (n)	26	26	10
VAS (điểm)	6.71 ± 1.18	3.86 ± 1.33	1.29 ± 1.69
NDI (%)	61.23 ± 12.84	6.55 ± 3.08	7.32 ± 13.63
JOA (điểm)	8.07 ± 2.51	10.59 ± 3.02	16.13 ± 2.79
ROM			

100% bệnh nhân không có tai biến, biến chứng trong và sau phẫu thuật. Sau mổ, các bệnh nhân được vận động cổ sớm, đeo nẹp cổ mềm, chức năng cổ trở lại bình thường. Thời gian nằm viện trung bình 8.74 ± 2.26 ngày ($4 - 10$ ngày). Đánh giá tình trạng lâm sàng sau mổ: 100% bệnh nhân hết đau rễ, 15/26 bệnh nhân hết tê bì, 26 bệnh nhân chèn ép tủy còn teo cơ, tê nhẹ với JOA sau mổ trung bình 10.59 ± 3.02 điểm. Tỷ lệ hồi phục (RR) sau phẫu thuật khi ra viện $35.90 \pm 1.40\%$.

Thời gian khám lại trung bình là 37.66 ± 9.28 tháng. 100% bệnh nhân đạt tỷ lệ hồi phục hội chứng tủy cổ tốt và rất tốt. VAS sau khám lại trung bình 1.29 ± 1.69 , JOA trung bình 16.13 ± 2.79 điểm, NDI trung bình $7.32 \pm 13.63\%$, tỷ lệ hồi phục (RR) $87.29 \pm 17.90\%$. Trên phim Xquang 100% bệnh nhân trên không mất vững cột sống cổ, đĩa đệm nhân tạo đều ở vị trí tốt, không di lệch hay trượt thứ phát, không phát hiện trường hợp nào lún đĩa đệm. Những bệnh nhân sau mổ 6 tháng ROM góc cúi trung bình $27.79 \pm 7.94^\circ$ (trước mổ $17.76 \pm 8.22^\circ$, $n = 38$), ROM góc ngửa trung bình $45.63 \pm 13.28^\circ$ (trước mổ $28.55 \pm 11.14^\circ$, $n = 38$). 3/48 vị trí thay đĩa đệm nhân tạo quá phát xương ở độ I (6.25%), 45/48 vị trí thay đĩa đệm bình thường độ 0 (93.75%) ($n=48$), tỷ lệ quá phát xương tại vị trí thay đĩa đệm 1.99%/năm. Tỷ lệ thoái hóa đĩa đệm liên kề là 0.85%/năm. Mức độ hài lòng của bệnh nhân đạt 97.37%.

IV. BÀN LUẬN

Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ là bệnh lý cột sống thường gặp, điều trị phẫu thuật đã được tiến hành từ những năm 50 của thế kỷ trước. Điều trị phẫu thuật thông thường và hiệu quả nhất được áp dụng từ trước đến nay là phương pháp lấy bỏ đĩa đệm, ghép xương, nẹp vít lồng trước (ACDF). Tuy nhiên nhược điểm của phương pháp này là làm cứng khớp dẫn đến mất vận động cột sống tại vị trí phẫu thuật, làm tăng áp lực lên các đĩa đệm liên kề do đó làm tăng nhanh quá trình thoái hóa tại các đĩa đệm này. Theo nghiên cứu của Hilibrand và cộng sự, tỷ lệ này khoảng 2.9% một năm được theo dõi trên chẩn đoán hình ảnh. Theo các dữ liệu từ các nghiên cứu khác cho thấy, tỷ lệ thoái hóa đĩa đệm liên kề nằm trong khoảng từ 3% đến 8% mỗi năm, tỷ lệ này chiếm 25% hay $\frac{1}{4}$ số bệnh nhân sẽ quay trở lại bệnh viện sau thời gian 10 năm thực hiện kỹ thuật ACDF. Còn với thay đĩa đệm nhân tạo cột sống cổ (CTDR) sự vận động cột sống cổ vẫn đảm bảo bình thường, áp lực vận động của những đĩa đệm liên kề hầu như không thay đổi, nên tốc độ thoái hóa các đĩa đệm liên kề giảm đáng kể so với kỹ thuật ACDF [3], [4], [5]. Hơn nữa việc hàn xương khi tiến hành kỹ thuật ACDF làm cứng cột sống đã làm giảm tầm vận động (ROM) của cột sống cổ so với kỹ thuật CTDR [6], [7].

Vị trí thoát vị đĩa đệm trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu tại đĩa đệm C₅C₆ (57.15%). Cột sống cổ là phần linh hoạt nhất của cột sống, trong sinh hoạt cũng như trong lao động đĩa đệm C₅C₆ tham gia nhiều vào các động tác cúi, uốn của cột sống cổ, là vị trí chịu áp lực nhiều nhất, thường xuyên chịu tải trọng lớn của cơ thể và lực bổ sung. Vì vậy đĩa đệm tại những vị trí này có tốc độ thoái hóa nhanh hơn và dễ bị thoát vị hơn so với các vị trí khác. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước.

Chỉ định phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo cột sống cổ (CTDR) cũng giống như các trường hợp mổ lấy đĩa đệm, ghép xương, nẹp vít (ACDF). Chống chỉ định mổ khi có mất vững cột sống cổ, khe khớp liên đốt sống hẹp nhiều, cột hóa dây chằng dọc sau, hẹp ống sống cổ do chèn ép từ thân đốt sống cổ, bệnh nhân loãng xương [7]. Những bệnh nhân của chúng tôi đa phần là những bệnh nhân trẻ (trung bình 47.58 $\pm$ 7.14 tuổi), thoát vị đĩa đệm đơn thuần, chủ yếu thoát vị một tầng với hội chứng chèn ép rễ hoặc tủy cổ ngang mức đĩa đệm tổn thương nên

thích hợp với phẫu thuật CTDR.

Tai biến, biến chứng trong và sau phẫu thuật với kỹ thuật thay đĩa đệm nhân tạo cột sống cổ tương tự như kỹ thuật ACDF vì đều thực hiện theo đường mổ cổ trước. Một số các biến chứng hiếm gặp như lỏng đĩa đệm nhân tạo, tụt trượt đĩa đệm nhân tạo ... khi tiến hành theo dõi lâu dài [7]. Những bệnh nhân của chúng tôi không gặp các tai biến biến chứng nào trong mổ và thời gian đầu sau mổ, thời gian nằm viện ngắn, bệnh nhân không phải đeo nẹp cổ lâu, có thể đeo nẹp cổ mềm thay vì đeo nẹp cổ cứng như các phương pháp đóng cứng khớp giúp bệnh nhân sớm hòa nhập lại với cuộc sống. Sau mổ các triệu chứng lâm sàng (đau, tê bì), thang điểm VAS, thang điểm JOA, chỉ số suy giảm chức năng cột sống cổ NDI cải thiện rõ rệt cho thấy kết quả phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo điều trị thoát vị đĩa đệm nhân tạo cột sống cổ đạt kết quả tốt và là minh chứng cho sự hài lòng của người bệnh (97.37%).

Trên phim Xquang sau khám lại, nghiên cứu của chúng tôi 45/48 vị trí thay đĩa đệm bình thường độ 0 (93.75%), tỷ lệ quá phát xương tại vị trí thay đĩa đệm 1.99%/ năm là phù hợp, rất có ý nghĩa vì khi thay đĩa đệm nhân tạo khớp đã được hồi phục dẫn đến tỷ lệ quá phát giảm so với đóng cứng khớp. Trong thời gian theo dõi là 37.66 $\pm$ 9.28 tháng, tỷ lệ thoái hóa đĩa đệm liên kề là 0.85%/ năm, tỷ lệ này của chúng tôi là thấp hơn một số tác giả với phương pháp đóng cứng khớp, đây cũng là điều ưu việt khi thay đĩa đệm nhân tạo. S. Litrico và cộng sự nghiên cứu 288 BN phẫu thuật đĩa đệm cột sống cổ có đóng cứng khớp, với thời gian theo dõi 14,5 năm thấy tỷ lệ thoái hóa đĩa đệm liên kề là 5.9%. Reginald J. Davis, MD và cộng sự nghiên cứu 339 BN với thời gian theo dõi 48 tháng cho thấy tỷ lệ thoái hóa đĩa đệm liên kề của nhóm đóng cứng khớp chiếm 6.7% cao hơn nhóm thay đĩa đệm là 2.1% (5 BN), tỷ lệ phải phẫu thuật lại của nhóm thay đĩa đệm là 3.8% (9/234), nhóm đóng cứng khớp là 14.3%. Theo chúng tôi sau khi phẫu thuật thay đĩa đệm, triệu chứng đau cổ của BN được cải thiện nhiều, tầm vận động CSC có biên độ lớn hơn dẫn đến người bệnh sẽ vận động cổ nhiều hơn giúp cho quá trình thoái hóa xương chậm lại [8].

Trước mổ 38 bệnh nhân được khám lại sau 6 tháng, (ROM) đo được góc cúi 17.76° $\pm$ 8.22°, góc ngửa 28.55 $\pm$ 11.14°. Sau mổ vào thời điểm kiểm tra lại đo được góc cúi 27.79° $\pm$ 7.94°, góc ngửa 45.63 $\pm$ 13.28°. Như vậy, sau phẫu thuật

chỉ số ROM đã được cải thiện một cách đáng kể, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Sau khi phẫu thuật các mỏ xương đã được lấy đi, đĩa đệm thoái hóa, nhân nhầy thoát vị cũng được lấy đi, tái tạo chiều cao khoảng gian đốt sống, và tiến hành thay đĩa đệm nhân tạo có khớp. Như vậy, bên cạnh đạt được sự giải phóng chèn ép thần kinh, tái tạo chiều cao khoảng gian thân đốt sống như các phẫu thuật ACDF thì thay đĩa đệm nhân tạo có khớp còn ưu thế hơn hẳn ở duy trì và cải thiện tầm vận động CSC.

Về cải thiện chức năng cột sống cổ, trước phẫu thuật NDI trung bình 61.23 ± 12.84 %. Sau phẫu thuật với thời gian khám lại 37.73 ± 9.40 tháng, NDI trung bình 7.32 ± 13.63 %. So sánh trước mổ và sau mổ thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0.01$. Mức độ đau cổ ảnh hưởng đến các hoạt động, sinh hoạt thường ngày của người bệnh đã được giải quyết, người bệnh không còn khó chịu vì cảm giác đau cổ, các công việc sinh hoạt bản thân đã tự mình thực hiện được.

V. KẾT LUẬN

Thay đĩa đệm nhân tạo cột sống cổ (CTDR) là một kỹ thuật hiệu quả, an toàn và ưu việt hơn so với các phương pháp phẫu thuật điều trị thoát vị đĩa đệm khác trong cải thiện chức năng cột sống cổ, giảm tỉ lệ thoái hóa đĩa đệm liên kề.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ali A. Baaj, M.D., Juan S. Uribe, M.D., Fernando L. Vale, M.D., Mark C. Preul, M.D., and Neil R. Crawford, Ph.D. *History of cervical disc arthroplasty*. Neurosurgical FOCUS Sep 2009, Vol. 27, No.3, Page E10: E10.
2. Hoang Le, M.D., Issada Thongtrangan, M.D., Daniel H. Kim, M.D. *Historical review of cervical arthroplasty*. Neurosurgical FOCUS Sep 2004, Vol. 17, No. 3, Pages 1-9: 1-9.
3. Hilibrand AS, Carlson GD, Palumbo MA, Jones PK, Bohlman HH (1999). *Radiculopathy and myelopathy at segments adjacent to the site of a previous anterior cervical arthrodesis*. Journal of Bone and Joint Surgery-American. Volume 81A: 519-528.
4. Yue WM, Brodner W, Highland TR (2005). *Long-term results after anterior cervical discectomy and fusion with allograft and plating: a 5- to 11-year radiologic and clinical follow-up study*. Spine (Phila Pa 1976) 30: 2138-2144.
5. Robertson JT, Papadopoulos SM, Traynelis VC (2005). *Assessment of adjacent-segment disease in patients treated with cervical fusion or arthroplasty: a prospective 2-year study*. Journal of Neurosurgery-Spine 3: 417-423.
6. Yujie Zhang, Chengzhen Liang, Yiqing Tao, Xiaopeng Zhou, Hao Li, Fangcai Li, Qixin Chen. *Cervical Total Disc Replacement is Superior to Anterior Cervical Decompression and Fusion: A Meta-Analysis of Prospective Randomized Controlled Trials*. PLoS One. 2015; 10(3): e0117826.
7. Branko Skovrlj, Dong-Ho Lee, John Michael Caridi, and Samuel Kang-Wook Cho. *Reoperations Following Cervical Disc Replacement*. Asian Spine J. 2015 Jun; 9(3): 471-482.

THỰC TRẠNG ĐIỀU KIỆN CƠ SỞ, TRANG THIẾT BỊ, DỤNG CỤ TẠI CÁC BẾP ĂN TẬP THỂ TRƯỜNG MẦM NON THỊ TRẤN MỘC CHÂU VÀ THỊ TRẤN NÔNG TRƯỜNG HUYỆN MỘC CHÂU NĂM 2017

Ninh Thị Nhung*, Vũ Trung Kiên*

Từ khóa: An toàn thực phẩm; Bếp ăn tập thể; Mộc Châu.

SUMMARY

CURRENT STATUS OF FACILITIES AND EQUIPMENT IN THE COLLECTIVE KITCHEN OF KINDERGARTEN SCHOOLS AT MOCCHAU TOWN AND FARM TOWN, MOC CHAU DISTRICT IN 2017

Objectives: Describing the facilities and equipment in the collective kitchen of kindergarten schools at Mocchau town and Farm Town, Moc Chau District in 2017. **Methods:** The descriptive epidemiology method. **Results:** The percentage of collective kitchen achieving food safety was 85.7%. The percentage of of collective kitchens reaching sanitary conditions was 85.0%. The percentage of collective kitchens achieving food safety in processing

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả điều kiện cơ sở, trang thiết bị, dụng cụ tại các bếp ăn tập thể (BATT) Trường Mầm non Thị trấn Mộc Châu và Thị trấn Nông Trường huyện Mộc Châu năm 2017. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu dịch tễ học mô tả. **Kết quả:** Tỷ lệ BATT đạt điều kiện vệ sinh tập thể là 85,7%. Số BATT đạt điều kiện vệ sinh dụng cụ là 85,0%. Số BATT đạt điều kiện vệ sinh trong chế biến, bảo quản TP là 98,4%. Tỷ lệ BATT đạt hồ sơ ghi chép tại BATT là 70,66%.

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Trung Kiên
Email: vutruongkien_orl@yahoo.com
Ngày nhận bài: 18.2.2018
Ngày phản biện khoa học: 29.3.2018
Ngày duyệt bài: 10.4.2018

and preserving food was 98.4%. The rate of collective kitchens recorded in the collective kitchen was 70.66%.

Key words: Food safety; Collective kitchen; Moc Chau.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

An toàn thực phẩm (ATTP) là vấn đề được các cấp, các ngành và toàn xã hội đặc biệt quan tâm. ATTP không chỉ tác động trực tiếp, thường xuyên đến sức khỏe của mọi người, mọi nhà, mà còn ảnh hưởng không nhỏ đến kinh tế, thương mại, du lịch và an sinh xã hội, về lâu dài còn ảnh hưởng đến sự phát triển giống nòi của dân tộc.[1].

Mặc dù Bộ Y tế đã có nhiều nỗ lực trong việc triển khai các hoạt động nhằm bảo đảm An toàn thực phẩm (ATTP), song trong thời gian qua ngộ độc thực phẩm (NĐTP) còn khá phổ biến, ngày càng diễn biến phức tạp và khó kiểm soát. Theo báo cáo của Cục An toàn vệ sinh thực phẩm và một số báo cáo chuyên ngành cho thấy từ năm 2008-2012, cả nước đã ghi nhận 848 vụ NĐTP, với 28.946 người mắc và 209 người tử vong. Chỉ tính từ năm 2010-2012, NĐTP tại bếp ăn tập thể (BATT) các trường học, khu công nghiệp là 165 vụ (chiếm 21,9% tổng số vụ NĐTP), làm 25.163 người mắc (chiếm tới 75,9% tổng số người bị NĐTP). Đặc biệt có tới 21 vụ NĐTP xảy ra tại BATT các trường học và 8 vụ NĐTP xảy ra tại BATT các nhà trẻ [2].

Thị trấn Mộc Châu, Thị trấn Nông Trường của huyện Mộc Châu là trung tâm kinh tế, chính trị, văn hoá, du lịch, trên địa bàn Thị trấn Mộc Châu, Thị trấn Nông Trường có tổng số 10 Trường mầm non (TMN) với 18 điểm trường, phục vụ cho 3.032 cháu. Trong 10 trường công lập với tổng số 52 Nhân viên nhà bếp (NVNB). Xong, chỉ có 15/25 bếp ăn được cấp giấy chứng nhận "Cơ sở đủ điều kiện VSATTP" (đạt 28%) [4]. Việc cải

thiện điều kiện ATVSTP trong các TMN có liên quan tới kiến thức, thực hành của người sơ chế, chế biến, cơ sở vật chất, trang thiết bị, dụng cụ ăn uống của BATT. Hiện nay, BATT các TMN trên địa bàn Thị trấn Mộc Châu, Thị trấn Nông Trường còn nhiều bất cập. Do đó, việc nghiên cứu điều kiện vệ sinh và các yếu tố ảnh hưởng tới ATTP của BATT là vấn đề rất cần thiết. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm: *Mô tả điều kiện an toàn thực phẩm (điều kiện cơ sở, trang thiết bị dụng cụ) tại các bếp ăn tập thể Trường Mầm non Thị trấn Mộc Châu, Thị trấn Nông Trường huyện Mộc Châu năm 2017.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng và địa bàn nghiên cứu: Các BATT của các trường mầm non trên địa bàn thị trấn Mộc Châu và thị trấn Nông Trường.

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

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

Cỡ mẫu nghiên cứu: Toàn bộ 25 bếp ăn của các Trường mầm non trên địa bàn của 2 thị trấn.

Phương pháp chọn mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu toàn bộ các bếp ăn bán trú phục vụ các cháu tại các trường mầm non, chế biến thực phẩm, nấu nướng tại chỗ.

Các tiêu chuẩn đánh giá áp dụng trong nghiên cứu: Đánh giá về điều kiện vệ sinh cơ sở, vệ sinh dụng cụ và vệ sinh trong chế biến, bảo quản thực phẩm (theo quyết định số 4128/2001/QĐ-BYT) của bộ trưởng Bộ Y tế ban hành ngày 03/10/2001

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được mã hóa, nhập trên phần mềm EpiData và xử lý bằng phần mềm SPSS 18.0. Kết quả nghiên cứu được trình bày bằng các bảng phân phối tần suất và các biểu đồ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Tỷ lệ đạt về điều kiện vệ sinh cơ sở của các BATT

Điều kiện	Mộc Châu (n=4)		Nông Trường (n=21)		Chung(n=25)	
	SL	Tần suất	SL	%	SL	%
Vị trí bếp ăn	3	3/4	19	90,5	22	88,0
Thiết kế xây dựng	3	3/4	18	85,7	21	84,0
Vật liệu xây dựng	2	2/4	18	85,7	20	80,0
Tiêu chuẩn thùng rác	4	4/4	21	100,0	25	100
Môi trường chung	2	2/4	17	81	19	76,0
Tiêu chuẩn bàn ghế	3	3/4	16	76,2	19	76,0
Phương tiện bảo quản	4	4/4	21	100,0	25	100

Kết quả bảng trên cho thấy điều kiện về phương tiện bảo quản và tiêu chuẩn thùng rác 100% các bếp ăn đều đạt. Các tiêu chuẩn về vị trí, thiết kế, vật liệu xây dựng đều đạt trên 80% và tỷ lệ đạt các điều kiện này ở thị trấn Nông Trường đều cao hơn so với Mộc Châu.

Bảng 3.2. Tỷ lệ đạt về điều kiện vệ sinh dụng cụ của các BATT

Điều kiện	Mộc Châu(n=4)		Nông Trường(n=21)		Chung(n=25)	
	SL	Tần suất	SL	%	SL	%
Dụng cụ dao, thớt	3	3/4	17	81,0	20	80,0
Dụng cụ đựng xoong nồi sạch	3	3/4	19	90,5	22	88,0
Dụng cụ ăn uống đạt 3 chỉ tiêu	2	2/4	16	76,2	18	72,0
Chất tẩy rửa dụng cụ	4	4/4	21	100,0	25	100,0

Kết quả bảng trên cho thấy điều kiện về chất tẩy rửa dụng cụ đều đạt 100%. Dụng cụ dao, thớt, dụng cụ đựng xoong nồi sạch, dụng cụ ăn uống đạt 3 chỉ tiêu đều đạt tỷ lệ trên 70%.

Bảng 3.3. Tỷ lệ đạt về điều kiện vệ sinh trong chế biến, bảo quản thực phẩm của các BATT

Điều kiện	Mộc Châu (n=4)		Nông Trường(n=21)		Chung(n=25)	
	SL	Tần suất	SL	%	SL	%
Nguồn nước sử dụng	4	4/4	19	90,5	23	92,0
Nguyên liệu chế biến	4	4/4	21	100,0	25	100
Phụ gia thực phẩm chế biến	4	4/4	21	100,0	25	100
Các chất hỗ trợ chế biến	4	4/4	21	100,0	25	100
Sử dụng các chất bảo quản	4	4/4	21	100,0	25	100

Kết quả bảng trên cho thấy điều kiện về nguyên liệu chế biến, phụ gia thực phẩm chế biến, các chất hỗ trợ chế biến, các chất bảo quản đều đạt 100% ở cả thị trấn Nông Trường và Mộc Châu.

Bảng 3.4. Tỷ lệ đạt về hồ sơ ghi chép của các BATT

Điều kiện	Mộc Châu (n=4)		Nông Trường(n=21)		Chung(n=25)	
	SL	Tần suất	SL	%	SL	%
Sổ sách ghi chép nguồn gốc TP	4	4/4	19	90,5	23	92,0
Hợp đồng cam kết đảm bảo VSATTP của người cung cấp TP	4	4/4	19	90,5	23	92,0
Giấy chứng nhận "Cơ quan đủ điều kiện VSATTP" do cơ quan có thẩm quyền cấp	1	1/4	6	28,6	7	28,0

Kết quả bảng trên cho thấy có trên 90% các bếp ăn tập thể có sổ sách ghi chép nguồn gốc thực phẩm và hợp đồng cam kết đảm bảo VSATTP của người cung cấp TP. Tuy nhiên chỉ có 28% bếp ăn tập thể Giấy chứng nhận " Cơ quan đủ điều kiện VSATTP " do cơ quan có thẩm quyền cấp.

IV. BÀN LUẬN

Bếp ăn tập thể phục vụ nhu cầu ăn uống cho học sinh mầm non bán trú trong địa bàn hai thị trấn có 25 bếp ăn tập thể tại các trường mầm non hoạt động thường xuyên chủ yếu phục vụ ăn trưa cho học sinh.

Để tăng cường công tác đảm bảo an toàn vệ sinh thực phẩm cho học sinh, tôi đã thực hiện nghiên cứu này để đánh giá thực trạng điều kiện cơ sở đảm bảo an toàn thực phẩm tại các bếp ăn tập thể của trường mầm non. Các tiêu chí đánh giá được áp dụng dựa theo thông tư 15/2012/TT- BYT của Bộ Y tế Quy định về điều kiện chung bảo đảm an toàn thực phẩm đối với cơ sở sản xuất, kinh doanh thực phẩm và thông tư 30/2012/TT-BYT của Bộ y tế Quy định về điều kiện an toàn thực phẩm đối với cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống, kinh doanh thức ăn đường phố [5].

Bếp ăn tập thể là nơi tập trung đông người, nguy cơ dễ gây mất an toàn vệ sinh thực phẩm và khi bị ngộ độc thường có nhiều người mắc. Do đó, trong những năm qua điều kiện an toàn vệ sinh thực phẩm tại các bếp ăn tập thể của cơ

quan, trường học đã được cải thiện đáng kể về cơ sở vật chất, trang thiết bị, dụng cụ, nguyên liệu chế biến thực phẩm [7]. Tuy nhiên, còn nhiều cơ sở chưa đạt và chưa được cấp giấy chứng nhận đủ điều kiện an toàn vệ sinh thực phẩm nhưng vẫn hoạt động.

Nguyên liệu thực phẩm tại các bếp ăn tập thể thường khá lớn, được thu gom từ nhiều nguồn khác nhau nên rất khó đảm bảo các tiêu chuẩn vệ sinh an toàn. Việc quản lý nguồn nguyên liệu thực phẩm dùng trong chế biến bữa ăn phục vụ tại bếp ăn tập thể còn có vai trò hết sức quan trọng trong việc đề phòng nguy cơ tiềm ẩn các tác nhân ô nhiễm hóa học, độc tố vi nấm, thuốc thú y có thể tích lũy gây ảnh hưởng lâu dài đến sức khỏe, đáng chú ý hơn là hiện tượng kháng kháng sinh đã xuất hiện gây nhiều cản trở cho công tác điều trị một số bệnh nhiễm trùng, nhiễm khuẩn cấp tính. Để đảm bảo An toàn vệ sinh thực phẩm tại bếp ăn tập thể các Trường Mầm non thực sự là vấn đề Y tế Công Cộng cần được quan tâm hàng đầu hiện nay.

Trường Mầm non là nơi tập trung nhiều trẻ,

cơ thể còn non nớt, sức đề kháng kém, trẻ chưa có ý thức tự bảo vệ cho mình, chuyên ăn uống của các em phụ thuộc hoàn toàn vào nhà trường, một trong những nguyên nhân dẫn đến NĐTP là do ăn uống không đảm bảo vệ sinh an toàn thực phẩm. Để đảm bảo an toàn vệ sinh thực phẩm thì điều kiện cơ sở vật chất cũng là một trong những vấn đề rất quan trọng tuy nhiên qua kết quả khảo sát tại 25 bếp ăn tập thể tại 02 thị trấn của huyện Mộc Châu thì có đến 03 bếp ăn có vị trí xây dựng không đảm bảo, có 04 bếp ăn thiết kế còn chưa đúng theo tiêu chuẩn, có đến 24% trên tổng số bếp ăn điều kiện vệ sinh môi trường xung quanh còn chưa đảm bảo.

Vị trí nhà bếp, nhà ăn, cơ sở kinh doanh chế biến suất ăn sẵn chưa đảm bảo điều kiện vệ sinh môi trường và khoảng cách chưa đủ xa với nhà vệ sinh và các nguồn ô nhiễm khác. Bếp ăn chưa được thiết kế và tổ chức theo nguyên tắc một chiều. Trong khi đó quy định là khu vực chế biến thực phẩm phải được thiết kế theo quy tắc một chiều từ nguyên liệu đầu vào cho đến sản phẩm cuối cùng để tránh ô nhiễm, có sự cách biệt giữa khu giữa tiếp nhận nguyên liệu, sơ chế, chế biến, khu vệ sinh, khu thay trang phục, khu nhà ăn để tránh ô nhiễm chéo. Bếp ăn chưa được thiết kế, xây dựng bằng vật liệu không thấm nước, dễ lau chùi cọ rửa. Cổng rửa khu vực chế biến, nhà bếp chưa thực sự thông thoáng, còn có nơi ứ đọng nước. Các bếp ăn có diện tích hẹp, trần nhà thấp, nóng nực. Khu sơ chế và kiểm soát thực phẩm còn khá sơ sài.

Để đảm bảo an toàn vệ sinh thực phẩm theo quy định của nhà nước, một số các bếp ăn tập thể cần phải được đầu tư, trang bị, xây dựng cơ sở vật chất và các vật dụng, dụng cụ, đồ đạc cần thiết. Đối với bếp ăn tại các trường học tổ chức ăn bán trú, đề nghị Ngành giáo dục và đào tạo, Nhà trường và một số ngành liên quan quan tâm đầu tư xây dựng bếp ăn trong các trường mầm non đủ điều kiện, các trang thiết bị, dụng cụ nhà bếp bảo đảm hợp vệ sinh [3]. Bên cạnh đó thì việc sử dụng các dụng cụ để chế biến thức ăn cũng không kém phần quan trọng bởi dụng cụ chế biến nếu không đảm bảo sạch sẽ tạo điều kiện cho vi sinh vật phát triển và có thể nhiễm chéo trong khi chế biến thực phẩm, có thể thấy tỉ lệ sử dụng dao thớt không đạt còn chiếm khá cao đến 20% và đặc biệt có đến 28% dụng cụ ăn uống không đạt, đây sẽ là mối nguy cơ rất lớn về mặt an toàn vệ sinh thực phẩm nếu không thực sự quan tâm chú trọng giải quyết khâu này.

Nước là một loại nguyên liệu tươi sống sử

dụng trong nhiều công đoạn chế biến thực phẩm cũng như trong sinh hoạt nó có thể bị nhiễm bởi các yếu tố nguy hại như vi sinh vật hóa học và vật lý. Nước nhiễm bẩn sẽ tạo nguy cơ cho sức khỏe đặc biệt là trẻ em [6]. Nguồn nước dùng trong chế biến thực phẩm là không thể thiếu, được dùng để rửa nguyên liệu, chế biến thực phẩm, vệ sinh dụng cụ... rửa được coi là một công đoạn để loại bỏ một phần lớn vi sinh vật đảm bảo vệ sinh trước và sau chế biến giúp cho quá trình chế biến được thuận lợi và đảm bảo vệ sinh thực phẩm qua bảng kiểm cho thấy vẫn còn có đến 02 bếp ăn tập thể của trường mầm non nguồn nước sử dụng còn chưa đạt đây cũng là một mối nguy cơ bởi không đến hai mà chỉ cần một bếp ăn không đảm bảo an toàn vệ sinh thực phẩm cũng có thể xảy ra những vụ ngộ độc hàng loạt mà đặc biệt trẻ ở lứa tuổi mầm non sức đề kháng còn yếu thêm vào đó là mỗi bếp ít thì cũng vài chục suất ăn hoặc hơn trăm suất, nhiều thì vài trăm suất nên hậu quả là khôn lường. Chính vì lý do đó cần phải quan tâm cải tạo nguồn nước để đảm bảo 100% các bếp ăn phải có nguồn nước sạch sử dụng trong chế biến thực phẩm [7].

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ BATT đạt điều kiện vệ sinh tập thể là 85,7%.
- Tỷ lệ BATT đạt điều kiện vệ sinh dụng cụ là 85,0%.
- Tỷ lệ BATT đạt điều kiện vệ sinh chế biến, bảo quản TP là: 98,4%.
- Tỷ lệ BATT đạt hồ sơ ghi chép tại BATT là: 70,66%.

KIẾN NGHỊ

Lãnh đạo nhà trường phối hợp với các cấp, Ban ngành đầu tư xây dựng cơ sở hạ tầng, trang thiết bị đảm bảo yêu cầu an toàn theo tiêu chuẩn cho các bếp ăn tập thể nhà trường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thủ tướng Chính phủ** (2014), *Chỉ thị số 34/2014/CT-TTg ngày 11/12/2014 của Thủ tướng Chính phủ về việc tiếp tục đẩy mạnh công tác bảo đảm an toàn thực phẩm và phòng chống ngộ độc thực phẩm trong tình hình mới.*
2. **Cục An toàn vệ sinh thực phẩm** (2012), *Báo cáo về tình hình ngộ độc thực phẩm từ năm 2010-2012 và các ưu tiên phòng chống ngộ độc thực phẩm trong thời gian tới.*
3. **Cục An toàn vệ sinh thực phẩm** (2012), *Báo cáo ngộ độc thực phẩm năm 2012.*
4. **Phòng Giáo Dục huyện Mộc Châu** (2017) Báo cáo thống kê các trường Mầm non trên địa bàn huyện Mộc Châu.

5. **Bộ Y tế** (2012), Thông tư số 15/2012/TT-BYT ngày 12 tháng 9 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định về điều kiện chung bảo đảm an toàn thực phẩm đối với cơ sở sản xuất, kinh doanh thực phẩm.
6. **Bộ Y tế** (2012), Thông tư số 30/2012/TT-BYT ngày 5/12/2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế quy định về điều kiện an toàn thực phẩm đối với cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống, kinh doanh thức ăn đường phố
7. **Bộ Y tế** (2006), "Quyết định số 4128/2001/QĐ-BYT ngày 03/10/2001 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc " Quy định về điều kiện đảm bảo an toàn thực phẩm tại các nhà ăn , bếp ăn tập thể và các cơ sở kinh doanh , chế biến suất ăn sẵn ", *Các văn bản quy phạm pháp luật về vệ sinh an toàn thực phẩm tập I*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội , tr.388-393.

VAI TRÒ CỦA SIÊU ÂM TRƯỚC SINH TRONG QUẢN LÝ BỆNH TẮC TÁ TRÀNG BẨM SINH TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2010 - 2015

Nguyễn Việt Hoa¹, Vũ Hồng Tuấn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhi tắc tá tràng bẩm sinh tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn từ năm 2010 đến năm 2015. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu 43 trường hợp tắc tá tràng bẩm sinh tại khoa phẫu thuật nhi bệnh viện Việt Đức từ tháng năm 2010 đến năm 2015. **Kết quả:** 100% bệnh nhi đều được siêu âm trước sinh, thực hiện ở nhiều cơ sở khác nhau. Có 27 bệnh nhi có chẩn đoán trước sinh là tắc tá tràng. Các dấu hiệu trên siêu âm trước sinh: Đa ối 72,1%, dấu hiệu bóng đôi dạ dày gặp 55,8%, dấu hiệu Whirlpool gặp 2 trường hợp chiếm 4,9%. Thời gian được mổ, thời gian nằm viện của nhóm có chẩn đoán trước sinh thấp hơn nhóm không được chẩn đoán trước sinh có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). **Kết luận:** Siêu âm trước sinh có vai trò quan trọng trong việc phát hiện bệnh. Quản lý các trường hợp có chẩn đoán trước sinh giúp kết quả điều trị tốt hơn.

Từ khóa: Tắc ruột sơ sinh, tắc tá tràng.

SUMMARY

THE ROLES OF PRENATAL DIAGNOSIS IN MANAGEMENT OF CONGENITAL DUODENAL OBSTRUCTION IN VIETDUC HOSPITAL FROM 2010 TO 2015

Objectives: To evaluate the roles of prenatal ultrasound in management of congenital duodenal obstruction in VietDuc hospital from 2010 to 2015. **Material and method:** Retrospective case series, 43 patients with congenital duodenal obstruction treated at department pediatric in Viet Duc hospital from 2010 to 2015. **Results:** Prenatal ultrasound was performed for all patients (100%) at different medical levels. The image on prenatal ultrasonography is "double bubble" 55,8%, many amniotic fluid 72,1%, the Whirlpool sign 4,9%. The time operation, the hospitalization time is lower in group with prenatal diagnosis. **Conclusion:**

¹Khoa phẫu thuật nhi - Bệnh viện Việt Đức.

²Bộ môn ngoại - Trường đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Hồng Tuấn

Email: Htuanyk1986@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 4.4.2018

Ngày duyệt bài: 11.4.2018

Prenatal ultrasonography has an important role in the detection. Management of prenatal diagnosis results in better treatment outcomes.

Keywords: Congenital intestine, duodenal obstruction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc tá tràng bẩm sinh (TTBS) là sự bất tắc hoàn toàn hay không hoàn toàn tá tràng do các nguyên nhân bẩm sinh. Tắc TTBS là hệ quả của một vài khuyết tật phôi học trong sự phát triển tiền tràng như sự hình thành ống hay sự quay bất thường. Các bất thường về phôi học của các cơ quan lân cận như tụy, tĩnh mạch cửa, động mạch mạc treo tràng trên... cũng có thể dẫn tới tắc tá tràng [1] Là một cấp cứu ngoại khoa cần được chẩn đoán và xử trí kịp thời.

Tắc TTBS cần được chẩn đoán sớm và điều trị sớm tránh cho trẻ bị rối loạn nước và điện giải, tăng huyết áp, viêm phổi, hậu quả có thể dẫn tới tử vong. Biểu hiện lâm sàng sớm của tắc TTBS là trẻ nôn trong vòng 24 đến 48 giờ đầu sau sinh, chất nôn là sữa lẫn dịch mật (80% là tắc dưới nhú tá tràng). Tắc tá tràng có thể chẩn đoán sớm nhờ siêu âm trước sinh, phương pháp này đã được làm từ thập kỷ 70, biểu hiện trên siêu âm trước sinh là sự giãn của dạ dày và đoạn đầu tá tràng của thai nhi (hình quả bóng đôi) kèm theo đa ối của người mẹ. Siêu âm cùng với chọc ối còn đem lại thông tin về dị tật kết hợp như hội chứng Down, bệnh tim là những dị tật hay đi kèm với tắc TTBS [2]. Việc chẩn đoán trước sinh sớm giúp thầy thuốc và gia đình lập kế hoạch chăm sóc, hồi sức và can thiệp sớm sau khi trẻ ra đời.

Ở Việt Nam, với sự phát triển của siêu âm trước sinh và hình thành các trung tâm chẩn đoán trước sinh trên cả nước nên việc chẩn đoán tắc ruột sơ sinh ngày càng sớm nên các bệnh nhân TTBS ngày càng được quản lý sớm. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này

nhằm đánh giá vai trò của siêu âm trước sinh trong quản lý điều trị của các bệnh nhi tắc tá tràng bẩm sinh điều trị tại khoa phẫu thuật nhi và trẻ sơ sinh - bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2010 đến năm 2015.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng:

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các bệnh nhi chẩn đoán trong mổ là tắc tá tràng.
- Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhi chẩn đoán tắc ruột sơ sinh khi mổ ra nguyên nhân là các thương tổn khác như: teo ruột, tắc ruột phân xu, giãn đại tràng bẩm sinh, xoắn ruột, dị tật hậu môn trực tràng...

Trong giai đoạn nghiên cứu có 43 trường hợp trẻ sơ sinh tắc tá tràng được mổ tại khoa.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả hồi cứu

Cách thức thu thập bệnh án nghiên cứu đối với các bệnh nhân hồi cứu:

- Tra cứu sổ ra vào viện của khoa phẫu thuật nhi Bệnh viện Việt Đức từ tháng 1 năm 2010 đến tháng 1 năm 2015. Từ đó lập danh sách bệnh nhân gồm tên, tuổi, chẩn đoán lâm sàng, ngày ra vào viện.

- Tra mã bệnh án của từng bệnh nhân tại phòng hồ sơ lưu trữ bệnh viện Việt Đức theo phân loại bệnh quốc tế ICD 10.

- Kiểm tra hồ sơ, đối chiếu phù hợp với chỉ tiêu, mới lấy vào nghiên cứu.

- Vào theo bệnh án mẫu đã thiết kế trước.

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Tỷ lệ bệnh nhân được chẩn đoán trước sinh.
- Các hình ảnh trên siêu âm trước sinh: tình trạng ối, dấu hiệu bóng đôi dạ dày, dấu hiệu tăng nhu động, dấu hiệu Whirlpool.
- Các dị tật phối hợp.
- Thời gian nằm viện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân vào viện sớm nhất là 1 ngày, nhiều nhất là 40 ngày. Trung bình là $6,16 \pm 2,84$ ngày. Tuổi thai nhỏ nhất là 32 tuần, già nhất là 41 tuần. Đẻ thiếu tháng (<37 tuần) có 17 BN (39,5%), đủ tháng (Từ 37 – 41 tuần) có 26 BN (60,5%).

Siêu âm chẩn đoán trước sinh: Tất cả các trường hợp (100%) đều được siêu âm trước sinh.

Bảng 1. Liên quan cơ sở làm siêu âm và kết quả

Cơ sở	Kết luận siêu âm	Tắc tá tràng	n	Tỷ lệ %
Bệnh viện sản C		15	19	78,9
Bệnh viện tỉnh		9	12	75,0

Bệnh viện huyện	1	5	20
Phòng khám tư	3	7	42,9
Tổng	28	43	65,1

Bảng 2. Các dấu hiệu trên siêu âm trước sinh

Dấu hiệu trên siêu âm		n	Tỷ lệ (%)
Tình trạng ối	Đa ối	31	72,1
	Bình thường	12	27,9
	Thiếu ối	0	0
Hình quả bóng đôi	Có	24	55,8
	Không	19	44,2
Quai ruột giãn	Có	6	14
	Không	37	86
Dấu hiệu Whirlpool	Có	2	4,9
	Không	41	95,1
Dị tật khác		1	2,2

Có 27 bệnh nhân 62,8% vào viện với chẩn đoán trước sinh là tắc tá tràng, 16 bệnh nhân không có chẩn đoán trước sinh.

Bảng 3. Liên quan giữa tình trạng ối và tuổi thai

Tình trạng ối	Đa ối	Bình thường	Tổng
Đủ tháng	15	2	17
Thiếu tháng	16	10	26
Tổng	31	12	43

Nhận xét: Sự khác nhau giữa tình trạng đa ối ở mẹ và tuổi thai khi sinh không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$

Bảng 4: Dị tật kết hợp

Dị tật	Số lượng	Tỷ lệ (%)
HC Down	4	9,3
Tim bẩm sinh	1	2,3
Dị tật tiết niệu	1	2,3
Bệnh lý mắt	1	2,3
Tổng số	7	16,3

Bảng 5: So sánh thời gian được chẩn đoán xác định của 2 nhóm có và không có CĐTS

Nhóm	Chẩn đoán sớm (≤ 48 giờ sau biểu hiện bệnh)	Chẩn đoán muộn (> 48 giờ sau biểu hiện bệnh)	Tổng số
Có CĐTS	26	1	27
Không có CĐTS	5	11	16
Tổng số	31	12	41

Nhận xét: Tỷ lệ chẩn đoán sớm phụ thuộc vào việc trước đó có chẩn đoán trước sinh là tắc TTBS với $P < 0,05$ (Test chính xác Fisher).

Bảng 6. Liên quan thời gian điều trị và chẩn đoán trước sinh

	Có CĐTS	Không có CĐTS
Tuổi mổ (ngày)	1,7	4,2
Thời gian nằm viện (ngày)	9,7	12,3

Nhận xét: Sự khác biệt về tuổi mổ và thời gian nằm viện giữa 2 nhóm là khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Tắc tá tràng bẩm sinh là bệnh lý có thể chẩn đoán sớm nhờ siêu âm trước sinh. Hình ảnh "quả bóng đôi" là dấu hiệu điển hình của bệnh và là tiêu chuẩn vàng cho chẩn đoán [2,3]. Tuy nhiên, để tìm được hình ảnh điển hình trên, bác sĩ làm siêu âm cũng phải có kinh nghiệm. Ngoài chẩn đoán tắc tá tràng, một số dị tật hình thái khác và rối loạn nhiễm sắc thể cũng được chẩn đoán trước sinh. Chính vì vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ dị tật bẩm sinh phối hợp và tỷ lệ hội chứng Down thấp. Nguyên nhân có thể do khi phát hiện đa dị tật đặc biệt là dị tật nặng, hay bất thường nhiễm sắc thể thì các gia đình sẽ được tư vấn bỏ thai khi thai còn nhỏ.

Trong nghiên cứu này tất cả các bà mẹ có con trong nhóm sơ sinh đều được siêu âm chẩn đoán trước sinh (100%) tại nhiều cơ sở khác nhau. Siêu âm ngày nay đã trở thành phổ biến ở nước ta, và được sử dụng để chẩn đoán rất rộng rãi trong tất cả các lĩnh vực, đặc biệt là sản phụ khoa. Các máy siêu âm được trang bị đến tất cả các tuyến huyện thậm chí xã và nhiều phòng khám tư. Mặc dù vậy chất lượng siêu âm không đồng đều ở các tuyến vì phụ thuộc nhiều vào kiến thức và kinh nghiệm của người làm siêu âm. Trong nghiên cứu này, Tắc tá tràng được chẩn đoán chủ yếu vào 3 tháng cuối của thai kỳ, trong nghiên cứu này tuổi thai được chẩn đoán sớm nhất là 20 tuần, muộn nhất là 37 tuần, trung bình là 30,4 tuần, trong đó có 28 trường hợp được chẩn đoán TTTBS chiếm 65,1%. Tỷ lệ này tương tự như nghiên cứu của H.Q.Quân [7]

Tỷ lệ chẩn đoán chính xác TTTBS dựa vào siêu âm trước sinh ở bệnh viện phụ sản Trung ương là cao nhất với 78,9%, thấp nhất ở các bệnh viện huyện chỉ là 20%. So sánh tỷ lệ kết luận tắc ruột ở các cơ sở thấy có sự khác biệt rõ ràng với $p < 0,05$.

Tình trạng đa ối được ghi nhận trong nghiên cứu này là 31 bệnh nhân chiếm 72,1%, trong đó có 15 bệnh nhân đẻ non và 16 bệnh nhân đẻ đủ tháng. Mỗi ngày thai nhi nuốt vào khoảng 500 - 700 ml dịch ối, một cơ chế quan trọng trong điều hòa thể tích nước ối. Đa ối xảy ra khi có sự tắc nghẽn lưu thông của ruột, đặc biệt là tắc cao của ống tiêu hóa [1]. Kimble khi nghiên cứu 80 bệnh nhi TR thấy rằng đa ối ở mẹ khi có thai xuất hiện ở 100% teo thực quản, 80% teo tá tràng loại I, 100% ở teo tá tràng loại III và 24% khi teo ở

hỗng hồi tràng [1].

Ruột xoay bất toàn (RXBT) có thể gây tắc tá tràng do dây chằng Ladd hoặc xoắn ruột, với biểu hiện tắc ruột cao vùng tá - hỗng tràng. Đây là bất thường tiêu hóa, 90% có biểu hiện trong năm đầu đời. Bệnh cảnh nôn ói dịch xanh rêu rất thường gặp, việc xác định nguyên nhân là cần thiết, giúp cho nhà ngoại khoa có thái độ tích cực, khẩn cấp hơn nếu như là xoắn ruột do RXBT. Do đó việc phát hiện dấu hiệu đảo vị trí tĩnh mạch mạc treo tràng trên và dấu hiệu Whirlpool rất quan trọng cho việc góp phần xác định chẩn đoán. Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận dấu hiệu Whirlpool có 2 trường hợp, và mô ra đúng là 2 trường hợp này có tắc tá tràng do dây chằng Ladd. Còn theo nghiên cứu của Couture dấu hiệu Whirlpool có độ nhạy và độ đặc hiệu cao cho phát hiện RXBT [6].

Trong nghiên cứu chỉ rõ thời gian chẩn đoán xác định, thời gian được mổ, thời gian nằm viện của nhóm trẻ có CĐTTS thấp hơn nhóm không có CĐTTS, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu khác, cho thấy vai trò quản lý bệnh nhi quan trọng của siêu âm trước sinh [2,3].

Do vậy khi siêu âm định kỳ phát hiện những bất thường như đa ối, có dấu hiệu "dày da gáy" nghi ngờ hội chứng Down thì cần chọc ối làm xét nghiệm nhiễm sắc thể và theo dõi kỹ bằng siêu âm để chẩn đoán tắc tá tràng sớm kèm theo có dị tật khác không. Chẩn đoán trước sinh giúp tư vấn đình chỉ thai có dị tật nặng không chữa được hoặc sau chữa vẫn bị tàn phế và giúp cho chẩn đoán sớm dị tật sau sinh để bệnh nhi được điều trị sớm để tăng tỷ lệ thành công của điều trị sau sinh, giảm thời gian điều trị.

V. KẾT LUẬN

Siêu âm trước sinh có thể chẩn đoán các trường hợp bệnh nhi tắc tá tràng và phát hiện các dị tật phối hợp, giúp cho việc quản lý sau sinh tốt hơn, giảm thiểu thời gian chẩn đoán và thời gian nằm viện. Để kết quả chính xác cần thực hiện ở các trung tâm chẩn đoán trước sinh và có biện pháp quản lý sau sinh rõ ràng tại các cơ sở có khả năng mổ bệnh lý ở trẻ sơ sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sweed, Y. (2006). Duodenal obstruction (Vol. Pediatric Surgery): Springer.
2. Bailey, P. V., Tracy, T. F., Jr., Connors, R. H., Mooney, D. P., Lewis, J. E., & Weber, T. R. (1993). Congenital duodenal obstruction: a 32-

- year review. J Pediatr Surg, 28(1), 92-95.
3. **Alehossein M (2012).** Diagnostic Accuracy of Ultrasound in Determining the Cause of Bilious Vomiting in Neonates. Iranian Journal of Radiology. 9(4), 190-194.
 4. **Alois H (2011).** "Transabdominal ultrasound of the gastrointestinal tract", European Course Book.
 5. **Lawrence, M. J., Ford, W. D., Furness, M. E., Hayward, T., & Wilson, T. (2000).** *Congenital duodenal obstruction: early antenatal.*
 6. **Couture A (2008).** "Bowel Obstruction in Neonates and Children", in Gastrointestinal Tract Sonography in Fetuses and Children, Couture A, Baud C, Editors, Springer: Germany, pp. 131-251.
 7. **Hồng Quý Quân (2011),** " Chẩn đoán tắc tá tràng bẩm sinh tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2004-2011", Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Đại học y Hà Nội.

TỐI ƯU HÓA QUY TRÌNH CHIẾT XUẤT MANGIFERIN TỪ BÀI THUỐC BẠCH HỔ NHÂN SÂM THANG GIA VỊ - GN16 BẰNG PHẦN MỀM TIN HỌC MODDE 8.0

Vũ Bình Dương¹, Ngô Thị Tuyết Mai¹, Nguyễn Sơn Nam²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát các yếu tố ảnh hưởng và lựa chọn được các điều kiện tối ưu trong quy trình chiết xuất hoạt chất mangiferin từ bài thuốc Bạch hổ nhân sâm thang gia vị. **Đối tượng nghiên cứu:** Bài thuốc Bạch hổ nhân sâm thang gia vị. **Phương pháp nghiên cứu:** chiết xuất mangiferin trong bài thuốc bằng phương pháp chiết siêu âm, tối ưu hóa các điều kiện chiết xuất bằng phần mềm Modde 8.0, định lượng hoạt chất mangiferin bằng HPLC. **Kết quả nghiên cứu:** Đã ứng dụng phần mềm tin học Modde 8.0 để tối ưu hóa các yếu tố ảnh hưởng tới hiệu suất chiết xuất hoạt chất mangiferin từ bài thuốc Bạch hổ nhân sâm thang gia vị GN16, kết quả đã lựa chọn được các điều kiện tối ưu gồm: Sử dụng phương pháp chiết siêu âm, dung môi chiết là EtOH 40% với tỷ lệ 11/1, tiến hành chiết xuất 2 lần trong 30 phút ở nhiệt độ 65°C. Với các điều kiện đã lựa chọn, hiệu suất chiết xuất thu hồi hoạt chất đạt 95,63%. **Kết luận:** Tối ưu hóa được các điều kiện trong quy trình chiết xuất mangiferin từ bài thuốc Bạch hổ nhân sâm thang gia vị với hiệu suất cao. Với kết quả này có thể ứng dụng trong nghiên cứu hiện đại hóa cũng như sản xuất các dạng bào chế mới từ bài thuốc này.

SUMMARY

OPTIMIZATION OF MANGIFERIN EXTRACTION FROM ADDED BACH HO NHAN SAM REMEDY BY MODDE 8.0 SOFTWARE

Objective: Evaluate the extracting parameters on the mangiferine extraction procedure from added Bach ho nhan sam remedy. **Materials:** Added Bach ho nhan sam remedy remedy. **Method:** Ultrasonic extraction method using Modde 8.0 to optimize extraction parameters, quantitative analysis of mangiferine by HPLC. **Results:** The optimal condition was established including solvent of extraction was

40% EtOH for 30 minutes at 65°C with ratio of solvent/feed was 11:1 (v/w, L/kg) in 2 times. Application of this for extraction of this remedy, the extracted yield archived 95.63%. **Conclusion:** This procedure can be applied in the modernization and drug forms preparation of added Bach hoc Nhan sam Remedy.

Keywords: mangiferine, BHNST remedy, optimization, extraction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bài thuốc Bạch hổ Nhân sâm thang nguyên mẫu gồm các vị thuốc Thạch cao (*Gypsum*), Cam thảo (*Radix glycyrrhizae*), Tri mẫu (*Rhizoma Anemarrhenae*), Nhân sâm (*Radix Ginseng*), Ngạnh mễ (*Semen Oryzae Sativae*), là bài thuốc cổ phương có tác dụng thanh nhiệt giải thử, trấn kinh, sinh tân, chỉ khát. Tuy nhiên, để tăng thêm tác dụng tăng sức bền cơ tim cũng như khả năng chịu đựng gánh nặng nhiệt bởi nắng nóng do biến đổi khí hậu đã gia thêm vị Đan sâm (*Radix Salviae lactiflorae*). Bài thuốc đã được nghiên cứu tác dụng dược lý trên động vật thực nghiệm và thử lâm sàng cho thấy có kết quả khả quan trong điều trị say nắng say nóng [3,5]. Các nghiên cứu chỉ ra rằng các thành phần có tác dụng hạ nhiệt chủ yếu như magiferin, sarsapogenin trong Tri mẫu, ion canxi trong Thạch cao [4]. Tuy nhiên, bài thuốc này cơ bản đang sử dụng dưới dạng thuốc sắc. Dạng thuốc này có nhiều nhược điểm như: thể tích cồng kềnh, 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 hiện đại hóa bài thuốc như chiết xuất hoạt chất, bào chế cao định chuẩn, chuyển dạng bào chế hiện đại. Trong bài báo này, chúng tôi thông báo kết quả nghiên cứu chiết xuất mangiferin (hoạt chất có tác dụng trong Tri mẫu) từ bài thuốc Bạch hổ nhân sâm thang gia vị (BHNST). Đây là giai đoạn đầu tiên của quá trình nghiên cứu hiện đại hóa bài thuốc này.

¹Học viện Quân y

² Bệnh viện TW Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Bình Dương

Email: vbduong2978@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2018

Ngày duyệt bài: 11.4.2018

II. NGUYÊN VẬT LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Nguyên liệu hóa chất, thiết bị: Các vi được liệu trong bài thuốc Bài thuốc Bạch hồ Nhân sâm thang gồm: Thạch cao (*Gypsum*), Cam thảo (*Radix glycyrrhizae*), Tri mẫu (*Rhizoma Anemarrhenae*), Nhân sâm (*Radix Ginseng*), Ngạnh mễ (*Semen Oryzae Sativae*), Đan sâm (*Radix Salviae lactiflorae*) đạt tiêu chuẩn cơ sở và tiêu chuẩn ĐDVN IV [1]. Trong đó, khối lượng Tri mẫu chiếm 12,5% tổng khối lượng bài thuốc.

Hóa chất: mangiferin 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: mangiferin được chiết xuất từ bài thuốc bằng phương pháp chiết khác nhau gồm chiết siêu âm, vi sóng và chiết nóng thông thường: Cân khoảng chính xác khoảng 16 g bột dược liệu của bài thuốc (tương đương với khoảng 2,0 g Tri mẫu), 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 7000 vòng/phút, lọc loại bỏ tạp chất. Bổ sung vừa đủ thể tích, lọc qua màng lọc 0,22µm. Định lượng mangiferin trong dịch chiết bằng HPLC [2]. Đánh giá thông qua hiệu suất chiết xuất hoạt chất

$$\text{Hiệu suất} = \frac{m_{\text{mangiferin}}}{m_{\text{LT}}} \times 100$$

Trong đó: $m_{\text{mangiferin}}$ là khối lượng mangiferin chiết được. m_{LT} là khối lượng mangiferin có trong bài thuốc. Trong đó hàm lượng mangiferin trong dược liệu được định lượng bằng HPLC trong dịch chiết 4 lần (đến khi không còn phát hiện hoạt chất).

- Phương pháp thiết kế thí nghiệm và tối ưu hóa Trước khi tiến hành tối ưu hóa, tiến hành khảo sát và thăm dò sơ bộ các yếu tố ảnh hưởng nhiều đến hiệu suất chiết xuất cũng như khoảng ảnh hưởng. Từ đó lựa chọn được các biến độc lập và khoảng biến độc lập. Trong nghiên cứu này chúng tôi khảo sát các biến độc lập (các yếu tố ảnh hưởng) gồm: phương pháp chiết, nhiệt độ, dung môi, tỷ lệ dung môi, thời gian và số lần chiết.

*Thiết kế thí nghiệm: Sử dụng phương pháp thiết kế theo mô hình mặt hợp tử tại tâm với sự trợ giúp của phần mềm thiết kế thí nghiệm tối

ưu hoá Modde 8.0. [6] để khảo sát các yếu tố ảnh hưởng tới hiệu suất chiết xuất. Các yếu tố này được gọi là biến độc lập hay tham số, hiệu suất chiết xuất được gọi là biến phụ thuộc hay hàm số (Y%). Sử dụng phần mềm thiết kế tối ưu Modde 8.0 để thiết kế thí nghiệm, phần mềm đưa ra các thí nghiệm cần tiến hành.

*Tối ưu hóa: Sau khi có kết quả làm thực nghiệm, sử dụng phần mềm Modde để phân tích ảnh hưởng của các biến độc lập đến hiệu suất chiết xuất (biến phụ thuộc) bằng việc thiết lập phương hồi quy bậc 2 về mối tương quan giữa biến phụ thuộc và biến độc lập. Phương trình có dạng:

$$Y = b_0 + b_1X_1 + b_2X_2 + b_3X_3 + b_1(X_1)^2 + b_2(X_2)^2 + b_3(X_3)^2 + b_{1,2,3}(X_1 X_2 X_3)$$

Ngoài ra, phần mềm còn đưa ra dự đoán các điều kiện tối ưu để hiệu suất chiết xuất cao nhất ($Y = \max$). Sau khi thu được điều kiện tối ưu từ phần mềm, làm lại thí nghiệm để thẩm định kết quả tối ưu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả khảo sát sơ bộ các yếu tố ảnh hưởng tới hiệu suất chiết xuất

3.1.1. Kết quả xác định hàm lượng mangiferin trong bài thuốc BHNST

Cân chính xác các dược liệu trong bài thuốc theo đúng tỷ lệ vào bình chiết của thiết bị chiết siêu âm, thêm vào bình chiết 150 ml 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 500 ml, để ổn định ở nhiệt độ phòng. Sau đó, thêm nước cất vừa đủ, lọc qua màng 0,22 µm được dung dịch tiêm sắc ký. Kết quả định lượng cho thấy, hàm lượng mangiferin trong bài thuốc là 2,14 mg/g tính theo dược liệu khô kiệt.

3.1.2. Khảo sát ảnh hưởng của phương pháp chiết: Tiến hành khảo sát các phương pháp chiết khác nhau gồm: chiết siêu âm, chiết vi sóng và chiết nóng thông thường ở cùng điều kiện. Kết quả cho thấy phương pháp chiết siêu âm cho hiệu suất chiết xuất hoạt chất cao nhất đạt 82,78% trong khi chiết vi sóng đạt 80,59% và thấp nhất là chiết nóng thông thường với hiệu suất là 74,82%. Điều này cho thấy sóng siêu âm đã làm tăng hiệu quả của quá trình chiết xuất. Vì vậy chúng tôi lựa chọn phương pháp chiết siêu âm cho các khảo sát tiếp theo

3.1.3. Khảo sát ảnh hưởng của dung môi chiết: Tiến hành khảo sát với các dung môi chiết khác nhau là: nước, EtOH ở các nồng độ khác nhau 20%; 30%, 50%, 70%, 90% với

cùng điều kiện chiết xuất ở nhiệt độ 60°C, thời gian 30 phút, với tỷ lệ DL/DM 1:10, chiết 01 lần. Kết quả thu được cho thấy hiệu suất chiết tăng dần khi nồng độ EtOH tăng dần từ 20% đến 30%. Tuy nhiên khi tiếp tục tăng nồng độ EtOH thì hiệu suất chiết xuất lại giảm mạnh, 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. Trong các nồng độ khảo sát EtOH 30% cho hiệu suất chiết cao nhất đạt 82,32%. Do vậy, lựa chọn dung môi chiết là EtOH 30% để thực hiện các khảo sát các thông số tiếp theo.

3.1.4. Kết quả khảo sát ảnh hưởng của tỷ lệ được liệu/dung môi chiết xuất

Tiến hành các thí nghiệm chiết xuất bài thuốc với dung môi EtOH 30%, ở nhiệt độ 60°C, trong thời gian 30 phút, với tỷ lệ DL/DM khác nhau lần lượt là: 1:5, 1:7; 1:10; 1:12; Kết quả thu được cho thấy: Khi tỷ lệ DL/DM càng tăng thì hiệu suất chiết tăng theo từ 1/5 đến 1/10 (đạt 83,32%), song nếu tiếp tục tăng đến tỷ lệ 1:12 thì hiệu suất chiết xuất tăng không đáng kể (đạt 86,1%). Vì vậy để tiết kiệm dung môi, năng lượng cũng như thời gian cô loại dung môi ở giai đoạn sau, chúng tôi lựa chọn tỷ lệ DL/DM là 1:10 cho các khảo sát tiếp theo.

3.1.5. Kết quả khảo sát ảnh hưởng của thời gian chiết xuất

Tiến hành chiết xuất ở các khoảng thời gian khác nhau là: 30, 45, 60, 90 phút, với cùng điều kiện: dung môi EtOH 30%, tỷ lệ DL/DM 1:10, nhiệt độ 60°C, chiết 01 lần. Kết quả cho thấy: Trong khoảng thời gian chiết xuất từ 30 đến 45 phút thì hiệu suất thu được có xu hướng tăng nhanh (sau 30 phút hiệu suất là 83,32%, sau chiết 45 phút hiệu suất đạt 83,41%). Tuy nhiên, nếu tiếp tục tăng thời gian lên 90 phút thì hiệu suất có xu hướng hơi giảm đi. Do vậy để tiết kiệm thời gian cũng như nhiên liệu chúng tôi chọn thời gian chiết xuất là 30 phút cho các khảo sát tiếp theo.

3.1.6. Kết quả khảo sát ảnh hưởng của nhiệt độ đến chiết xuất

Tiến hành chiết xuất ở các điều kiện nhiệt độ khác nhau là: 30°C, 40°C, 50°C, 60°C, 70°C và 80°C. Kết quả đánh giá hiệu suất chiết xuất cho thấy: Nhiệt độ chiết tăng từ 30°C lên 60°C thì hiệu suất tăng (76,68% lên 83,32%), nhưng tiếp tục tăng đến 80°C hiệu suất bắt đầu giảm mạnh (67,33%). Điều này có thể giải thích là do hoạt chất bị phân huỷ một phần bởi nhiệt độ trong quá trình chiết xuất.

3.1.7. Kết quả khảo sát ảnh hưởng của số lần chiết đến hiệu suất chiết xuất

Kết quả khảo sát số lần chiết xuất cho thấy: Sau 02 lần chiết thì hiệu suất chiết xuất hoạt chất khá cao (đạt 95,54%). Nếu chiết thêm lần thứ 3 thì hiệu suất chỉ tăng thêm 1,83%. Vì vậy, để tiết kiệm thời gian và dung môi chiết trong nghiên cứu này chúng tôi chọn số lần chiết là 2 lần.

3.2. Kết quả tối ưu hóa quy trình chiết xuất hoạt chất từ bài thuốc BHNST bằng phần mềm Modde 8.0

Từ các kết quả khảo sát sơ bộ ở phần trên nhận thấy: Nhiệt độ, nồng độ dung môi EtOH, tỷ lệ DL/DM là các yếu tố có ảnh hưởng tới lớn đến hiệu suất chiết xuất mangiferin trong bài thuốc. Vì vậy, tiến hành lựa chọn 3 yếu tố này làm biến đầu vào cho thiết kế tối ưu quy trình chiết xuất với các khoảng khảo sát như sau:

- Nhiệt độ (X_1 , °C): Từ 35°C đến 65°C.
- Nồng độ dung môi EtOH (X_2 , %): Từ 20% đến 40%.
- Tỷ lệ DL/DM (X_3 , g/ml): Từ 1:7 đến 1:15.
- Biến đầu ra là hiệu suất chiết xuất hoạt chất MA (Y %).

Phần mềm Modde 8.0 đưa ra bố trí các điều kiện khảo sát chiết xuất theo mô hình mặt hợp tử tại tâm (Central Composite Face – CCFquadratic). Phần mềm Modde 8.0 đưa ra kết quả thiết kế với 17 mẫu thực nghiệm, tiến hành chiết xuất thực nghiệm theo các thí nghiệm đã được thiết kế này. Sau mỗi thí nghiệm, định lượng mangiferin trong dịch chiết bằng HPLC để xác định hàm lượng hoạt chất và tính toán hiệu suất chiết xuất (Y%). Kết quả được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1. Kết quả thực nghiệm theo thiết kế của phần mềm Modde 8.0

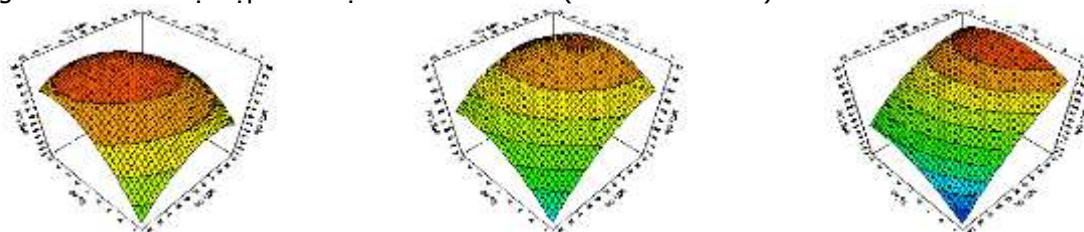
STT	Ma trận mã hóa			Điều kiện thực nghiệm các biến			Hiệu suất (%)
	X_1	X_2	X_3	(X_1)	(X_2)	(X_3)	(Y)
N1	-1	-1	-1	35	20	7	85.06
N2	1	-1	-1	35	40	7	91.10
N3	-1	1	-1	35	20	15	95.57
N4	1	1	-1	35	40	15	90.91
N5	-1	-1	1	65	20	7	70.24
N6	1	-1	1	65	40	7	93.39

N7	-1	1	1	65	20	15	80.38
N8	1	1	1	65	40	15	96.05
N9	-1	0	0	50	20	10	87.40
N10	1	0	0	50	40	10	95.34
N11	0	-1	0	50	30	7	88.97
N12	0	1	0	50	30	15	92.97
N13	0	0	-1	35	30	10	96.43
N14	0	0	1	65	30	10	94.45
N15	0	0	0	50	30	10	93.55
N16	0	0	0	50	30	10	93.45
N17	0	0	0	50	30	10	93.44

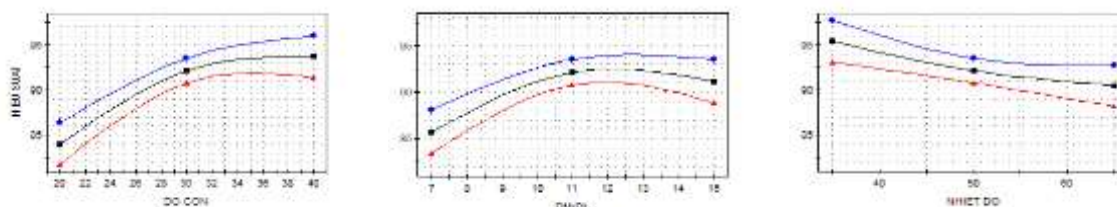
Từ kết quả bảng 1, tiến hành phân tích đánh giá ảnh hưởng của các biến đầu vào với biến đầu ra, phần mềm Modde 8.0 đã đưa ra phương trình hồi quy về tương quan tuyến tính sau: $Y = 92,15 - 2,45X_1 + 4,81X_2 + 2,71X_3 + 0,78X_1^2 - 3,28X_2^2 - 3,68X_3^2 - 2,27X_2X_3 + 4,68X_2X_1 + 0,31X_3X_1$, Với hệ số tương quan $R^2 = 0,982$.

Phương trình trên cho thấy có mối tương quan giữa các biến đầu vào và biến đầu ra rất mật thiết với hệ số $R^2 = 0,982$ ($R^2 > 0,80$ đạt yêu cầu). Hay nói cách khác là nhiệt độ, tỷ lệ DL/DM và nồng độ của dung môi có ảnh hưởng nhiều tới hiệu suất chiết xuất hoạt chất.

Đồng thời phần mềm cũng đưa ra kết quả dự đoán tối ưu hoá và hình ảnh mặt đáp phân tích ảnh hưởng của các biến độc lập đến hiệu suất chiết xuất (hình 1 và hình 2).



Hình 1. Hình ảnh mặt đáp về ảnh hưởng của yếu tố đầu vào đến hiệu suất chiết



Hình 2. Đồ thị phân tích ảnh hưởng của yếu tố đầu vào đến hiệu suất chiết

Khi phân tích ảnh hưởng của yếu tố kết hợp và từng yếu tố độc lập ở trên cho thấy: Khi tăng nhiệt độ chiết đến 50°C thì hiệu suất chiết tăng lên, nhưng khi tiếp tục tăng nhiệt độ lên thì hiệu suất lại giảm. Tăng nồng độ dung môi (EtOH) thì hiệu suất chiết cũng tăng lên. Khi tăng tỷ lệ DM/DL thì hiệu suất tăng cao. Có thể thấy mức độ ảnh hưởng của các yếu tố đến hiệu suất chiết tăng dần từ: Nồng độ dung môi < Tỷ lệ DM/DL < nhiệt độ.

Phần mềm modde 8.0 cũng đưa ra các kết quả dự đoán tối ưu khác nhau ở các mức khác nhau. Trong số các điều kiện đó, chúng tôi lựa chọn sau để tiến hành kiểm chứng lại kết quả tối ưu hóa. Các thông số tối ưu được lựa chọn gồm:

- Nhiệt độ (X_1): 65°C
- Nồng độ EtOH (X_2): 40%
- Tỷ lệ DM/DL (X_3): 11:1
- Với các thông số trên phần mềm dự đoán hiệu suất chiết là: $Y = 96,64\%$.

Tiến hành làm các thí nghiệm với các điều kiện tối ưu trên để kiểm chứng lại kết quả dự đoán của phần mềm đưa ra. Kết quả trình bày ở bảng 2.

Bảng 2. Kết quả kiểm chứng lại dự đoán trên phần mềm Modde 8.0

STT	Hiệu suất chiết (%)	
	Dự đoán	Thực nghiệm
1	96,64	95,39
2	96,64	95,86

3	96,64	95,78
4	96,64	96,01
5	96,64	95,12
$\bar{X} \pm SD$	96,64	$95,63 \pm 0,36$
P	$P > 0,05$	

Kết quả bảng 2 cho thấy: Với các điều kiện tối ưu của phần mềm đưa ra thì hiệu suất chiết mangiferin đạt 95,63% thấp hơn không đáng kể so với dự đoán của phần mềm (với $p > 0,05$). Như vậy, có thể sử dụng điều kiện tối ưu mà phần mềm đưa ra để chiết xuất hoạt chất từ bài thuốc BHNST.

Từ các kết quả khảo sát, chúng tôi đưa ra quy trình chiết xuất mangiferin từ bài thuốc BHNST ở quy mô phòng thí nghiệm gồm: Sử dụng phương pháp chiết siêu âm, dung môi chiết là EtOH 40% với tỷ lệ 11/1, tiến hành chiết xuất 02 lần trong 30 phút ở nhiệt độ 65°C. Với các điều kiện đã chọn hiệu suất chiết xuất hoạt chất đạt 95,63%. Từ quy trình quy mô phòng thí nghiệm đã tiến hành nâng quy mô chiết xuất lên 1,0 kg dược liệu/mé, kết quả cho thấy quy trình chiết xuất ổn định, dễ dàng vận hành và triển khai và hiệu suất thu được không có sự khác biệt nhiều khi chiết ở quy mô nhỏ.

IV. KẾT LUẬN

Đã ứng dụng phần mềm tin học Modde 8.0 để khảo sát, lựa chọn được các thông số tối ưu trong chiết xuất mangiferin từ bài thuốc BHNST. Kết quả đã tìm được các điều kiện tối ưu gồm:

Sử dụng phương pháp chiết siêu âm, dung môi chiết là EtOH 40% với tỷ lệ 11/1, tiến hành chiết xuất 2 lần trong 30 phút ở nhiệt độ 65°C. Với các điều kiện đã lựa chọn, hiệu suất chiết thu hồi hoạt chất đạt 95,63%. Quy trình chiết ổn định, dễ triển khai trong nghiên cứu hiện đại hóa cũng như sản xuất các sản phẩm từ bài thuốc Bạch hổ Nhân sâm thang gia vị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2009), *Dược điển Việt Nam 4*, NXB Y học, Hà Nội.
2. Vũ Bình Dương, Nguyễn Xuân Trung, Ngô Xuân Trinh, Phạm Văn Hiến, Ngô Thị Tuyết Mai (2017), "Nghiên cứu định lượng mangiferin trong tri mẫu (*Rhizoma anemarrhenae*) bằng sắc ký lỏng hiệu năng cao", *Tạp chí Dược học*, 6/2017, tr. 29-33.
3. Ren, L.X., Luo, Y.F., Li, X., Wu, Y.L. (2007). "Antidepressant activity of sarsapogenin from *Anemarrhena asphodeloides* Bunge (Liliaceae)" *Pharmazie*, 62, 78-79.
4. Youn, U.J., Jang, J.E., Nam, J.W., Lee, Y.J., Son, Y.M., Shin, H.J., Han, A.R., Chang, J., Seo, E.K. (2011). "Anti-respiratory syncytial virus (RSV) activity of timosaponin AIII from the rhizomes of *Anemarrhena asphodeloides*", *J. Med. Plants Res.*, 5, 1062-1065.
5. Chien-Jung Lin, Yi-Chang Su, Cheng-Hung Lee, Tsai-Chung Li Yu Chen, and Sunny (2013) "Bai-Hu- Tang, Ancient Chinese Medicine Formula, May Provide a New Complementary Treatment Option for Sepsis" <http://dx.doi.org/10.1155/2013/193084>.
6. Sartorius Stedim Biotech company (2013). User guide Bio Pat Modde.

ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC, THỰC HÀNH CỦA NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ VỀ QUYỀN LỢI BẢO HIỂM Y TẾ TẠI KHOA NỘI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2017

Đặng Thị Mai Linh¹, Vũ Trung Kiên², Vũ Phong Túc²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kiến thức, thực hành của người bệnh điều trị nội trú về quyền lợi Bảo hiểm y tế tại khoa Nội Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2017. **Đối tượng nghiên cứu:** người bệnh điều trị nội trú tại khoa Nội Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2017. Phương pháp nghiên cứu: phương pháp

mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 54,9%; nhóm tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 60-69 tuổi (chiếm 30,5%); tỷ lệ người bệnh biết về luật bảo hiểm y tế là 81,3%; nguồn thông tin biết về bảo hiểm y tế nhiều nhất là phương tiện truyền thông đại chúng; 89% người bệnh cho rằng tất cả người dân đều được tham gia mua bảo hiểm y tế; theo người bệnh mục đích để tham gia bảo hiểm y tế để chia sẻ rủi ro khi ốm chiếm 52,1%; để giúp người dân tiết kiệm phòng khi ốm chiếm 49,5%; tỷ lệ đối tượng đã sử dụng thẻ bảo hiểm y tế 2 lần trong năm 2017 là 31,3%; có 66,7% người bệnh phải trả thêm tiền khi sử dụng thẻ bảo hiểm y tế để khám chữa bệnh.

Từ khóa: Khám chữa bệnh bảo hiểm y tế, quỹ bảo hiểm y tế.

¹Bảo hiểm xã hội tỉnh Nam Định

²Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thị Mai Linh

Email: danglinhbhxnhd@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2018

Ngày duyệt bài: 11.4.2018

SUMMARY

ASSESSMENT OF KNOWLEDGE AND PRACTICE OF INPATIENTS ON HEALTH INSURANCE BENEFITS AT INTERNAL MEDICINE DEPARTMENT OF GENERAL HOSPITAL OF NAM DINH PROVINCE IN 2017

Objective: To assess the knowledge and practice of inpatients on health insurance benefits at Internal Medicine Department of General Hospital of Nam Dinh Province in 2017. Study subjects: Inpatients at the Department of Internal Medicine of General Hospital of Nam Dinh in 2017. **Methodology:** Descriptive cross-sectional survey. **Research results:** Male patients accounted for 54.9%; patients aged 60-69 years was the highest with 30.5%; The rate of patients knowing about health insurance law was 81.3%; Patients knew about health insurance mostly through the mass media. 89% of patients thought that all citizens were eligible to purchase health insurance. 52.1% of these patients said that the purpose of participating in health insurance was to share risks when getting diseases, 49.5% of them said that purchasing health insurance helped people save when they got sick. The proportion of people using health insurance cards twice in 2017 was 31.3%; 66.7% of patients had to pay extra money when using health insurance cards for medical examination and treatment

Key words: Medical examination, health insurance fund.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Công bằng trong chăm sóc sức khỏe nhân dân được hiểu là mọi người đều được tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế cơ bản có chất lượng, không phụ thuộc vào khả năng tài chính của từng cá nhân. Để đạt được mục tiêu này, các nước trên thế giới có hai lựa chọn: hoặc sử dụng cơ chế tài chính y tế dựa trên thuế (ngân sách nhà nước) hoặc cơ chế tài chính y tế dựa trên Bảo hiểm y tế (BHYT) bắt buộc. Chính vì ý nghĩa to lớn của Bảo hiểm y tế mà Đảng và Nhà nước ta có chủ trương thực hiện BHYT toàn dân. Tuy nhiên, trong quá trình thực hiện vẫn còn có những bất cập trong việc phân biệt đối xử trong điều trị, khám chữa bệnh bảo hiểm y tế vượt tuyến, lạm dụng bảo hiểm y tế làm cho người dân nói chung cũng như người bệnh nói riêng

không còn "mặn mà" với bảo hiểm y tế. Với mong muốn tìm hiểu thực trạng cũng như đánh giá được kiến thức của người bệnh về BHYT làm cơ sở để đưa ra giải pháp, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá kiến thức, thực hành của người bệnh điều trị nội trú về quyền lợi Bảo hiểm y tế tại khoa Nội Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2017.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nội, Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định.

- Đối tượng nghiên cứu: Người bệnh điều trị nội trú tại khoa Nội BVĐK tỉnh Nam Định năm 2017.

- Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ 10/2017 – 5/2018.

2. Phương pháp nghiên cứu

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. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Áp dụng công thức tính cỡ mẫu:

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

Tính được n=384, trên thực tế đã điều tra 390 người bệnh.

2.3. Kỹ thuật áp dụng trong nghiên cứu

*Phỏng vấn: Phỏng vấn trực tiếp người bệnh điều trị tại khoa Nội của Bệnh viện, được thực hiện bằng bộ câu hỏi gồm 05 câu về thông tin chung, 14 câu về công tác BHYT, nội dung câu hỏi ngắn gọn, dễ hiểu đối với bệnh nhân, chủ đề tập trung vào những thuận lợi, khó khăn, tồn tại vướng mắc, được các điều tra viên có chuyên môn đã được tập huấn thông thạo các nội dung trước khi phỏng vấn.

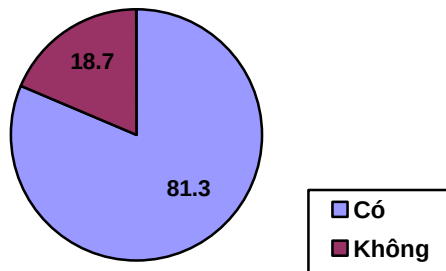
2.4. Xử lý số liệu: Làm sạch số liệu từ phiếu. Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1. Các số liệu thu thập được xử lý theo thuật toán thống kê Y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.5. Phân bố người bệnh theo tuổi và giới

Nhóm tuổi \ Giới	Nam (1)		Nữ (2)		Tổng		p(1,2)
	SL	%	SL	%	SL	%	
< 50	25	1,7	13	7,4	38	9,7	> 0,05
50-59	31	14,5	27	15,3	58	14,9	
60-69	62	29,0	57	32,4	119	30,5	
70-79	61	28,5	40	22,7	101	25,9	
≥ 80	35	16,4	39	22,2	74	19,0	
Tổng	214	54,9	176	45,1	390	100,0	
$\bar{X} \pm SD$ (min-max)	66,1±14,5		67,5±14,3		66,7±14,4		> 0,05

Kết quả bảng trên cho thấy tỷ lệ nam giới tham gia vào nghiên cứu là 54,9%, nữ giới là 45,1%. Độ tuổi trung bình của nam giới là $66,1 \pm 14,5$; độ tuổi trung bình của nữ giới là $67,5 \pm 14,3$. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $66,7 \pm 14,4$. Sự khác biệt về tuổi trung bình giữa nam và nữ là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 60-69 tuổi (chiếm 39,5%), tiếp theo là nhóm tuổi 70-79 chiếm 25,9%. Sự khác biệt về nhóm tuổi ở 2 giới là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ người bệnh có biết về luật bảo hiểm y tế ($n=390$)

Qua biểu đồ trên ta thấy có 81,3% người bệnh đã biết về luật bảo hiểm y tế, còn lại 18,7% người dân không biết về luật bảo hiểm y tế

Bảng 3.6. Tỷ lệ các nguồn thông tin mà người bệnh biết luật BHYT ($n=390$)

Nguồn thông tin	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thông tin đại chúng	207	53,1
Người thân, bạn bè, hàng xóm	173	44,4
Cán bộ y tế	168	43,1
Cán bộ BHXH	126	32,3

Qua bảng trên ta thấy nguồn thông tin mà người bệnh biết về luật bảo hiểm y tế nhiều nhất là qua thông tin đại chúng chiếm 53,1%; qua người thân, bạn bè, hàng xóm chiếm 44,4%; qua cán bộ y tế chiếm 43,1%; qua cán bộ BHXH chiếm 32,3%.

Bảng 3.7. Kiến thức của người bệnh về đối tượng được tham gia BHYT ($n=390$)

Đối tượng được tham gia BHYT	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Cán bộ, công nhân, viên chức	27	6,9
Hưu trí, người có công	6	1,5
Người nghèo	8	2,1
Học sinh, sinh viên	2	0,5
Nhân dân	347	89,0

Kết quả bảng trên cho thấy kiến thức của người bệnh về đối tượng được tham gia bảo hiểm y tế. Tỷ lệ người bệnh cho rằng đối tượng được tham gia bảo hiểm y tế là nhân dân (bất kỳ ai cũng có thể tham gia) chiếm 89%.

Bảng 3.8. Kiến thức của người bệnh về mục đích của BHYT ($n=390$)

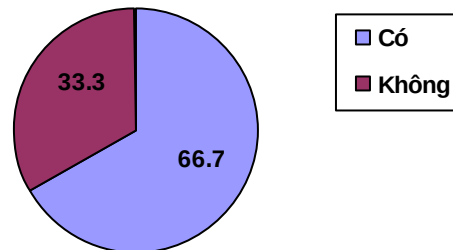
Mục đích của BHYT	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Chia sẻ rủi ro khi ốm	203	52,1
Giúp người dân chủ động về tài chính khi ốm	138	35,4
Giúp người dân tiết kiệm phòng khi ốm	193	49,5
Giúp CSSK cho nhân dân được tốt hơn	102	26,2
Không biết, không trả lời	15	3,8

Qua bảng trên ta thấy kiến thức của người bệnh về mục đích của tham gia bảo hiểm y tế. Tỷ lệ người bệnh cho rằng mục đích của tham gia bảo hiểm y tế để chia sẻ rủi ro khi ốm chiếm 52,1%; để giúp người dân tiết kiệm phòng khi ốm chiếm 49,5%;...

Bảng 3.9. Số lần đối tượng nghiên cứu sử dụng thẻ trong năm 2017 ($n=390$)

Số lần sử dụng thẻ trong năm 2017	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1 lần	82	21,0
2 lần	122	31,3
3 lần	80	20,5
≥ 4 lần	106	27,2

Qua bảng trên ta thấy trong năm 2017 có 21% người bệnh dùng thẻ 1 lần; có 31,3% người bệnh dùng thẻ 2 lần; 20,5% người bệnh dùng thẻ 3 lần và 27,2% người bệnh dùng thẻ từ 4 lần trở lên.



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ người bệnh phải trả thêm tiền khi sử dụng thẻ BHYT ($n=390$)

Qua biểu đồ trên ta thấy có 66,7% người bệnh phải trả tiền thêm khi sử dụng thẻ bảo hiểm y tế để khám chữa bệnh; có 33,3% người bệnh không phải trả thêm tiền khi sử dụng thẻ bảo hiểm y tế để khám chữa bệnh trong lần gần nhất.

IV. BÀN LUẬN

Với mục đích Đánh giá kiến thức, thực hành của người bệnh điều trị nội trú về quyền lợi Bảo hiểm y tế chúng tôi đã tiến hành điều tra 390 người bệnh đang điều trị tại khoa Nội Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2017. Kết quả cho thấy tỷ lệ nam giới tham gia vào nghiên cứu

chiếm 54,9%, nữ giới chiếm 45,1%. Độ tuổi trung bình của nam giới là $66,1 \pm 14,5$; độ tuổi trung bình của nữ giới là $67,5 \pm 14,3$. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $66,7 \pm 14,4$. Sự khác biệt về tuổi trung bình giữa nam và nữ là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 60-69 tuổi (chiếm 39,5%), tiếp theo là nhóm tuổi 70-79 chiếm 25,9%. Sự khác biệt về nhóm tuổi ở 2 giới là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả của nhiều nghiên cứu trước đây cho thấy đối tượng điều trị tại khoa nội thường là những người cao tuổi mắc các bệnh mạn tính và đa số là nam giới. Khi phỏng vấn người bệnh về việc hiểu thế nào là bảo hiểm y tế và ông/bà có biết về luật bảo hiểm y tế hay không thì có tới 81,3% người bệnh trả lời đúng hoặc có biết là có luật. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các kết quả nghiên cứu trước đây cho rằng người bệnh không biết gì về bảo hiểm y tế. Giải thích về điều này theo chúng tôi có thể do người bệnh là những người điều trị nội trú, có tuổi và đã dùng thẻ bảo hiểm y tế lâu năm, đã sử dụng thẻ bảo hiểm y tế nhiều lần nên đã biết sơ qua về quyền lợi và nghĩa vụ của người dùng thẻ bảo hiểm y tế. Nguồn thông tin mà người bệnh biết về luật bảo hiểm y tế nhiều nhất là qua thông tin đại chúng chiếm 53,1%; qua người thân, bạn bè, hàng xóm chiếm 44,4%; qua cán bộ y tế chiếm 43,1%; qua cán bộ BHXH chiếm 32,3%. Điều này cho thấy vai trò của các phương tiện thông tin đại chúng như báo, đài, tivi vẫn phát huy được vai trò quan trọng của mình trong việc tuyên truyền hiểu biết, kiến thức cho người dân. Qua đây cũng cho thấy vai trò của cán bộ bảo hiểm xã hội trong việc tuyên truyền về luật bảo hiểm y tế còn chưa cao.

Sức khỏe là vốn quý nhất của con người. Đảng, Nhà nước ta luôn quan tâm đến công tác bảo vệ, chăm sóc sức khỏe nhân dân và đã ban hành, chỉ đạo thực hiện nhiều chủ trương, chính sách, trong đó đặc biệt chú trọng BHYT nhằm giúp người dân khắc phục những rủi ro bệnh tật và giảm gánh nặng chi phí khám chữa bệnh. Chủ trương phát huy vai trò của BHYT và tiến tới BHYT toàn dân được thể hiện nhất quán trong các nghị quyết của Đảng và từng bước được thể chế hóa tập trung chỉ đạo thực hiện. Năm 2008, lần đầu tiên Luật BHYT được ban hành, tạo cơ sở pháp lý vững chắc cho triển khai thực hiện tiến tới BHYT toàn dân. Nhờ sự nỗ lực phấn đấu của các ngành, các cấp, đặc biệt là ngành y tế, ngành BHXH và sự đồng tình hưởng ứng, tham

gia tích cực của các tầng lớp nhân dân, việc thực hiện chính sách BHYT đã đạt được những kết quả quan trọng. Tỷ lệ người tham gia BHYT tăng nhanh, từ 5,6% dân số năm 1993 lên 63,7% năm 2011 và đến nay là trên 82%. Phạm vi, quyền lợi BHYT ngày càng mở rộng, gắn với nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra có 89% người bệnh cho rằng mọi người dân đều có thể tham gia mua bảo hiểm y tế. Biết được quyền lợi và mục đích của bảo hiểm y tế sẽ khiến cho người bệnh yên tâm hơn khi tham gia. Tuy nhiên, chỉ có 52,1% người bệnh có kiến thức đúng khi nhận thức tham gia bảo hiểm để chia sẻ rủi ro khi ốm; 49,5% người bệnh cho rằng tham gia bảo hiểm để tiết kiệm, phòng khi ốm; 35,4% người bệnh cho rằng tham gia bảo hiểm để chủ động về tài chính khi ốm.

Trong số 390 người bệnh tham gia nghiên cứu có 82 người bệnh sử dụng thẻ bảo hiểm y tế để khám chữa bệnh lần đầu tiên trong năm 2017 chiếm 21%; có 31,3% người bệnh đã dùng đến lần thứ 2; có 20,5% người bệnh dùng đến lần thứ 3 và có tới 27,2% người bệnh đã khám chữa bệnh bằng thẻ bảo hiểm y tế từ 4 lần trở lên. Kết quả này cũng phù hợp với thực tế khi có khá nhiều người bệnh là người trên 60 tuổi mắc các bệnh mạn tính phải điều trị dài ngày (có những bệnh phải tái khám 1 tháng 1 lần như đái tháo đường, tăng huyết áp,...).

Trong số các bệnh nhân tham gia nghiên cứu có tới 66,7% người bệnh phải trả thêm tiền khi sử dụng thẻ bảo hiểm y tế để khám chữa bệnh trong lần khám gần nhất. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Lê Thị Minh Huệ tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2013 cho thấy có tới 64,6% người bệnh cùng chi trả viện phí.

V. KẾT LUẬN

- Bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 54,9%; nhóm tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất là 60-69 tuổi (chiếm 30,5%);
- Tỷ lệ người bệnh biết về luật bảo hiểm y tế là 81,3%; nguồn thông tin biết về bảo hiểm y tế nhiều nhất là phương tiện truyền thông đại chúng;
- 89% người bệnh cho rằng tất cả người dân đều được tham gia mua bảo hiểm y tế; theo người bệnh mục đích để tham gia bảo hiểm y tế để chia sẻ rủi ro khi ốm chiếm 52,1%; để giúp người dân tiết kiệm phòng khi ốm chiếm 49,5%;
- Tỷ lệ đối tượng đã sử dụng thẻ bảo hiểm y tế 2 lần trong năm 2017 là 31,3%; có 66,7% người bệnh phải trả thêm tiền khi sử dụng thẻ bảo hiểm y tế để khám chữa bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2013)**, Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2013.
2. **Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định (2017)**, Báo cáo tổng kết công tác bệnh viện năm 2016.
3. **Tạ Văn Đạt (2010)**, Thực trạng sử dụng thẻ bảo hiểm y tế của người dân tại 4 phường/xã thành phố Phủ Lý, tỉnh Hà Nam, năm 2010, Luận văn thạc sĩ y tế công cộng, Trường Đại học Y Thái Bình
4. **Lê Thị Minh Huệ (2014)**, Thực trạng công tác

khám chữa bệnh bảo hiểm y tế tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2014, Luận văn thạc sĩ y tế công cộng, Trường Đại học Y Dược Thái Bình..

5. **Quốc hội (2014)**, Luật số 46/2014/QH13 về "Sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế"
6. **Ngan Do, Juhwan Oh, and Jin-Seok Lee (2013)**, Moving toward Universal Coverage of Health Insurance in Vietnam: Barriers, Facilitating Factors, and Lessons from Korea, Korean Lessons for Universal Health Coverage in Vietnam.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ Ở BỆNH NHÂN XƠ CỨNG RỈ RÁC THỂ TỦY SỐNG

Võ Hồng Khôi*, Hồ Thị Dung**

TÓM TẮT

Cơ sở: Bệnh xơ cứng rải rác (XCRR) là một bệnh viêm mất myelin của hệ thần kinh trung ương, xảy ra chủ yếu ở chất trắng của não, tủy, hoặc dây thần kinh thị giác. Tổn thương tủy thường gặp trong bệnh XCRR nhưng không dễ để phát hiện tổn thương trên cộng hưởng từ và phân biệt với các tổn thương tủy do các nguyên nhân khác. **Mục tiêu:** Đưa ra một số đặc điểm về hình ảnh cộng hưởng từ (CHT) ở bệnh nhân xơ cứng rải rác có tổn thương tủy sống. **Phương pháp:** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh học trên 33 bệnh nhân chẩn đoán XCRR theo tiêu chuẩn MacDonald 2010, được điều trị nội trú tại Khoa Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai vì một đợt tiến triển có tổn thương tủy sống. **Kết quả:** Tổn thương tủy cổ hay gặp hơn tổn thương tủy lưng. Hình ảnh chụp cộng hưởng từ tủy có thể bình thường (15,2%) dù định khu tổn thương trên lâm sàng rõ ràng. Teo tủy có thể gặp (1/33) ở bệnh nhân XCRR tái phát nhiều đợt. Đa số các tổn thương tủy trong XCRR có chiều dài dưới hai thân đốt sống (78,18%) và chiều rộng nhỏ hơn nửa bề ngang cột tủy (74,55%). Phù tủy ít gặp trong tổn thương tủy của XCRR (18,52%). Sự bắt thuốc của tổn thương trên phim cộng hưởng từ thể hiện tổn thương mới xuất hiện trung bình dưới 1 tháng. Không thấy sự khác biệt về tình trạng tàn tật ở các nhóm bệnh nhân có số lượng và vị trí tổn thương tủy khác nhau trên cộng hưởng từ. **Kết luận:** Chụp cộng hưởng từ tủy sống có tiềm năng đối quang tức cần thiết để chẩn đoán bệnh XCRR.

Từ khóa: xơ cứng rải rác, tủy sống, cộng hưởng từ

SUMMARY

MRI CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS OF THE SPINAL CORD

*Bệnh viện Bạch Mai

**Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Võ Hồng Khôi

Email: drvohongkhoi@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 3.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2018

Ngày duyệt bài: 9.4.2018

Aim: multiple sclerosis (MS) is a demyelinating disease of the central nervous system which appears mainly in the white matter of brain, spinal cord, or optic nerves. Spinal cord lesions are common in multiple sclerosis but it is not easy to detect and to distinguish them from other causes. **Methods:** To comment on magnetic resonance imaging (MRI) characteristics of multiple sclerosis patients with spinal cord involvement. **Results:** Lesions in cervical spinal cord are more common than in lumbar spinal cord. Spinal cord MRI can be normal (15.2%). Spinal cord atrophy might occur in patient who had many attacks. Almost of spinal cord lesions were less in two vertebral bodies (78.18%) and less in half width of the medullary canal (74.55%). Medulla edema was not common (18.52%). Enhancement on MRI showed new lesions with an average age of less than one month. No difference in clinical disability was found in the patient groups with the number and location of spinal cord lesions on the MRI. **Conclusions:** Magnetic resonance imaging (MRI) was very necessary to accurately diagnose multiple sclerosis.

Keywords: multiple sclerosis, spinal cord, Magnetic resonance imaging (MRI)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh XCRR là một bệnh viêm mất myelin của hệ thần kinh trung ương, xảy ra chủ yếu ở chất trắng của não, tủy, hoặc thần kinh thị giác, gây nên nhiều triệu chứng thần kinh tổn thương thành nhiều đợt, mạn tính [1].

Tổn thương tủy thường gặp trong lâm sàng bệnh XCRR, đặc biệt ở quần thể người châu Á. Đó là dạng gây tàn tật nhất của bệnh do sự hồi phục thường không hoàn toàn và lâu dài. Tổn thương tủy sống có thể là đợt bệnh đầu tiên, nhưng cũng có thể là biểu hiện của một đợt mới trong tiến triển của bệnh. Triệu chứng lâm sàng của tổn thương tủy trong XCRR vô cùng đa dạng, bất kỳ hội chứng tổn thương tủy kinh điển nào cũng có thể là biểu hiện của tổn thương tủy trong XCRR. Vì vậy chụp cộng hưởng từ (CHT) tủy

sống không chỉ có vai trò phát hiện tổn thương mà còn giúp loại trừ các căn nguyên khác.

Theo tiêu chuẩn McDonald 2010[2], tổn thương tủy sống là một trong bốn vị trí tổn thương điển hình của XCRR trên hình ảnh CHT. Tuy nhiên việc phát hiện tổn thương trên cộng hưởng từ tủy sống không dễ dàng, mặt khác có rất nhiều tổn thương ở tủy sống có biểu hiện lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ tương tự tổn thương tủy trong XCRR.

Nhiên cứu của chúng tôi nhằm mục đích mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ ở bệnh nhân XCRR có tổn thương tủy sống.

Dưới đây chúng tôi xin đưa ra một số đặc điểm về hình ảnh cộng hưởng từ ở bệnh nhân XCRR có tổn thương tủy sống.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Chúng tôi tiến hành nghiên cứu 33 bệnh nhân được chẩn đoán xác định XCRR theo tiêu chuẩn McDonald 2010, vào Khoa Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai điều trị nội trú vì một đợt tiến triển có tổn thương tủy sống.

2. Phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi tiến hành nghiên cứu theo phương pháp cắt ngang mô tả. Đối tượng nghiên cứu được hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng và đánh giá tình trạng tàn tật theo thang điểm Kurtzke tại hai thời điểm vào viện và ra viện, đồng thời được chụp cộng hưởng từ cột sống bằng máy cộng hưởng từ 1,5 Tesla tại vị trí theo định khu tổn thương trên lâm sàng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Vị trí tổn thương tủy trên cộng hưởng từ

Bảng 1: Vị trí tổn thương tủy trên cộng hưởng từ

Vị trí tổn thương	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Cổ	17	51,5
Lưng	10	30,3
Thắt lưng	0	0
Bình thường	5	15,2
Teo tủy	1	3

- 27/33 (81,8%) bệnh nhân được phát hiện có tổn thương trên hình ảnh cộng hưởng từ tủy. Vị trí tổn thương hay gặp nhất là ở tủy cổ chiếm 51,5%, sau đó đến tủy lưng chiếm 30,3%.

- 15,2% bệnh nhân có hình ảnh cộng hưởng từ tủy tại vị trí định khu trên lâm sàng là bình thường. 1/33 bệnh nhân có hình ảnh teo toàn bộ tủy lưng.

2. Độ dài tổn thương tủy trên cộng

hưởng từ

Bảng 2: Độ dài tổn thương tủy trên cộng hưởng từ

Kích thước tổn thương	Trên hai thân đốt sống	Dưới hai thân đốt sống
Số tổn thương	12	43
Tỷ lệ %	21,82	78,18

- 78,18% tổn thương có chiều dài dưới hai thân đốt sống và 21,82% tổn thương có chiều dài trên hai thân đốt sống.

3. Chiều rộng tổn thương tủy trên phim cộng hưởng từ

Bảng 3: Chiều rộng tổn thương tủy trên phim cộng hưởng từ

Kích thước tổn thương	Dưới nửa bề ngang cột tủy	Trên nửa bề ngang cột tủy
Số tổn thương	41	14
Tỷ lệ %	74,55	25,45

- 74,55% tổn thương có chiều rộng nhỏ hơn nửa bề ngang cột tủy và 25,45% tổn thương có chiều rộng hơn nửa bề ngang cột tủy.

4. Tín hiệu tổn thương trên xung T1W

Bảng 4: Tín hiệu tổn thương trên xung T1W

Tín hiệu T1	Số lượng tổn thương	Tỷ lệ %
Giảm tín hiệu	41	74,55
Đồng tín hiệu	14	25,45
Tăng tín hiệu	0	0

- 100% tổn thương là đồng hoặc giảm tín hiệu trên xung T1W.

5. Môi liên quan giữa thời điểm chụp với hình ảnh cộng hưởng từ

Bảng 5: Môi liên quan giữa thời điểm chụp với hình ảnh cộng hưởng từ

Thời gian từ khi khởi phát đợt tiến triển đến lúc chụp CHT	Số bệnh nhân có tổn thương ngấm thuốc	Số bệnh nhân không có tổn thương ngấm thuốc	Tổng
Dưới 1 tháng	14	0	14
Trên 1 tháng	1	12	13
Tổng	15	12	27

- Số bệnh nhân có tổn thương ngấm thuốc trên CHT tủy khác biệt có ý nghĩa thống kê ở hai nhóm bệnh nhân chụp CHT trước và sau 1 tháng từ thời điểm khởi phát đợt tiến triển.

6. Tính chất phù tủy

Bảng 6: Phù tủy

Tính chất phù tủy	Có	Không
Số bệnh nhân	5	22
Tỷ lệ %	18,52	81,48

- 81,48% bệnh nhân không phù tủy, và 18,52% bệnh nhân có phù tủy.

7. Môi liên quan giữa tình trạng tàn tật với vị trí tổn thương tủy

Bảng 7: Môi liên quan giữa tình trạng tàn tật với vị trí tổn thương tủy

Điểm Kurtzke trung bình	Cổ	Lưng	Cổ và lưng	Bình thường	Teo tủy	p
Vào viện	6,5 3	6,63	6,5	6,0	8	0,9 15
Ra viện	4,8 2	4,75	4,5	4,0	8	0,4 42

- Không có sự khác biệt về tình trạng tàn tật ở các bệnh nhân có tổn thương tủy tại các vị trí khác nhau trên cột sống từ ở cả hai thời điểm vào viện và ra viện.

8. Môi liên quan giữa tình trạng tàn tật với số lượng tổn thương trên phim CHT tủy

Bảng 8: Môi liên quan giữa tình trạng tàn tật với số lượng tổn thương trên phim cột sống từ tủy

Điểm Kurtzke trung bình	Một tổn thương	Nhiều tổn thương	p
Vào viện	6,39	6,64	0,751
Ra viện	4,17	5,08	0,231

- Không có sự khác biệt về tình trạng tàn tật ở hai nhóm bệnh nhân có một tổn thương tủy và nhiều tổn thương tủy ở cả hai thời điểm vào viện và ra viện.

IV. BÀN LUẬN

XCRR từ lâu đã được mệnh danh là "kẻ đại bất lương" của chuyên ngành Thần Kinh vì tính đa dạng trong biểu hiện lâm sàng và việc chẩn đoán sớm và chính xác được coi như một thách thức với các thầy thuốc lâm sàng. Có nhiều hệ tiêu chuẩn chẩn đoán đã được ra đời với mục đích mô hình hóa chẩn đoán XCRR. Đặc điểm chung của các tiêu chuẩn này là chứng minh sự rải rác theo không gian và thời gian của bệnh. Ngày nay nhờ sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh việc chẩn đoán trở nên dễ dàng và sớm hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương ở tủy cổ hay gặp hơn tủy lưng, vị trí tổn thương ở tủy cổ chiếm 51,5%, tủy lưng chiếm 30,3%. Kết quả này cũng phù hợp với Klawiter. E. C và cs, khi tiến hành nghiên cứu trên 20 bệnh nhân XCRR có tổn thương tủy sống cho kết quả 75% tổn thương tủy cổ, 15% tổn thương tủy lưng và 10% tổn thương cả tủy cổ và tủy lưng[3]. Trong nghiên cứu này chúng tôi chưa thể chụp CHT tủy toàn bộ từ cổ đến lưng và thắt lưng trên cùng một bệnh nhân tại cùng một thời điểm, mà chỉ có thể tiến hành chụp tại một khu vực nhất định trong mỗi đợt tiến triển theo định khu tổn

thương trên lâm sàng. Việc này có thể dẫn đến bỏ sót các thương tổn cũ, thăm lạng hoặc biểu hiện lâm sàng không rõ ràng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi 15,2% bệnh nhân có hình ảnh CHT tủy tại vị trí định khu trên lâm sàng là bình thường. Sự khác biệt giữa lâm sàng và hình ảnh có thể được giải thích một phần bởi vài hạn chế. Tủy sống là một cấu trúc có kích thước nhỏ, dễ di động hơn não vì vậy đánh giá tổn thương trên cộng hưởng tủy tương đối khó khăn. Hơn nữa với độ phân giải 1,5 Tesla của máy cộng hưởng từ việc không phát hiện ra những tổn thương có kích thước nhỏ ở tủy sống là điều dễ hiểu, hơn nữa thời điểm chụp CHT có thể ảnh hưởng đến độ nhạy trong phát hiện tổn thương do một số tổn thương trong XCRR có thể hồi phục tự nhiên hoặc do điều trị. Ngoài ra các kỹ thuật cộng hưởng từ thông thường có thể không giải thích được toàn bộ quá trình bệnh lý vì những hiểu biết về cơ chế bệnh sinh và cơ chế hồi phục của mảng xơ cứng còn nhiều hạn chế. Những năm gần đây, người ta đã sử dụng các kỹ thuật CHT phổ, CHT chuyển dịch từ, CHT khuếch tán, CHT chức năng,... để có thể hiểu biết tốt hơn về diễn biến của bệnh và đánh giá hiệu quả điều trị.

Có nhiều nghiên cứu ghi nhận sự teo tủy như một diễn biến tất yếu ở bệnh nhân XCRR tái phát quá nhiều đợt[4-5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1/33 bệnh nhân có hình ảnh teo toàn bộ tủy lưng. Đây là bệnh nhân bị bệnh trên 10 năm, có 13 đợt tái phát với nhiều đợt tổn thương tủy sống. Như vậy một bệnh nhân XCRR có nhiều đợt tiến triển tổn thương ở tủy sống có thể dẫn tới teo tủy sống. Tuy nhiên muốn chứng minh điều này cần có nghiên cứu sâu hơn, cỡ mẫu lớn hơn và theo dõi bệnh nhân lâu dài.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 78,18% tổn thương tủy có chiều dài dưới hai thân đốt sống và 74,55% tổn thương có chiều rộng nhỏ hơn nửa bề ngang cột tủy. Có khoảng 21,82 – 25,45% các tổn thương có kích thước không điển hình của tổn thương tủy trong XCRR do chúng tôi chưa phân định rõ ràng được thể viêm tủy-thị thần kinh với bệnh XCRR có tổn thương tủy. Theo Kira và cs nghiên cứu trên 1493 bệnh nhân ở Nhật Bản cho thấy tỉ lệ của thể viêm tủy thị thần kinh trong XCRR là 53,3%[6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 81,48% bệnh nhân không có phù tủy. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn[7] và các tác giả khác trên thế giới khi cho rằng thể viêm tủy-thị thần kinh hay bệnh Devic thường có phù tủy nhiều hơn các tổn thương tủy

khác trong XCRR nói chung.

Trong nghiên cứu của chúng tôi số bệnh nhân có tổn thương ngấm thuốc trên cộng hưởng từ tủy khác biệt có ý nghĩa thống kê ở hai nhóm bệnh nhân chụp cộng hưởng từ trước và sau 1 tháng từ thời điểm khởi phát đợt tiến triển. Việc ngấm thuốc đối quang từ của tổn thương tủy phản ánh tình trạng tổn thương của hàng rào máu-não. Theo cơ chế bệnh sinh, sự tổn thương này xảy ra trong khoảng thời gian trung bình 1 tháng từ khi bắt đầu đợt tiến triển. Như vậy việc tiêm thuốc đối quang từ giúp xác định được tổn thương cũ hay tổn thương mới trên cộng hưởng từ.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có mối liên quan về tình trạng tàn tật ở các bệnh nhân có số lượng và vị trí tổn thương tủy khác nhau trên CHT. Điều này có thể giải thích do thang điểm đánh giá tình trạng tàn tật (EDSS) ở bệnh nhân XCRR trên 8 hệ thống chức năng gồm triệu chứng bó thắt, thân não, tiểu não, cơ tròn, cảm giác, trí tuệ,... chứ không chỉ đánh giá riêng cho tổn thương tủy sống.

V. KẾT LUẬN

Xơ cứng rải rác là một bệnh có triệu chứng lâm sàng đa dạng, xảy ra ở nhiều vị trí trên hệ thần kinh trung ương. Chụp cộng hưởng từ não và tủy sống là phương tiện đặc lực giúp chẩn đoán bệnh.

Về đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ tủy sống, tổn thương tủy cổ hay gặp hơn tổn thương tủy lưng. Cộng hưởng từ tủy có thể bình thường (15,2%) dù định khu tổn thương trên lâm sàng rõ ràng. Teo tủy có thể gặp (1/33) ở bệnh nhân

XCRR tái phát quá nhiều đợt. Đa số các tổn thương tủy trong XCRR có chiều dài dưới hai thân đốt sống (78,18%) và chiều rộng nhỏ hơn nửa bề ngang cột tủy (74,55%). Phù tủy ít gặp trong tổn thương tủy của XCRR (18,52%). Sự bắt thuốc của tổn thương trên phim cộng hưởng từ thể hiện tổn thương mới có tuổi trung bình dưới 1 tháng. Không tìm thấy sự khác biệt về tình trạng tàn tật trên lâm sàng ở các nhóm bệnh nhân có số lượng và vị trí tổn thương tủy khác nhau trên cộng hưởng từ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Daniel D. Trương, Lê Đức Hình và N. T. Hùng (2004). Thần Kinh Học Lâm Sàng, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
2. Polman. C. H, Reingold. S. C, Banwell. B et al (2011). Diagnostic criteria for multiple sclerosis: 2010 revisions to the McDonald criteria. Ann Neurol, 69(2), 292-302.
3. Klawiter. E. C, Benzinger .T, Roy. A et al (2010). Spinal cord ring enhancement in multiple sclerosis. Arch Neurol, 67(11), 1395-1398.
4. Gilmore. C. P, DeLuca. G. C, Bo. L et al (2005). Spinal cord atrophy in multiple sclerosis caused by white matter volume loss. Arch Neurol, 62(12), 1859-1862.
5. Horsfield. M. A and Filippi. M (2003). Spinal cord atrophy and disability in multiple sclerosis over four years. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 74(8), 1014-1015.
6. Kira. J. I and Ishizu. T (2008). Multiple sclerosis in Japan: nationwide surveys over 30 years. Neurology Asia.
7. Nguyễn Văn Tuấn (2011). Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh xơ cứng rải rác tại bệnh viện Bạch Mai, Luận án Tiến sĩ Y học, Viện nghiên cứu khoa học Y được lâm sàng 108.

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT LCSC LỖI TRƯỚC BẰNG THAY THÂN ĐỐT SỐNG NHÂN TẠO

Nguyễn Xuân Diễn*, Nguyễn Công Tô**, Khương Văn Duy*

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá hiệu quả điều trị phẫu thuật LCSC lỗi trước bằng thay thân đốt sống nhân tạo. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** gồm 31 bệnh nhân LCSC được chia 2 nhóm đối chứng (chỉ ghép xương tự thân) và can thiệp (thay thân đốt

sống nhân tạo) thời gian từ 1/2015 đến 30/9/2017 tại BV Phổi Trung ương. Đánh giá hiệu quả trước và sau mổ theo các biến: đau theo VAS, mức độ liệt ASIA, hội chứng tủy cổ JOA, góc gù. **Kết quả:** 31 bệnh nhân, 24 nam và 7 nữ, tuổi trung bình $46,5 \pm 15,9$. Hiệu quả giữa nhóm can thiệp với nhóm chứng gồm: VAS 1 tuần sau mổ: hơi khó chịu (9,1%), không thoải mái (17%), rất đau (100%), đau khủng khiếp (100%), VAS lần khám cuối cùng: hơi khó chịu (10%), không thoải mái (39,9%). JOA 1 tuần sau mổ: mức nhẹ 41,9%; mức nặng 50,4% và lần khám cuối cùng mức nhẹ (72,5%), mức nặng (74,4%). Mức độ liệt ASIA: 1 tuần sau mổ A (100%); B(25,1%); C(66,1%); D(71,1%); E(33,2%); lần khám cuối cùng D (50,3%); E(9,2%); Góc gù 1 tuần sau mổ: mức nhẹ 41,9%; mức nặng 50,4% và lần khám cuối cùng: mức nhẹ

*Bệnh viện Phổi Trung ương

**Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Diễn

Email: chirnguyenxuandien@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2018

Ngày duyệt bài: 11.4.2018

72,5%; mức nặng 74,4%. **Kết luận:** Hiệu quả khám cuối cùng mức độ liệt loại D ở nhóm can thiệp đạt được 50,3% và loại E đạt 9,2% so với nhóm đối chứng. Hiệu quả khám cuối cùng giảm chức năng thần kinh nhẹ ở nhóm can thiệp đạt được 62,5% so với nhóm đối chứng. Hiệu quả khám cuối cùng góc gù nhẹ ở nhóm can thiệp đạt được 72,5% và nặng là 74,4% so với nhóm đối chứng.

Từ khóa: Cột sống cổ; LCSC; phẫu thuật LCSC lỗi trước; chẩn đoán lao cột sống.

SUMMARY

EFFECTIVITY OF THE ANTERIOR SURGERY OF CERVICAL SPINE TUBERCULOSIS BY REPLACING ANTERIOR DISTRACTION DEVICE IMPLANTS

Objective: to assess effectivity of the anterior surgery of cervical spinal tuberculosis by replacing anterior distraction device implants (ADD^{plus} implants). **Subject and Methods:** Randomized control trial. There are 2 patient groups who both had a cervical spine tuberculosis (CST) and anterior cervical operation. Study time from Jan 2015 to 30 September 2017. Group I (control trial) only was underwent iliac crest autograft after debridement, corpectomy. And Group II (clinical intervention) after debridement, corpectomy to undergo interbody by ADD^{plus} implants. To access bout pain (VAS), JOA, ASIA, kyphotic Cobb, and complications. **Results:** VAS preoperative average: $5,52 \pm 1,3$ and postoperative $0,11 \pm 0,3$ in 31 patients. Efficacy ASIA A pre and postoperative is 100%. D is 71,4%. JOA of clinical intervention efficacy group than control trial is 62,5% and Kyphotic angle is 72,5%. No complications in operative and postoperative but subsidence of ADD^{plus} < 3mm (46,7%) but no symptom. **Conclusion:** Efficacy of final follow-up of intervention group about level D of ASIA is 50,3% and E level is 9,2% than control trial. Efficacy of final follow up examination of JOA minor neurologic disfunction in intervention group 62,5% than control trial. Final follow up efficacy of minor kyphotic angle is 72,5% in intervention group and severe kyphotic is 74,4% than control trial.

Keyword: Cervical spine; clinical cervical spine tuberculosis; anterior cervical spine surgery; kyphotic cervical tuberculosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

LCSC (LCSC) bệnh diễn biến âm thầm, thường chẩn đoán muộn khi có nhiều biến chứng như liệt, gù vẹo cột sống, áp xe. Hodgson [1] mô tả mô hình điển hình trước 412 bệnh nhân, cắt lọc, làm sạch, giải ép tủy và ghép xương tự thân cho kết quả tốt, phục hồi liệt tốt, liền xương cao > 90% và phương pháp này được ứng rộng rãi, nhiều tác giả áp dụng. Tuy nhiên, có một số hạn chế như gãy mảnh xương ghép, di lệch mảnh xương ghép, đặc biệt vẹo gù tiến triển sau mổ với mức độ gù 4 - 16° ngay cả khi ghép xương và đặt nẹp cổ trước [2]. Ứng dụng đặt thân đốt

sống nhân tạo trong LCSC từ 2003, nhiều tác giả đã báo cáo về độ an toàn, chỉnh gù tốt, không bị đào thải và ít biến chứng hơn các dụng cụ khác[3]. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu: "Hiệu quả điều trị phẫu thuật LCSC lỗi trước bằng thay thân đốt sống nhân tạo" với mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị phẫu thuật LCSC lỗi trước bằng thay thân đốt sống nhân tạo.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán LCSC, có biểu hiện lâm sàng và hình ảnh rõ ràng, có chỉ định phẫu thuật và được phẫu thuật lỗi trước. Chia thành 2 nhóm là đối chứng (nhóm I) mổ lỗi trước lấy bỏ hoại tử, giải ép tủy, và ghép xương tự thân. Và nhóm can thiệp (nhóm II) mổ lỗi trước lấy bỏ hoại tử, giải ép, cắt bỏ xương hoại tử sau đó đặt thân đốt sống nhân tạo (ADDplus implants – Anterior distraction device).

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân được chẩn đoán LCSC bằng lâm sàng và hình ảnh điển hình, được phẫu thuật lỗi trước, tuổi > 20, đồng ý tham gia nghiên cứu. Điều trị thuốc chống lao trước và sau phẫu thuật, có thời gian theo dõi đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ: tuổi < 20, chẩn đoán lâm sàng và hình ảnh chưa rõ ràng, điều trị không mổ, mổ lỗi cổ khác.

Thời gian từ 1/2015 đến 30/9/2017..

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện phổi TW.

2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu can thiệp lâm sàng có đối chứng với cỡ mẫu 31 bệnh nhân được chọn ngẫu nhiên phân bảng bắt thăm vào hai nhóm nghiên cứu: nhóm nghiên cứu can thiệp (thay thân đốt sống nhân tạo) và nhóm đối chứng (ghép xương tự thân).

- **Kỹ thuật chọn mẫu nghiên cứu:** khám lâm sàng và cận lâm sàng, khi bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật giải thích rõ cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân. Phân nhóm nghiên cứu theo phương pháp cổ điển, dùng các phong bì thư, bên trong có ghi sẵn 1 trong 2 phương pháp phẫu thuật trên và dán kín. Bệnh nhân hoặc người đại diện hợp pháp của bệnh nhân bắt thăm để lựa chọn phương pháp mổ.

- **Nội dung nghiên cứu:** khám lâm sàng đánh giá mức độ liệt theo bảng phân loại ASIA (hội chẩn thương chỉnh hình Mỹ). Được phân làm 5 loại từ A đến E:

Loại A: liệt hoàn toàn: mất vận động hoặc cảm giác, còn phản xạ đoạn tủy cùng S4, S5.

Loại B: liệt không hoàn toàn: mất vận động còn cảm giác.

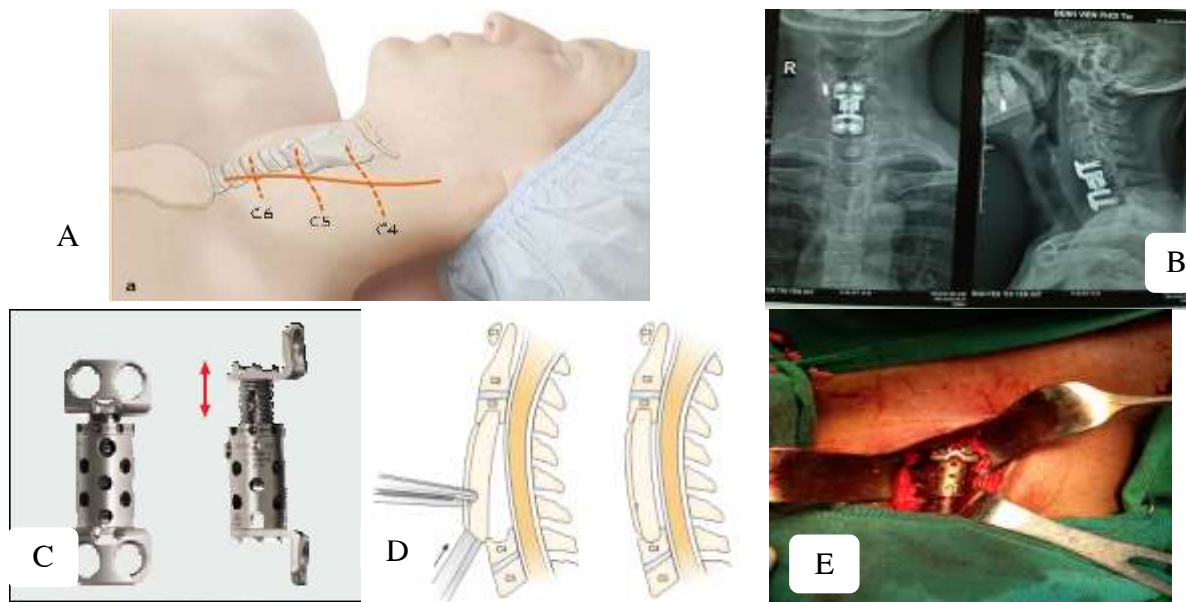
Loại C: vận động còn dưới chỗ tổn thương tủy, 1/2 số cơ dưới chỗ tổn thương có cơ lực dưới 3.

Loại D: vận động còn, 1/2 số cơ dưới chỗ tổn thương có cơ lực trên 3.

Loại E: vận động, cảm giác bình thường.

- Phân loại JOA theo Tetreault và cs năm 2017 [4], chia làm 3 độ: độ 1 (15 - 17 điểm): giảm chức năng thần kinh nhẹ; độ 2 (12 - 14 điểm): giảm chức năng thần kinh trung bình; độ 3 (0 - 11 điểm): giảm chức năng thần kinh nặng.

- Phân loại gù [1]: gù mức độ nhẹ: < 25°; gù nặng 26 – 45°



Hình 1: Các thi phẫu thuật: Đường rạch da (A); thân đốt sống nhân tạo (B); Ghép xương tự thân (C); Đặt thân đốt sống nhân tạo (D); hình ảnh Xquang sau mổ (E).

- **Quản lý số liệu:** bệnh án nghiên cứu được nhập vào phần mềm Microsoft Excel 2010, sau đó chuyển sang phần mềm SPSS 20.0 để phân tích, tính tỷ suất chênh, tỷ lệ phần trăm và hiệu quả can thiệp.

- **Đạo đức nghiên cứu:** được Hội đồng đạo đức bệnh viện Phổi trung ương và Hội đồng thông qua đề cương nghiên cứu sinh của trường Đại học Y Hà Nội cho phép và có sự đồng ý của người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp của người bệnh đồng ý ký vào bản cam kết tham gia nghiên cứu. Người bệnh có thể ra khỏi nghiên cứu bất kỳ thời gian nào khi người bệnh hoặc người đại diện hợp pháp không đồng ý tiếp tục tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Mức độ liệt trước phẫu thuật theo phân loại ASIA của 2 nhóm nghiên cứu

Mức độ liệt thần kinh	Nhóm nghiên cứu				Cộng	
	Can thiệp		Đối chứng			
	n	%	N	%	N	%

ASIA						
Loại A	1	6,2	1	6,7	2	6,5
Loại B	3	18,8	4	26,7	7	22,6
Loại C	8	50,0	3	20,0	11	35,5
Loại D	4	25,0	7	46,7	11	35,5
Cộng	16	51,6	15	48,4	31	100,0

Trong tổng số 31 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân có mức độ liệt thần kinh loại C và D tương đương nhau (35,5%), 22,6% số đối tượng nghiên cứu bị liệt thần kinh loại B và 6,5% đối tượng nghiên cứu liệt loại A (liệt hoàn toàn: mất vận động hoặc cảm giác, còn phản xạ đoạn tủy cùng S4, S5). Ở nhóm can thiệp, 6,2% số đối tượng nghiên cứu có mức độ liệt thần kinh loại A, 18,8% bị liệt thần kinh loại B, 50,0% bị liệt thần kinh loại C và chỉ có 25,0% số bệnh nhân bị liệt thần kinh loại D. Ở nhóm đối chứng, tỷ lệ bệnh nhân bị liệt thần kinh loại chiếm 6,7% đặc biệt tỷ lệ bệnh nhân bị liệt thần kinh loại D chiếm tới 46,7%. Sự khác nhau về mức độ liệt thần kinh giữa nhóm bệnh và nhóm chứng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.2. Hiệu quả can thiệp về mức độ liệt ASIA sau mổ 1 tuần và lần khám cuối cùng

ASIA sau phẫu thuật	Nhóm can thiệp			Nhóm đối chứng			HQ giữa HQ1-HQ2
	Trước	Sau	HQ1	Trước	Sau	HQ2	
Hiệu quả liệt theo ASIA sau mổ 1 tuần							
Loại A	6,2	0,0	100	6,7	0,0	100	100,0
Loại B	18,8	6,2	67,0	26,7	13,3	50,2	25,1
Loại C	50,0	0,0	100	20,0	13,3	33,5	66,5
Loại D	25,0	62,5	150	46,7	26,7	42,8	71,4
Loại E	0,0	31,2	100,0	0,0	46,7	100,0	33,2
Hiệu quả liệt theo ASIA lần khám cuối cùng							
Loại D	25,0	8,3	66,8	46,7	16,7	33,2	50,3
Loại E	0,0	91,7	100,0	0,0	83,3	100,0	9,2

- Hiệu quả can thiệp về mức độ liệt sau phẫu thuật 1 tuần (theo phân loại của ASIA) giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng không có đối tượng nào có mức độ liệt hoàn toàn trong khi đó trước phẫu thuật cả hai nhóm có tỷ lệ bệnh nhân bị liệt hoàn toàn (loại A) chiếm 6,2% và 6,7% tương ứng với từng nhóm nghiên cứu. Hiệu quả can thiệp ở loại E giữa nhóm đối chứng so với nhóm can thiệp là 33,2%. Đối với loại D, hiệu quả can thiệp giữa nhóm can thiệp với nhóm không can thiệp tới 71,4%; loại C hiệu quả can thiệp là 66,5%, loại B là 24,1%, giữa 2 nhóm

can thiệp và nhóm đối chứng không còn đối tượng nào bị liệt loại A (theo phân loại của ASIA), hiệu quả của 2 nhóm đạt tới 100,0%.

- Hiệu quả can thiệp về mức độ liệt (theo phân loại của ASIA) sau phẫu thuật ở những bệnh nhân được khám lần cuối cùng sau quá trình theo dõi giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng, đối với loại E hiệu quả can thiệp giữa nhóm can thiệp với nhóm đối chứng đạt 9,2%; đối với liệt loại D, hiệu quả giữa nhóm can thiệp với nhóm đối chứng đạt 50,2%.

Bảng 3.3. Hiệu quả JOA sau mổ của các bệnh nhân tham gia nghiên cứu

JOA sau phẫu thuật	Nhóm can thiệp			Nhóm đối chứng			HQ giữa HQ1-HQ2
	Trước	Sau	HQ1	Trước	Sau	HQ2	
Hiệu quả JOA theo phân loại Tetreault sau mổ 1 tuần							
Nhe	12,5	68,8	81,8	12,5	40	58,8	16,0
TB	56,2	6,2	89,0	56,2	13,3	76,3	14,2
Nặng	31,2	6,2	80,1	31,2	13,3	57,4	28,4
Hiệu quả JOA theo phân loại Tetreault lần khám cuối cùng							
Nhe	12,5	8,3	33,6	12,5	14,3	12,6	62,5

- Hiệu quả can thiệp về hội chứng tủy cổ phân loại JOA theo Tetraault và cs 2017 sau phẫu thuật 1 tuần giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng bị giảm chức năng TK nặng đạt 28,4%. Hiệu quả can thiệp giữa nhóm can thiệp so với nhóm chứng bị giảm chức năng TK vừa đạt 14,2%. Hiệu quả can thiệp ở nhóm can thiệp sau phẫu thuật 1 tuần bị giảm chức năng TK nhẹ đạt 16,0. Hiệu quả can thiệp giữa nhóm đối chứng và nhóm can thiệp về hội chứng tủy cổ phân loại JOA Tetraault sau phẫu thuật 1 tuần

trở lại bình thường giữa nhóm chứng so với nhóm can thiệp đạt 43,5%.

- Hiệu quả can thiệp về hội chứng tủy cổ phân loại JOA theo Tetraault sau phẫu thuật ở những bệnh nhân được khám lần cuối cùng sau quá trình theo dõi giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng giảm chức năng TK nhẹ đạt 62,5%. Hội chứng tủy cổ phân loại JOA theo Tetraault trở lại bình thường, hiệu quả giữa nhóm can thiệp so với nhóm chứng đạt 6,5%.

Bảng 3.4. Hiệu quả chỉnh gù sau phẫu thuật

Gù sau phẫu thuật	Nhóm can thiệp			Nhóm đối chứng			HQ giữa HQ1-HQ2
	Trước	Sau	HQ1	Trước	Sau	HQ2	
Hiệu quả chỉnh gù sau phẫu thuật 3 tháng							
Nhẹ	87,5	100,0	14,3	86,7	93,9	8,3	41,9
Nặng	12,5	0,0	100,0	13,3	6,7	49,6	50,4
Hiệu quả chỉnh gù sau phẫu thuật khám lần cuối cùng							
Nhẹ	87,5	100,0	14,3	86,7	83,3	3,9	72,5
Nặng	12,5	0,0	100,0	13,3	16,7	25,6	74,4

- Ở nhóm can thiệp (16 đối tượng) trước phẫu thuật có 12,5% bệnh nhân bị gù mức độ nặng, nhưng sau 3 tháng đã không còn bệnh nhân nào bị gù mức độ nặng và 100,0 số đối tượng chỉ còn gù ở mức độ nhẹ. Ở nhóm đối chứng (15 đối tượng) trước phẫu thuật có 13,3% số đối tượng nghiên cứu bị gù mức độ nặng, nhưng sau phẫu thuật 3 tháng, tỷ lệ bệnh nhân bị gù mức độ nặng giảm còn 7,7%. Hiệu quả can thiệp giữa nhóm can thiệp so với nhóm chứng về mức độ gù nặng giảm được 50,4% và mức độ gù nhẹ giảm còn 41,9%. Điều này có nghĩa nếu những bệnh nhân ở nhóm đối chứng điều trị vừa ghép xương và đặt nẹp thì hiệu quả dự phòng gù nặng được 50,4%.

- Sau khám lần cuối cùng, số đối tượng ở nhóm can thiệp được theo dõi còn 12 đối tượng, nhóm đối chứng còn 6 đối tượng. Hiệu quả can thiệp giữa nhóm can thiệp so với nhóm đối chứng về mức độ gù nặng đạt 74,4% và gù nhẹ đạt 72,5%.

IV. BÀN LUẬN

Tổng số 31 bệnh nhân được chọn tham gia nghiên cứu thời gian từ tháng 1/2015 đến 30/9/2017 có 24 nam và 7 nữ, thời gian theo dõi trung bình $17,1 \pm 8,4$ tháng, tuổi trung bình chung $46,5 \pm 15,92$. Có 15 bệnh nhân nhóm đối chứng, 16 bệnh nhân nhóm can thiệp, trong đó nhóm can thiệp $48,1 \pm 15,86$ tuổi, nhóm đối chứng $44,9 \pm 16,37$ tuổi. Sự khác nhau về tuổi giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Những triệu chứng thường gặp nhất là đau và hạn chế vận động cột sống cổ, giật cơ, co cơ cạnh sống, liệt vận động tứ chi, rối loạn cơ tròn [5]. Tầng tổn thương nhiều nhất nhóm can thiệp C5-6 là 43,8% và C6-7 là 25% và nhóm đối chứng là 20% C5-6 và 20% C6-7. Sự khác nhau giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Theo Pan và cs 2016 [5] tầng C4-5 tỉ lệ 40%, C5-6 là 32,6%. Tầng C4-5 gặp nhiều nhất là do tầng này nằm đúng đỉnh góc uốn và chịu lực nhiều nhất của cột sống cổ [3]. Thường gặp nhất là tổn thương 2 thân đốt sống 87,5% và 86,7% ở 2 nhóm. Kết quả này cũng tương đồng với các tác giả T. Shi, Z. Zhang, F. Dai, et al. (2016) [6]. Mô bệnh viêm lao ở nhóm đối chứng là 86,7% và nhóm can thiệp là 93,8% so với cấy vi khuẩn dương tính 66,7% và 81,3%. 3 bệnh nhân mô bệnh viêm hạt nhưng cấy vi khuẩn dương tính. Về hiệu quả điều trị phẫu thuật lỗi trước:

- Hiệu quả cải thiện đau cột sống cổ theo VAS: trung bình trước mổ $5,52 \pm 1,3$ điểm, ở mức độ đau khủng khiếp 18,8% và 26,7% tương

ứng với 2 nhóm nghiên cứu trước mổ, sau mổ cả 2 nhóm không có bệnh nhân nào đau khủng khiếp. Cũng như vậy với mức độ rất đau ở 2 nhóm là 62,5% và 53,3% không gặp bệnh nhân nào sau theo dõi còn đau mức rất đau. Sau theo dõi cuối cùng VAS $0,11 \pm 0,3$ điểm. Sự khác nhau về mức đau không thoải mái giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

- Mức độ liệt hoàn toàn (ASIA: A) của 2 nhóm nghiên cứu là ngang nhau. Hiệu quả sau phẫu thuật giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng với mức liệt loại A là 100%. Không còn bệnh nhân nào liệt loại A sau phẫu thuật. Hiệu quả can thiệp liệt loại D giữa nhóm can thiệp với nhóm chứng là 71,4%. Ở lần khám cuối cùng, hiệu quả can thiệp loại D giữa nhóm can thiệp với nhóm đối chứng đạt 50,2%.

- Hội chứng tủy cổ JOA phân loại theo Tetreault và cs [4] gồm các mức: nhẹ điểm ≥ 15 ; trung bình điểm 12 – 14; và nặng ≤ 11 điểm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi: hiệu quả giữa 2 nhóm can thiệp và đối chứng về JOA đạt 62,5% ở lần khám cuối cùng.

- Hiệu quả chỉnh gù mức độ nhẹ ở nhóm can thiệp 14,3% so với 8,3% ở nhóm đối chứng và mức độ nặng là 100% so với 49,6% ở nhóm đối chứng. Kết quả nghiên cứu của Mao và cs [7] chỉnh gù được 93,8% (từ 29° về $-1,8^\circ$). He Maolin và cs [3] chỉnh gù đạt 68,1%. Tuy nhiên, các tác giả trên mổ giải ép, cắt thân đốt sống và ghép xương tự thân sau đó dùng nẹp chữ H cố định nên mức độ chỉnh gù do ghép xương có thấp hơn.

Biến chứng: không có biến chứng lớn như chấn thương thực quản, khí quản, mạch máu, thần kinh não trong và sau mổ. Các di lệch thân đốt sống đều $< 3\text{mm}$ nhưng không có dấu hiệu lâm sàng nào.

V. KẾT LUẬN

- Hiệu quả khám cuối cùng mức độ liệt loại D ở nhóm can thiệp đạt được 50,3% và loại E đạt 9,2% so với nhóm đối chứng.

- Hiệu quả khám cuối cùng giảm chức năng thần kinh nhẹ ở nhóm can thiệp đạt được 62,5% so với nhóm đối chứng.

- Hiệu quả khám cuối cùng góc gù nhẹ ở nhóm can thiệp đạt được 72,5% và nặng là 74,4% so với nhóm đối chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. A. R. Hodgson, F. E. Stock, H. S. Fang, G. B. Ong (1960). Anterior spinal fusion. The operative approach and pathological findings in 412 patients with Pott's disease of the spine. *Br J Surg*, 48, 172-178.
2. W. Koptan, Y. Elmiligui, M. Elsharkawi

- (2011). Single stage anterior reconstruction using titanium mesh cages in neglected kyphotic tuberculous spondylodiscitis of the cervical spine. *Eur Spine J*, 20(2), 308-313.
3. M. He, H. Xu, J. Zhao, Z. Wang (2014). Anterior debridement, decompression, bone grafting, and instrumentation for lower cervical spine tuberculosis. *Spine J*, 14(4), 619-627.
4. L. Tetreault, B. Kopjar, A. Nouri, et al. (2017). The modified Japanese Orthopaedic Association scale: establishing criteria for mild, moderate and severe impairment in patients with degenerative cervical myelopathy. *Eur Spine J*, 26(1), 78-84.
5. Z. Pan, J. Luo, L. Yu, et al. (2017). Debridement and Reconstruction Improve Postoperative Sagittal Alignment in Kyphotic Cervical Spinal Tuberculosis. *Clin orthop Relat Res*, 475(8), 2084-2091.
6. T. Shi, Z. Zhang, F. Dai, et al. (2016). Retrospective Study of 967 Patients With Spinal Tuberculosis. *Orthopedics*, 39(5), e838-843.
7. N. Mao, Z. Shi, H. Ni, et al. (2013). Long-term outcomes of one-stage anterior debridement, bone grafting, and internal fixation for the treatment of lower cervical tuberculosis with kyphosis. *Br J Neurosurg*, 27(2), 160-166.

VAI TRÒ CỦA SIÊU ÂM TIM TRONG ĐÁNH GIÁ ÁP LỰC CUỐI TÂM TRƯỞNG THẤT TRÁI Ở BỆNH NHÂN CÓ PHÂN SUẤT TỔNG MÁU THẤT TRÁI GIẢM

Trần Lê Uyên Phương¹, Trần Nguyễn Phương Hải¹, Hoàng Văn Sỹ^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát vai trò của siêu âm tim qua thành ngực trong đánh giá áp lực cuối tâm trương thất trái so với thông tim trái ở bệnh nhân có phân suất tổng máu thất trái giảm. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả 29 trường hợp siêu âm tim đánh giá áp lực cuối tâm trương thất trái ở bệnh nhân có phân suất tổng máu thất trái < 50% và so sánh với giá trị áp lực đo trực tiếp khi chụp mạch vành theo chương trình ngay sau siêu âm tim. **Kết quả:** Trong 29 bệnh nhân có phân suất tổng máu thất trái < 50%, có mối tương quan chặt giữa tỉ số E/e' trung bình ($r = 0,767$, $p < 0,001$), E/e' vách ($r = 0,725$, $p < 0,001$), E/e' thành bên ($r = 0,590$, $p = 0,001$), vận tốc đỉnh dòng hở van ba lá ($r = 0,655$, $p < 0,001$) với áp lực cuối tâm trương thất trái. Phối hợp các thông số siêu âm tim theo khuyến cáo 2016 của Hội Siêu âm tim Hoa Kỳ và Hội Hình ảnh Tim mạch châu Âu cho phép chẩn đoán tăng áp lực cuối tâm trương thất trái với độ nhạy 76,2%, độ đặc hiệu 87,5%. **Kết luận:** Siêu âm tim qua thành ngực là một phương tiện không xâm lấn cho phép ước lượng tăng áp lực cuối tâm trương thất trái đáng tin cậy ở nhóm bệnh nhân có phân suất tổng máu thất trái < 50%.

Từ khóa: áp lực cuối tâm trương thất trái, siêu âm tim, thông tim trái.

SUMMARY

THE ROLE OF ECHOCARDIOGRAPHY IN ESTIMATION LEFT VENTRICULAR END

¹Bệnh viện Chợ Rẫy,

²Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Lê Uyên Phương

Email: tuyenphuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 4.4.2018

Ngày duyệt bài: 12.4.2018

DIASTOLIC PRESSURE IN PATIENTS WITH LEFT VENTRICULAR EJECTION FRACTION

Objectives: The purpose of this study was to examine the role of transthoracic echocardiography in evaluation left ventricular end diastolic pressure comparing with left heart catheterization. **Methods:** This is a cross sectional prospective study consisting of 29 patients underwent transthoracic echocardiography evaluating left ventricular diastolic pressure right before elective coronarography. **Results:** In 29 patients with left ventricular ejection fraction < 50%, there were significant tight correlations between mean E/e' ($r = 0,767$, $p < 0,001$), septal E/e' ($r = 0,725$, $p < 0,001$), lateral E/e' ($r = 0,590$, $p = 0,001$), maximal tricuspid regurgitation velocity ($r = 0,655$, $p < 0,001$) and left ventricular end diastolic pressure. The recommendations for evaluation of left ventricular diastolic function by echocardiography from the American Society of Echocardiography and the European Association of Cardiovascular Imaging in 2016 permitted diagnosis of elevated left ventricular end diastolic pressure with 76,2% sensitivity and 87,5% specificity. **Conclusions:** The transthoracic echocardiography is a reliable non invasive method for estimating elevated left end diastolic pressure in patients with ejection fraction < 50%.

Key words: left ventricular end diastolic pressure, echocardiography, left cardiac catheterisation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đánh giá chức năng tâm trương và áp lực đổ đầy thất trái giữ vai trò quan trọng trong lâm sàng, đặc biệt trên bệnh nhân khó thở hoặc suy tim [5], [7]. Mặc dù thông tim là tiêu chuẩn vàng để đánh giá áp lực đổ đầy thất trái nhưng vì tính chất xâm lấn nên trên lâm sàng khó có thể sử dụng thường quy để chỉ đơn thuần đánh giá áp lực đổ đầy thất trái. Siêu âm tim qua thành ngực là phương pháp không xâm lấn nhằm thay thế

cho thông tim trong đánh giá chức năng tâm trương và áp lực đổ đầy thất trái. Tại Việt Nam hiện chưa có khuyến cáo về ước lượng áp lực đổ đầy thất trái bằng siêu âm tim và cũng chưa có nghiên cứu nào được công bố về đề tài này. Vì thế chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá vai trò của các thông số siêu âm tim trong đánh giá áp lực cuối tâm trương thất trái trên bệnh nhân có phân suất tổng máu thất trái giảm.

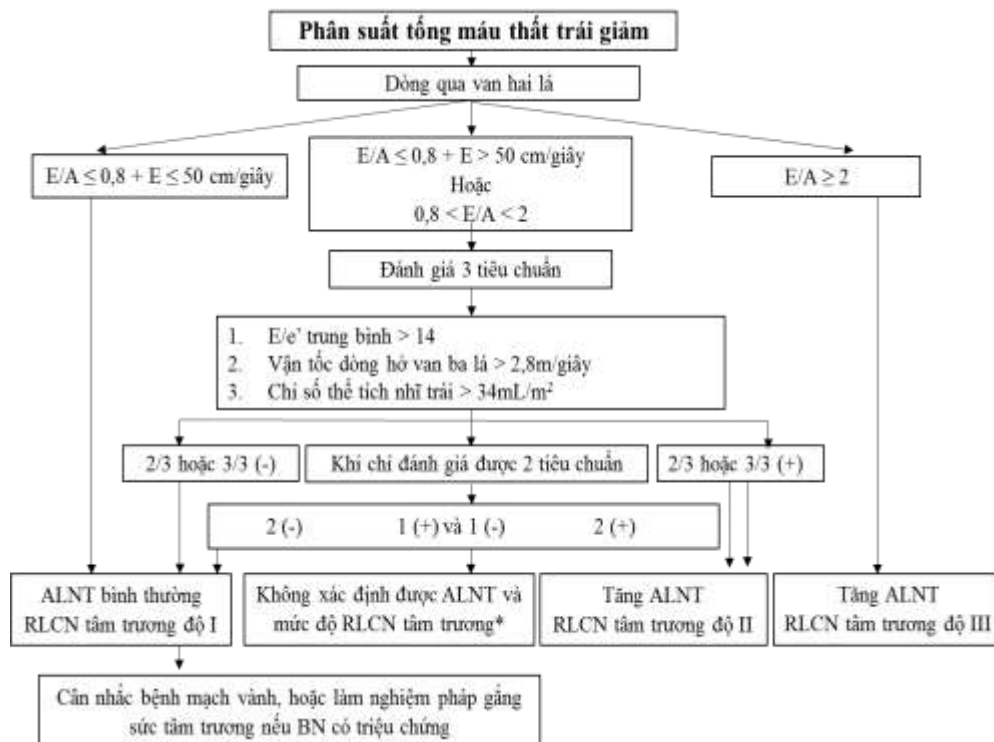
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là nghiên cứu cắt ngang mô tả thực hiện trên 29 bệnh nhân có phân suất tổng máu thất trái < 50% (Simpson) và có chỉ định chụp mạch vành chương trình tử thối 1/2017 đến tháng 5/2017 tại khoa Tim mạch can thiệp Bệnh viện Chợ Rẫy. Các bệnh nhân này được siêu âm tim qua thành ngực đánh giá áp lực cuối tâm trương thất trái ngay trước khi được chụp mạch vành và đo áp lực cuối tâm trương thất trái trực tiếp bằng ống thông pigtail 5F. Bệnh nhân được loại trừ ra khỏi nghiên cứu nếu chất lượng hình ảnh siêu âm kém, không phải nhịp xoang, hoặc có nhịp chậm xoang (< 60 lần/phút) hoặc nhịp nhanh xoang (>100 lần/phút), huyết áp tâm thu

< 90mmHg hoặc > 180mmHg, đang dùng thuốc vận mạch, có bệnh van tim có ý nghĩa như hẹp hở van hai lá từ trung bình đến nặng, hẹp hở van động mạch chủ từ trung bình đến nặng, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Siêu âm tim: Bệnh nhân được siêu âm tim qua thành ngực trước thủ thuật bởi hai bác sĩ bằng máy siêu âm Phillips CX 50, đầu dò S5-1 (5 - 1 MHz). Các thông số siêu âm thường quy và các thông số đánh giá áp lực cuối tâm trương thất trái theo hướng dẫn 2016 của Hội Siêu âm tim Hoa Kỳ và Hội Hình ảnh Tim mạch châu Âu (Sơ đồ 1). Các giá trị này được đo tại nhiều chu chuyển tim khác nhau và lấy giá trị trung bình.

Thông tim: Thông tim trái được thực hiện bằng ống thông Pigtail 5F qua đường động mạch quay hoặc động mạch đùi để ghi nhận áp lực thất trái. Áp lực cuối tâm trương thất trái được đo ở điểm đáy sau sóng A trước pha tăng nhanh của áp lực thất trái do thì tâm thu đẳng tích. Áp lực được ghi khi bệnh nhân hít thở bình thường và lấy giá trị trung bình của 3 chu chuyển tim. Áp lực cuối tâm trương thất trái tăng khi $\geq 16\text{mmHg}$ [5].



Sơ đồ 1: Chẩn đoán rối loạn chức năng tâm trương thất trái và ước lượng áp lực đổ đầy thất trái khi phân suất tổng máu thất trái giảm theo hướng dẫn 2016 của Hội Siêu âm tim Hoa Kỳ và Hội Hình ảnh Tim mạch châu Âu. (ALNT: áp lực nhĩ trái, RLCN: rối loạn chức năng, *: Tỷ số S/D tại tĩnh mạch phổi < 1 có thể sử dụng để kết luận tăng ALNT trên bệnh nhân có phân suất tổng máu thất trái giảm).

Thông kê: Số liệu nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các phép kiểm có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$. Các giá trị độ nhạy độ đặc hiệu, giá trị dự đoán dương và âm của các thông số siêu âm được tính so với tiêu chuẩn vàng là thông tim. Mỗi tương quan của các biến số được tính bằng hệ số tương quan Pearson nếu là phân phối chuẩn và hệ số tương quan Spearman nếu phân phối không chuẩn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 29 bệnh nhân có phân suất

tổng máu giảm $< 50\%$, trong đó có 8 bệnh nhân (27,4%) có áp lực cuối tâm trương thất trái bình thường $\leq 16\text{mmHg}$, và 21 bệnh nhân (27,6%) có áp lực cuối tâm trương thất trái tăng $> 16\text{mmHg}$.

Trong số các thông số siêu âm khảo sát, đối với vận tốc đỉnh dòng hở van ba lá chỉ thu thập được 27/29 bệnh nhân (93,1%), đối với dòng tĩnh mạch phổi chỉ ghi nhận được 26/29 bệnh nhân (89,7%). Các thông số khác đều được thu thập đầy đủ 29/29 bệnh nhân (Bảng 1).

Bảng 1. Các thông số siêu âm tim giữa hai nhóm

Thông số	Điểm cắt	ALCTTrTT $> 16\text{mmHg}$ n (%)	ALCTTrTT $\leq 16\text{mmHg}$; n (%)	p
E/A	$E/A \leq 0,8$	8 (27,6%)	5 (17,2%)	0,20
	$0,8 < E/A < 2$	7 (24,1%)	3 (10,3%)	
	$E/A \geq 2$	6 (20,7%)	0 (0%)	
Vận tốc E (cm/s)	$E \leq 50$	2 (6,9%)	4 (13,8%)	0,03
	$E > 50$	19 (65,5%)	4 (13,8%)	
Phối hợp E/A và E (cm/s)	$E/A \leq 0,8 + E \leq 50$	1 (3,4%)	4 (13,8%)	0,01
	$E/A \leq 0,8 + E > 50$ Hoặc $0,8 < E/A < 2$	14 (48,3%)	4 (13,8%)	
	$E/A \geq 2$	6 (20,7%)	0 (0%)	
E/e' trung bình	> 14	16 (55,2%)	0 (0%)	$< 0,001$
	≤ 14	5 (17,2%)	8 (27,6%)	
TR Vmax (m/s)	$> 2,8$	8 (29,6%)	7 (25,9%)	0,008
	$\leq 2,8$	12 (44,4%)	0 (0%)	
LAVi (ml/m ²)	> 34	11 (37,9%)	2 (6,9%)	0,23
	≤ 34	10 (34,5%)	6 (20,7%)	

Trong số các thông số khảo sát, có bốn thông số có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có áp lực cuối tâm trương thất trái bình thường và tăng như: vận tốc sóng E $< 50\text{ cm/s}$ ($p = 0,03$), phối hợp E/A và vận tốc sóng E ($p = 0,01$), E/e' trung bình > 14 ($p < 0,001$), vận tốc đỉnh dòng hở van ba lá ($p = 0,008$). Tuy nhiên, các thông số E/A, chỉ số thể tích nhĩ trái $> 34\text{ml/m}^2$, DT $> 240\text{ ms}$, Ar - A > 0 thì không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm áp lực cuối tâm trương thất trái bình thường và tăng.

Khảo sát mối tương quan giữa các thông số siêu âm với áp lực cuối tâm trương thất trái, kết quả cho thấy có ba thông số có mối tương quan cao với áp lực cuối tâm trương thất trái, đó là tỉ số E/e' trung bình và E/e' vách, vận tốc dòng hở van ba lá; có ba thông số có mối tương quan trung bình với áp lực cuối tâm trương thất trái, đó là E/e' thành bên, vận tốc e' tại vách, vận tốc e' tại thành bên. Chỉ số thể tích nhĩ trái có mối tương quan yếu ($r = 0,245$) và không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,201$). Và khi phối hợp các thông số bằng cách sử dụng hướng dẫn 2016 của Hội

Siêu âm Hoa Kỳ và Hội Hình ảnh Tim mạch châu Âu thì chúng tôi ghi nhận có mối tương quan trung bình ($r = 0,578$, $p = 0,001$) (Bảng 2).

Bảng 2: Mối tương quan của siêu âm tim với áp lực cuối tâm trương thất trái ở mẫu nghiên cứu có phân suất tổng máu thất trái $< 50\%$

Thông số siêu âm	r	p
e' thành bên (cm/s)	-0,506	0,005
E/e' thành bên	0,590	0,001
e' vách (cm/s)	-0,527	0,003
E/e' vách	0,725	$< 0,001$
E/e' trung bình	0,767	$< 0,001$
LAVi (ml/m ²)	0,245	0,201
TR Vmax (m/s)	0,655	$< 0,001$
Phối hợp các thông số	0,578	0,001

Khi đối chứng với kết quả thông tim trái, có hai thông số siêu âm có độ nhạy và độ đặc hiệu cao nhất, đó là tỉ số E/e' vách > 15 và E/e' trung bình > 14 . Phối hợp các thông số để ước lượng tăng áp lực cuối tâm trương thất trái mang lại độ nhạy 76,2%, độ đặc hiệu 87,5%, giá trị tiên đoán dương 94,1%, giá trị tiên đoán âm 58,3%, độ chính xác 79,3% (Bảng 3).

Bảng 3: Giá trị của các thông số siêu âm tim trong ước lượng tăng áp lực cuối tâm trương thất trái ở mẫu nghiên cứu có phân suất tổng máu thất trái < 50%

Thông số	Điểm cắt	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Giá trị tiên đoán dương (%)	Giá trị tiên đoán âm (%)	Độ chính xác (%)
E (cm/s)	> 50	90,5	50	82,6	66,7	79,3
E/A	< 0,8	38,1	37,5	61,5	18,6	37,9
E/A	> 2	28,6	100	100	34,8	48,3
E/e' thành bên	> 13	52,4	75	84,6	37,5	58,6
E/e' vách	> 15	76,2	100	100	61,5	82,8
E/e' trung bình	> 14	76,2	100	100	61,5	82,8
LAVi (ml/m ²)	> 34	52,4	75	84,6	37,5	58,6
TR Vmax (m/s)	> 2,8	60	100	100	46,7	70,4
Phối hợp		76,2	87,5	94,1	58,3	79,3

Hướng dẫn 2016 của Hội Siêu âm tim Hoa Kỳ và Hội Hình ảnh Tim mạch châu Âu cho phép chúng tôi chẩn đoán đúng được 16/21 bệnh nhân (76,2%) có áp lực cuối tâm trương thất trái tăng và 7/8 bệnh nhân (87,5%) có áp lực cuối tâm trương thất trái bình thường trong nhóm bệnh nhân có phân suất tổng máu < 50% (Bảng 4).

Bảng 4. Ước lượng tăng ALCTTrTT theo hướng dẫn 2016 của Hội Siêu âm tim Hoa Kỳ và Hội Hình ảnh Tim mạch châu Âu ở nhóm có PSTMTT < 50%

		Thông tin		Tổng
		ALCTTrTT ≥ 16 mmHg	ALCTTrTT < 16 mmHg	
Siêu âm	ALCTTrTT tăng	16 (76,2%)	1 (12,5%)	17 (58,6%)
	ALCTTrTT không tăng	5 (23,8%)	7 (87,5%)	12 (41,4%)
Tổng		21 (100%)	8 (100%)	29 (100%)

Như vậy, đối với bệnh nhân có phân suất tổng máu thất trái < 50%, hướng dẫn 2016 của Hội Siêu âm tim Hoa Kỳ và Hội Hình ảnh Tim mạch châu Âu để ước lượng tăng áp lực cuối tâm trương thất trái mang lại độ nhạy 76,2%, độ đặc hiệu 87,5%, giá trị tiên đoán dương 94,1%, giá trị tiên đoán âm 58,3%, độ chính xác 79,3% (Bảng 5). Điều này thực sự có ý nghĩa trong thực hành lâm sàng vì việc chẩn đoán tăng áp lực cuối tâm trương thất trái có độ đặc hiệu cao trong nhóm bệnh nhân có phân suất tổng máu thất trái thấp giúp hướng dẫn điều trị tốt hơn.

Bảng 5. Giá trị của siêu âm tim trong ước lượng ALCTTrTT

	Giá trị	Khoảng tin cậy 95%
Độ nhạy	76,2%	54,9 – 89,3%

Độ đặc hiệu	87,5%	52,9 – 97,7%
Giá trị tiên đoán dương	94,1%	73,0 – 99,0%
Giá trị tiên đoán âm	58,3%	31,9 – 80,7%
Độ chính xác	79,3%	61,6 – 90,1%

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong nhóm bệnh nhân có phân suất tổng máu thất trái < 50%, siêu âm tim qua thành ngực là một phương tiện không xâm lấn đáng tin cậy để đánh giá tăng áp lực cuối tâm trương thất trái. Đáng lưu ý là thông số liên quan đến Doppler mô như chỉ số E/e' trung bình > 14 có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán tăng áp lực cuối tâm trương thất trái. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Nagueh và cộng sự [6] trên bệnh nhân suy tim mất bù sử dụng điểm cắt E/e' trung bình > 15 và mang lại độ nhạy 89%, độ đặc hiệu 91% cho chẩn đoán tăng áp lực động mạch phổi bất trung bình > 15mmHg. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nếu dời điểm cắt của E/e' trung bình lên mức > 15 thì sẽ chẩn đoán tăng áp lực cuối tâm trương thất trái với độ nhạy 57,1%, độ đặc hiệu 100%, độ chính xác 69%. Nghiên cứu của Estep và cộng sự sử dụng điểm cắt E/e' trung bình > 14 cho chẩn đoán tăng áp lực động mạch phổi bất > 15mmHg mang lại độ nhạy 79%, độ đặc hiệu 62% [3]. Việc sử dụng kết hợp các thông số theo hướng dẫn 2016 của Hội Siêu âm tim Hoa Kỳ và Hội Hình ảnh học Tim mạch châu Âu để chẩn đoán tăng áp lực đổ đầy thất trái trên nhóm bệnh nhân có phân suất tổng máu thất trái < 50% của chúng tôi mang lại độ nhạy 76,2%, độ đặc hiệu 87,5%, giá trị tiên đoán dương 94,1%, giá trị tiên đoán âm 58,3%, độ chính xác 79,3%. Độ nhạy này tương đương với độ nhạy của chỉ số E/e' trung bình và E/e' vách, hơn nữa, độ đặc

hiệu 100% của 2 chỉ số này còn cao hơn. Vì vậy, chúng tôi nghĩ rằng trong trường hợp khó thu thập các dữ liệu khác, có thể sử dụng thông số E/e' vách > 15 và E/e' trung bình > 14 để đơn giản hóa quy trình chẩn đoán mà vẫn mang lại độ nhạy tương tự với độ đặc hiệu cao hơn cho chẩn đoán tăng áp lực cuối tâm trương thất trái.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, chỉ số thể tích nhĩ trái có mối tương quan yếu ($r = 0,25$) với áp lực cuối tâm trương thất trái và không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,201$) và việc sử dụng điểm cắt > 34ml/m² để chẩn đoán tăng áp lực cuối tâm trương thất trái mang lại độ nhạy 52,4% và độ đặc hiệu 75%. Nghiên cứu của chúng tôi thu nhận chủ yếu bệnh nhân có bệnh tim thiếu máu cục bộ trong đó có cả hội chứng vành cấp nên có thể nhĩ trái chưa có đủ thời gian để bị tái cấu trúc do tăng áp lực đổ đầy thất.

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của vận tốc đỉnh dòng hở van ba lá giữa nhóm có áp lực cuối tâm trương thất trái bình thường và tăng với $p = 0,008$. Vận tốc đỉnh dòng hở van ba lá cũng có mối tương quan trung bình với áp lực cuối tâm trương thất trái ($r = 0,655$, $p < 0,001$). Với điểm cắt > 2,8 m/s, vận tốc đỉnh dòng hở van ba lá cho phép chẩn đoán tăng áp lực cuối tâm trương thất trái với độ nhạy 60%, độ đặc hiệu 100%, giá trị tiên đoán dương 100%, giá trị tiên đoán âm 46,7%, độ chính xác của chẩn đoán là 70,4%. Điểm cắt áp lực tâm thu động mạch phổi > 35mmHg cho phép Nagueh và cộng sự chẩn đoán tăng áp lực động mạch phổi bất > 15mmHg với độ nhạy 85%, độ đặc hiệu 92%. Tuy nhiên, vì siêu âm đánh giá áp lực tâm thu động mạch phổi chủ yếu dựa vào đo vận tốc dòng hở van ba lá và ước tính áp lực nhĩ phải (áp lực tâm thu động mạch phổi bằng tổng của áp lực nhĩ phải và bình phương vận tốc đỉnh dòng hở van ba lá) nên áp lực tâm thu động mạch phổi sẽ chịu thêm một yếu tố phụ thuộc nữa là áp lực nhĩ phải. Mà áp lực nhĩ phải lại được ước tính từ kích thước tĩnh mạch chủ dưới và sự thay đổi theo hô hấp nên sử dụng áp lực tâm thu động mạch phổi để ước lượng tăng áp lực cuối tâm trương thất trái sẽ chịu hai yếu tố nhiễu ảnh hưởng. Đó cũng là lý do khuyến cáo 2016 của Hội Siêu âm tim Hoa Kỳ và Hội Hình ảnh Tim mạch châu Âu chọn vận tốc đỉnh dòng hở van ba lá để ước lượng áp lực cuối tâm trương thất trái để làm giảm yếu tố nhiễu. Điểm cắt vận tốc 2,8m/s tương đương với áp lực 31mmHg khi chưa cộng với áp lực nhĩ phải và hiện chưa có thêm một nghiên cứu đối chứng siêu âm – thông tim nào khảo sát giá trị của điểm cắt vận tốc này trong ước lượng tăng

áp lực cuối tâm trương thất trái.

Mặc dù riêng áp lực cuối tâm trương thất trái không phải là yếu tố nguy cơ độc lập cho tiên lượng tử vong dài hạn cho tất cả bệnh nhân nhưng khi phân suất tống máu giảm đáng kể thì tăng áp lực cuối tâm trương thất trái trở thành yếu tố tiên lượng giảm tỉ lệ sống còn dài hạn.

V. KẾT LUẬN

Siêu âm tim là một phương tiện không xâm lấn cho phép ước lượng tăng áp lực cuối tâm trương thất trái đáng tin cậy ở nhóm bệnh nhân có phân suất tống máu thất trái < 50%. Đặc biệt các thông số E/e' trung bình, vận tốc đỉnh dòng hở van ba lá, chỉ số thể tích nhĩ trái là các thông số có giá trị trong chẩn đoán tăng áp lực cuối tâm trương thất trái.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Appleton C. P., Galloway J. M., Gonzalez M. S. et al. (1993)**, "Estimation of left ventricular filling pressures using two-dimensional and Doppler echocardiography in adult patients with cardiac disease. Additional value of analyzing left atrial size, left atrial ejection fraction and the difference in duration of pulmonary venous and mitral flow velocity at atrial contraction". *J Am Coll Cardiol*, 22(7), pp. 1872-82.
2. **Dokainish H., Nguyen. J. S., Bobek J. et al. (2011)**, "Assessment of the American Society of Echocardiography-European Association of Echocardiography guidelines for diastolic function in patients with depressed ejection fraction: an echocardiographic and invasive haemodynamic study". *Eur J Echocardiogr*, 12(11), pp. 857-64.
3. **Estep J. D., Vivo R. P., Krim S. R. et al. (2014)**, "Echocardiographic Evaluation of Hemodynamics in Patients With Systolic Heart Failure Supported by a Continuous-Flow LVAD". *Journal of American College of Cardiology*, 64(12), pp. 1231-1241.
4. **Nagendran J., Norris C. M., Appoo J. J. et al. (2014)**, "Left ventricular end-diastolic pressure predicts survival in coronary artery bypass graft surgery patients". *Ann Thorac Surg*, 97(4), pp. 1343-7.
5. **Nagueh S. F., Appleton C. P., Gillebert T. C. et al. (2009)**, "Recommendations for the Evaluation of Left Ventricular Diastolic Function by Echocardiography". *Journal of American Society of Echocardiography*, 22(2), pp. 107-133.
6. **Nagueh S. F., Bhatt R., Vivo. R. P., et al. (2011)**, "Echocardiographic evaluation of hemodynamics in patients with decompensated systolic heart failure". *Circ Cardiovasc Imaging*, 4(3), pp. 220-7.
7. **Nagueh S. F., Smiseth O. A., Appleton C. P. et al. (2016)**, "Recommendations for the Evaluation of Left Ventricular Diastolic Function by Echocardiography: An Update from the American Society of Echocardiography and the European Association of Cardiovascular Imaging". *J Am Soc Echocardiogr*, 29(4), pp. 277-314.

HIỆU QUẢ CAN THIỆP TƯ VẤN DINH DƯỠNG VÀ CUNG CẤP CHẾ ĐỘ ĂN CHO NGƯỜI BỆNH THẬN NHÂN TẠO CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Trần Khánh Thu¹, Lê Bạch Mai², Phạm Thị Dung³, Phạm Thị Tĩnh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả can thiệp tư vấn dinh dưỡng và cung cấp chế độ ăn cho người bệnh chạy thận nhân tạo chu kỳ tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình. **Phương pháp:** Tiến hành nghiên cứu can thiệp lâm sàng. **Kết luận:** Xây dựng được quy trình trong chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh thận nhân tạo. Tỷ lệ người bệnh thiếu năng lượng trường diễn trước can thiệp là 37,1% , sau can thiệp tư vấn dinh dưỡng là 35%, sau can thiệp cung cấp khẩu phần là 30,7%. Tỷ lệ người bệnh tỷ lệ người bệnh có mức albumin huyết thanh thấp giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ sau can thiệp cung cấp khẩu phần. Tỷ lệ người bệnh có mức Prealbumin thấp sau can thiệp tư vấn dinh dưỡng là 81,4%, sau khi can thiệp cung cấp khẩu phần là 8,6%. tỷ lệ sắt huyết thanh thấp là 27,1%, sau can thiệp tư vấn dinh dưỡng là 21,4%.

Từ khóa: Người bệnh chạy thận nhân tạo chu kỳ; Tư vấn dinh dưỡng; Chế độ ăn

SUMMARY

EFFECTIVELY INTERVENE NUTRITIONAL COUNSELING AND PROVIDE DIET FOR HEMODIALYSIS PATIENTS AT THAI BINH GENERAL HOSPITAL

Objectives: Evaluate the effectiveness of nutritional intervention counseling and provide diet for hemodialysis patients at Thai Binh General Hospital.

Methods: Conduct a clinical intervention study.

Conclusion: Building a process in nutritional care for patients with renal disease. The prevalence of chronic energy deficiency was 37,1%, 35% after nutrition intervention, and 30,7% after intervention. Proportion of patients with low serum albumin level decreased significantly with $p < 0,05$ after diet intervention. The prevalence of low prevalence was 81,4%, after a dietary intervention of 8,6%. Low serum iron was 27,1%, after nutrition counseling was 21,4%.

Key words: Hemodialysis patients; Nutrition consulting; Diet

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]. 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. Đặc biệt đối với người bệnh thận mạn tính có lọc máu chu kỳ thường có tình trạng dinh dưỡng kém, sút cân do chán ăn, ăn kiêng nên giảm lượng thức ăn, cộng với tình trạng tăng dị hóa nên dễ dẫn đến hội chứng suy mòn protein năng lượng (protein energy wasting-PEW). Khi người bệnh bị hội chứng này sẽ làm tăng nguy cơ mắc các biến chứng, giảm thời gian sống của người bệnh. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với các mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả can thiệp tư vấn dinh dưỡng và cung cấp chế độ ăn cho người bệnh chạy thận nhân tạo chu kỳ tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng và địa bàn nghiên cứu: Người bệnh, người nhà người bệnh suy thận mạn lọc máu chu kỳ nhập viện điều trị nội trú tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 7/2015 đến tháng 6/2016

Thiết kế nghiên cứu: Tiến hành nghiên cứu can thiệp lâm sàng.

¹Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình

²Viện Dinh dưỡng Quốc gia

³Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Trần Khánh Thu

Email: khanhthuh@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2018

Ngày duyệt bài: 28.4.2018

Cỡ mẫu nghiên cứu: Cỡ mẫu tối thiểu theo tính toán là 127 đối tượng. Trên thực tế chúng tôi can thiệp 140 đối tượng.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn nhóm can thiệp là toàn bộ người bệnh chạy thận nhân tạo chu kỳ nhập viện điều trị tại khoa thận nhân tạo bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình. Đây là nhóm đối tượng độc lập với nhóm 400 đối tượng chọn trong điều tra ban đầu. Bởi vì đây là nhóm bệnh nhân nằm viện, còn nhóm đối tượng điều tra ban đầu được lựa chọn từ danh sách bệnh nhân nhập viện.

**Thiết kế các quy trình chăm sóc dinh dưỡng*

- Xây dựng quy trình chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh

+ Quy trình sàng lọc, đánh giá tình trạng dinh dưỡng

+ Quy trình tư vấn dinh dưỡng
+ Quy trình báo ăn và cung cấp suất ăn
- Xây dựng bảng mô tả công việc liên quan đến chăm sóc dinh dưỡng cho bác sỹ điều trị, điều dưỡng viên (bảng công việc này được mô tả lồng ghép vào cùng các nội dung quy trình chăm sóc dinh dưỡng)

- Xây dựng bảng kiểm đánh giá công tác chăm sóc dinh dưỡng bác sỹ điều trị, điều dưỡng viên.

- Xây dựng một số khẩu phần ăn mẫu cho người bệnh

- Thiết kế các nội dung tư vấn dinh dưỡng cho người bệnh tại 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. Kết quả áp dụng nhóm biện pháp truyền thông

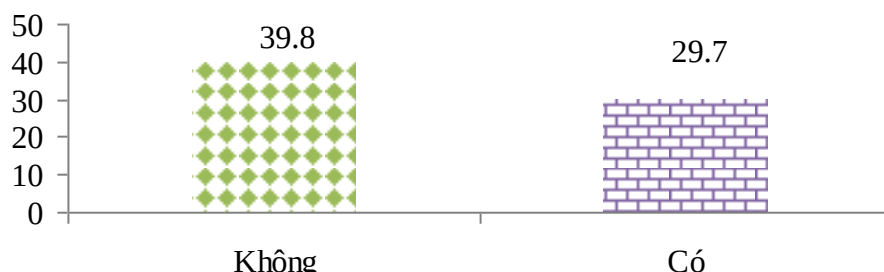
STT	Nội dung hoạt động	Thời điểm thực hiện	Kết quả thực hiện
1	Xây dựng các quy trình chăm sóc dinh dưỡng, lập phiếu sàng lọc, đánh giá TTDD	Sau điều tra cắt ngang năm 2014	- Các quy trình được xây dựng và áp dụng - Phiếu sàng lọc và đánh giá được áp dụng cho 100% người bệnh
2	Xây dựng tài liệu tư vấn dinh dưỡng. Tập huấn cho bác sỹ, điều dưỡng khoa thận nhân tạo và khoa Dinh dưỡng về quy trình chăm sóc dinh dưỡng, hướng dẫn đánh giá TTDD, tư vấn dinh dưỡng.	Sau điều tra cắt ngang năm 2015	- Tài liệu truyền thông được xây dựng là một quyển bảng ảnh lựa chọn thực phẩm chuyển đổi - Tổ chức 1 đợt tập huấn riêng cho cán bộ y tế
3	Tư vấn dinh dưỡng cho người bệnh, người nhà người bệnh	- Thực hiện khi bắt đầu can thiệp truyền thông	- Thực hiện tư vấn cá thể 2 đợt khi bắt đầu can thiệp truyền thông và khi thực hiện cung cấp suất ăn. - Tư vấn dinh dưỡng theo nhóm được nhắc lại 1 tháng/lần trong các buổi họp hội đồng người bệnh
4	Tổ chức bữa ăn thị phạm	- Thực hiện khi bắt đầu cung cấp suất ăn	- 10 buổi chế biến bữa ăn mẫu cho 10 nhóm người bệnh.

Bảng trên trình bày các nội dung hoạt động truyền thông. Nghiên cứu đã thực hiện cả phương pháp truyền thông trực tiếp và gián tiếp. Nhóm cán bộ y tế được tổ chức tập huấn các kiến thức về chăm sóc dinh dưỡng, đặc biệt là kiến thức, kỹ năng tư vấn dinh dưỡng. Đối với nhóm người bệnh và người nhà người bệnh, nghiên cứu thực hiện cả phương pháp truyền thông trực tiếp bằng tư vấn cá thể và truyền thông gián tiếp lồng ghép thông qua các buổi họp hội đồng người bệnh.

Bảng 3.2. Kết quả cải thiện tình trạng dinh dưỡng người bệnh theo chỉ số khối cơ thể BMI

Chỉ số BMI	Trước can thiệp (1)(n=140)		Sau can thiệp Tư vấn (2)(n=140)		Sau can thiệp cung cấp KP (3) (n=140)		P
	SL	%	SL	%	SL	%	
Thiếu cân	52	37,1	49	35,0	43	30,7	p(1,2)>0,05 p(1,3)<0,05
Bình thường	80	57,1	88	62,9	94	67,1	
Thừa cân	8	5,7	3	2,2	3	2,2	

Kết quả bảng 3.2 cho thấy tỷ lệ người bệnh có BMI ở mức độ bình thường trước can thiệp là 57,1%, sau thiệp tư vấn khẩu phần là 62,9%, sau can thiệp cung cấp khẩu phần là 67,1%. Tỷ lệ người bệnh thiếu cân trước can thiệp là 37,1%, sau can thiệp tư vấn dinh dưỡng là 35%, sau can thiệp cung cấp khẩu phần là 30,7%. Tỷ lệ thừa cân trước can thiệp là 5,7%, sau can thiệp tư vấn dinh dưỡng và cung cấp khẩu phần là 2,2%, tình trạng dinh dưỡng của người bệnh trước can thiệp và sau can thiệp cung cấp khẩu phần có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn của người bệnh theo nhóm có và không ăn thêm bữa phụ

Qua biểu đồ 3.4 cho thấy nhóm có ăn thêm bữa phụ có tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn là 29,7% thấp hơn so với nhóm không ăn là 39,8%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.4. Kết quả cải thiện tình trạng dinh dưỡng trước sau can thiệp đánh giá qua công cụ SGA/MNA

Tình trạng dinh dưỡng	Trước can thiệp (1)(n=140)		Sau can thiệp Tư vấn (2) (n=140)		Sau can thiệp cung cấp KP (3) (n=140)		P
	SL	%	SL	%	SL	%	
Bình thường	71	50,7	71	50,7	95	67,9	p(1,2)>0,05 p(1,3)<0,05
SDD nhẹ, trung bình	60	42,8	62	44,3	39	27,9	
SDD nặng	9	6,4	7	5,0	6	4,3	

Kết quả bảng 3.4 cho thấy tỷ lệ người bệnh không có nguy cơ suy dinh dưỡng trước và sau can thiệp tư vấn dinh dưỡng là 50,7%, sau can thiệp cung cấp khẩu phần tỷ lệ này là 67,9%. Tỷ lệ người bệnh có nguy cơ suy dinh dưỡng mức độ nặng giảm từ 6,4% trước can thiệp xuống còn 5% sau can thiệp và 4,3% sau can thiệp cung cấp khẩu phần. Tình trạng dinh dưỡng theo thang phân loại SGA trước và sau can thiệp tư vấn dinh dưỡng không có sự khác biệt với $p > 0,05$, khác biệt có ý nghĩa thống kê sau can thiệp cung cấp khẩu phần với $p < 0,05$.

Bảng 3.5. Kết quả cải thiện tình trạng dinh dưỡng trước, sau can thiệp qua một số chỉ số hóa sinh

Chỉ số hóa sinh	Trước can thiệp (1) (n=140)		Sau can thiệp tư vấn (2) (n=140)		Sau can thiệp cung cấp KP (3)(n=140)		P
	SL	%	SL	%	SL	%	
Albumin huyết thanh thấp	19	13,5	21	15,0	10	7,1	p(1,2)>0,05 p(1,3)<0,05
Sắt huyết thanh thấp	38	27,1	30	21,4	46	32,9	p(1,2)>0,05 p(1,3)<0,05
Huyết sắc tố thấp	97	71,3	101	72,1	97	71,3	p(1,2)>0,05 p(1,3)>0,05
PreAlbumin thấp	-	-	114	81,4	12	8,6	p(1,3)<0,05

Kết quả bảng 3.5 cho thấy tỷ lệ người bệnh có mức albumin huyết thanh thấp là 13,5% tăng lên 15% sau can thiệp tư vấn dinh dưỡng, giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ sau can thiệp cung cấp khẩu phần. Tỷ lệ người bệnh bị thiếu máu dinh dưỡng là 71,3%, sau can thiệp tư vấn dinh dưỡng là 72,1%, sau can thiệp cung cấp khẩu phần tỷ lệ này là 71,3%, với, tỷ lệ sắt huyết thanh thấp là 27,1%, sau can thiệp tư vấn dinh dưỡng là 21,4%, sau can thiệp cung cấp khẩu phần là 32,9%. Tỷ lệ người bệnh có mức Prealbumin thấp sau can thiệp tư vấn dinh dưỡng là 81,4%, sau khi can thiệp cung cấp khẩu phần là 8,6%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.6. Tỷ lệ người bệnh có thực hiện bồi dưỡng bổ sung

Nội dung	Trước can thiệp (1) (n=140)		Sau can thiệp Tư vấn (2) (n=140)		Sau can thiệp cung cấp KP (3) (n=140)		P
	SL	%	SL	%	SL	%	
Có thực hiện bồi dưỡng thêm	37	26,4	79	56,4	140	100,0	p(1,2)<0,05 p(1,3)<0,05
Thêm sữa	29	20,7	64	45,7	140	100,0	p(1,2)<0,05 p(1,3)<0,05
Thêm đạm uống, tiêm truyền	11	7,9	42	30,0	47	33,6	p(1,2)<0,05 p(1,3)<0,05
Bổ sung đa vi chất	12	8,6	71	50,7	80	57,1	p(1,2)<0,05 p(1,3)<0,05
Khác	18	12,6	46	32,9	44	31,4	p(1,2)<0,05 p(1,3)<0,05

Trước can thiệp chỉ có 26,4% số người bệnh có thực hiện bồi dưỡng ăn thêm, trong đó 20,7% bổ sung thêm sữa, 7,9% thêm các acid amin đường uống hoặc tiêm truyền, 8,6% bổ sung đa vi chất. Sau can thiệp tư vấn, tỷ lệ có thực hiện bồi dưỡng thêm là 56,4%, trong đó thêm sữa là 45,7%, thêm acid amin là 30,0%, đặc biệt là bổ sung thêm đa vi chất chiếm 50,7%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Sau tư vấn khẩu phần, 100% người bệnh được cung cấp thêm sữa và tỷ lệ bổ sung đa vi chất tăng lên được 57,1%.

Bảng 3.7. Kết quả cải thiện giá trị và tính cân đối các chất sinh năng lượng trong khẩu phần của người bệnh

Chất sinh năng lượng	Trước can thiệp (1) ($\bar{X} \pm SD$)	Sau can thiệp tư vấn DD (2) ($\bar{X} \pm SD$)	Sau can thiệp cung cấp KP (3) ($\bar{X} \pm SD$)	P
Năng lượng (Kcal)	1398 $\pm$ 159,8	1375 $\pm$ 145,8	1582 $\pm$ 236,5	p(1,2)>0,05 p(1,3)<0,05
Protein (g)	42,3 $\pm$ 10,7	44,2 $\pm$ 10,7	56,3 $\pm$ 9,4	p(1,2)>0,05 p(1,3)<0,05
Lipid (g)	20,9 $\pm$ 14,1	21,1 $\pm$ 14,1	26,6 $\pm$ 3,9	p(1,2)>0,05 p(1,3)<0,05
Tỷ lệ P:L:G	12,1:13,4:74,4	12,8:13,8:73,4	14,7:15,1:70,2	

Kết quả bảng 3.7 cho thấy năng lượng khẩu phần người bệnh là 1398Kcal, Protein là 42,3g, Lipid là 20,9g. Sau can thiệp tư vấn dinh dưỡng các chỉ số protein, lipid tăng, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.8. Kết quả cải thiện mức đáp ứng nhu cầu khuyến nghị về năng lượng

Mức đạt về năng lượng	Trước can thiệp (1) (n=140)		Sau can thiệp Tư vấn (2) (n=140)		Sau can thiệp cung cấp KP (3) (n=140)		P
	SL	%	SL	%	SL	%	
<50%	48	34,3	50	35,7	16	11,4	p(1,2)>0,05 p(1,3)<0,05
50-75%	61	43,6	62	44,3	33	23,5	
> 75%	31	22,1	28	20,0	91	64,9	

Kết quả bảng 3.8 cho thấy, trước can thiệp tỷ lệ người bệnh chỉ đạt dưới 50% nhu cầu khuyến nghị về năng lượng là 34,3%, sau can thiệp khẩu phần tỷ lệ này giảm còn 11,4%, tỷ lệ người bệnh đạt trên 75% nhu cầu năng lượng trước can thiệp là 20% và tăng đến 64,9% sau can thiệp. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu đã xây dựng được sơ đồ chăm sóc dinh dưỡng chung với các quy trình kỹ thuật cho từng bước và sơ đồ can thiệp dinh dưỡng.

Nội dung sơ đồ can thiệp dinh dưỡng gồm 4 bước nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi không có người bệnh nặng có chỉ định nuôi ăn qua ống thông và nuôi ăn qua đường tĩnh mạch. Các hoạt động truyền thông và kết quả hoạt động truyền thông cho người bệnh thận nhân tạo chu kỳ được mô tả chi tiết trong bảng 3.1 với các nội dung tác động đến cả nhóm bác sỹ, điều dưỡng khoa thận nhân tạo và đội ngũ khoa Dinh dưỡng.

Đối với nhóm bệnh nhân, nghiên cứu của chúng tôi tiến hành can thiệp trên 140 đối tượng suy thận mạn lọc máu chu kỳ, khi đánh giá tình

trạng dinh dưỡng theo BMI có 37,1% người bệnh thiếu năng lượng trường diễn (BMI < 18,5) (bảng 3.2). Trong đó, nhóm người bệnh có thực hiện các bữa ăn phụ có tình trạng suy dinh dưỡng thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không ăn thêm bữa phụ ($p < 0,05$) (Biểu đồ 3.1). Đây là một tỷ lệ tương đối cao so với quần thể bình thường không bị bệnh ở Việt Nam do hậu quả của giảm khối cơ và khối mỡ cơ thể. Tỷ lệ suy dinh dưỡng có thể lên tới gần 100% ở người bệnh bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính như trong nghiên cứu của Lê Thị Diễm Tuyết ở bệnh viện Bạch Mai. Suy dinh dưỡng gặp khá cao ở người bệnh ung thư, người bệnh mắc các bệnh lý ngoại khoa nhưng gặp thấp hơn ở người bệnh điều trị nội khoa [5].

Phương pháp đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo công cụ SGA/MNA được hội thận học khuyến cáo sử dụng để đánh giá người bệnh trong suốt quá trình mắc bệnh [7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi sử dụng phương pháp đánh giá này cho thấy tỷ lệ người bệnh suy dinh dưỡng là 49,3% (bảng 3.3).

Thiếu máu, thiếu sắt là dấu hiệu thường gặp ở người bệnh suy thận. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ sắt huyết thanh dưới mức bình thường của người bệnh là 27,1% và tỷ lệ người bệnh có huyết sắc tố thấp là 71,3% (bảng 3.4).

Creatinin bài tiết trong nước tiểu phản ánh khối cơ. Chỉ số này thấp ở những người bệnh bị mất dịch. Người ta có thể dùng chỉ số creatinin so với chiều cao để đánh giá tình trạng mất dịch và thể hiện khối cơ bị mất. Các xét nghiệm khác: các xét nghiệm như điện giải đồ, ure, hemoglobin, sắt, kẽm huyết thanh, protetin C-Reactive để đánh giá gián tiếp các dấu hiệu liên quan tới tình trạng dinh dưỡng, khả năng tiêu hóa, hấp thu, chuyển hóa và tình trạng viêm cấp tính, mạn tính. Chỉ số ure là một thông số hữu ích thể hiện quá trình dị hóa protein. Khi người bệnh bị đói, tốc độ quay vòng của protein thấp và được đặc trưng bằng nồng độ ure huyết thấp nếu người bệnh được bù nước tốt.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thang đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo công cụ SGA/MNA có tỷ lệ suy dinh dưỡng cao nhất, tiếp đến là đánh giá theo chỉ số BMI. Mặc dù tỷ lệ suy dinh dưỡng theo các thang phân loại khác nhau đều khá cao, nhưng so với một số nghiên cứu khác, tỷ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi lại thấp hơn.

Chính vì vậy, để xây dựng hoạt động dinh dưỡng điều trị trong bệnh viện, chúng tôi chọn trọng điểm nhóm người bệnh thận nhân tạo để

xây dựng quy trình chăm sóc và can thiệp dinh dưỡng. Đó là quy trình sàng lọc, đánh giá tình trạng dinh dưỡng, quy trình tư vấn dinh dưỡng, quy trình điều trị dinh dưỡng và quy trình cung cấp dịch vụ thực phẩm. Các quy trình này sau khi điều chỉnh có thể áp dụng được cho các nhóm người bệnh khác nhau tại các khoa điều trị trong bệnh viện.

Trước can thiệp chỉ có 26,4% số người bệnh có thực hiện bồi dưỡng ăn thêm, trong đó 20,7% bổ sung thêm sữa, 7,9% thêm các acid amin đường uống hoặc tiêm truyền, 8,6% bổ sung đa vi chất. Sau can thiệp tư vấn, tỷ lệ có thực hiện bồi dưỡng thêm là 56,4%, trong đó thêm sữa là 45,7%, thêm acid amin là 30,0%, đặc biệt là bổ sung thêm đa vi chất chiếm 50,7%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sau tư vấn khẩu phần, 100% người bệnh được cung cấp thêm sữa và tỷ lệ bổ sung đa vi chất tăng lên được 57,1% (bảng 3.5).

Như vậy, bằng sự tư vấn dinh dưỡng cụ thể với trực quan sinh động là bộ tài liệu truyền thông hướng dẫn cách lựa chọn thực phẩm, cùng với hoạt động hướng dẫn cụ thể cách nấu chế độ ăn bệnh lý cho người bệnh, chúng tôi đã hỗ trợ cải thiện đáng kể tình trạng dinh dưỡng cho người bệnh suy thận mạn có lọc máu chu kỳ. Đồng thời, giúp người bệnh nâng cao được kiến thức để duy trì được khẩu phần cân đối hợp lý trong suốt quá trình điều trị bệnh, giúp cải thiện chất lượng cuộc sống của người bệnh.

V. KẾT LUẬN

- Xây dựng được quy trình trong chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh thận nhân tạo. Thiết kế được tài liệu truyền thông và thực hiện việc cung cấp kiến thức dinh dưỡng hợp lý, cách lựa chọn, thay thế thực phẩm cho người bệnh thông qua tài liệu phát tay. Tổ chức hướng dẫn cụ thể cách chế biến chế độ ăn bệnh lý để người bệnh và người nhà người bệnh tự thực hiện tại gia đình.

- Tỷ lệ người bệnh thiếu năng lượng trường diễn trước can thiệp là 37,1%, sau can thiệp tư vấn dinh dưỡng là 35%, sau can thiệp cung cấp khẩu phần là 30,7%.

- Tỷ lệ người bệnh tỷ lệ người bệnh có mức albumin huyết thanh thấp là 13,5% tăng lên 15% sau can thiệp tư vấn dinh dưỡng, giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ sau can thiệp cung cấp khẩu phần. Tỷ lệ người bệnh bị thiếu máu dinh dưỡng là 71,3%, sau can thiệp tư vấn dinh dưỡng là 72,1%, sau can thiệp cung cấp khẩu phần tỷ lệ này là 71,3%, với, tỷ lệ sắt huyết thanh thấp là 27,1%, sau can thiệp tư vấn dinh dưỡng là

21,4%, sau can thiệp cung cấp khẩu phần là 32,9%. Tỷ lệ người bệnh có mức Prealbumin thấp sau can thiệp tư vấn dinh dưỡng là 81,4%, sau khi can thiệp cung cấp khẩu phần là 8,6%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

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.

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

các chế độ ăn bệnh lý để làm tài liệu cung cấp cho người bệnh, người nhà người bệnh thực hiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2011)**. Thông tư số 08/2011/TT - BYT hướng dẫn công tác dinh dưỡng, tiết chế trong bệnh viện,
2. **Bộ Y tế (2011)**. Thông tư số 07/2011/TT - BYT hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện,
3. **Bộ Y tế (2013)**. Chương trình đào tạo Chăm sóc người bệnh toàn diện
4. **Lương Ngọc Khuê (2016)**. Thực trạng hoạt động dinh dưỡng lâm sàng, Báo cáo Hội nghị khoa học Dinh dưỡng lâm sàng các tỉnh phía Bắc năm 2016.,
5. **Nguyễn Thị Lâm (2016)**. Vai trò của dinh dưỡng điều trị và các giải pháp cải thiện công tác chăm sóc dinh dưỡng trong bệnh viện. Tạp chí Dinh Dưỡng & Thực Phẩm, 12 (3), 1-4.
6. **Đoàn Thị Tường Vi, Cao Thị Thu, Dương Mai Phương và cộng sự (2016)**. Hiệu quả của hỗ trợ dinh dưỡng trong bệnh đái tháo đường tại bệnh viện 19.8 Bộ công an. Tạp chí Dinh Dưỡng & Thực Phẩm, 12 (3), 4-10.
7. **P. M. Vegine, A. C. Fernandes, M. R. Torres, et al (2011)**. Assessment of methods to identify protein-energy wasting in patients on hemodialysis. J Bras Nefrol, 33 (1), 55-61.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ TÁC ĐỘNG CÓ LỢI CỦA CHẾ PHẨM TRÀ THẢO MỘC TỪ LÁ CHÈ VÀ QUẢ CỌ

Nguyễn Trần Hoàng Anh*, Kiều Thanh Hằng*

TÓM TẮT

Mục đích: Xem xét một số tác động có lợi đến sức khỏe như giảm béo phì, chống oxy hóa và khả năng tiêu diệt tế bào ung thư của chế phẩm trà thảo mộc từ lá chè và quả cọ. **Phương pháp:** So sánh quang phổ của các dung dịch với DPPH để đánh giá khả năng chống oxy hóa của CT3. Đánh giá khả năng giảm béo trên chuột nuôi. Tiến hành phân tích tại phòng thí nghiệm Khoa Sinh học đại học Sư phạm Hà Nội. Xác định khả năng kháng khuẩn của trà thảo mộc trên 2 loại vi khuẩn là *Escherichia coli* và *Salmonella typhimurium*. Xác định khả năng kháng nấm *M. circinelloides* với chủng gây bệnh R7B. **Kết quả:** Lá chè già có các vòng ức chế là 19,2mm (*S. typhimurium*) và 21,3mm (*E. coli*), lớn nhất trong các loại lá, tương đương chế phẩm CT3. Lá chè già và chế phẩm CT3 có khả năng ức chế sinh trưởng của bào tử nấm *M. circinelloides*. **Kết luận:** Dịch chiết của trà thảo mộc có khả năng kháng *Escherichia coli* và *Salmonella typhimurium*, ức chế mạnh tốc độ sinh trưởng bào tử nấm *M. circinelloides* gây bệnh.

Từ khóa: kháng khuẩn, kháng nấm, trà thảo mộc, lá chè, quả cọ

SUMMARY

STUDY OF SOME HEALTH BENEFIT OF HERB TEA FROM CAMELLIA SINENSIS AND LIVISTONA SARIBUS

Objective: To evaluate the antibacterial, antifungal properties of herb tea preparations from *Camellia sinensis* leaves and *Livistona saribus* fruit. Comparison of antibacterial and fungicidal properties of CT3 formula with old tea leaves and young tea leaves. **Method:** We had proceeded analytical at the Biology department of Ha Noi national university of education. Determine the antibacterial of the herbal teas on *Escherichia coli* and *Salmonella typhimurium*. Determine the antifungal on pathogen R7B of *M. circinelloides*. **Results:** The zone of inhibition of old tea leaves were 19.2 mm (*S. typhimurium*) and 21.3 mm (*E. coli*), which was the largest equal CT3. The old tea leaves and CT3 formula could inhibited the growth of *M. circinelloides* spores. **Conclusion:** The extracts of herbal teas could resistant to *Escherichia coli* and *Salmonella typhimurium*, which could strongly inhibit the growth of *M. circinelloides* spores.

Key words: Antibacterial, antifungal, herb tea, *camellia sinensis*, *livistona saribus*

*Trường THPT Chuyên Hùng Vương Phú Thọ
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trần Hoàng Anh
Email: nthoanganh888@gmail.com
Ngày nhận bài: 23.2.2018
Ngày phản biện khoa học: 30.3.2018
Ngày duyệt bài: 12.4.2018

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Một số nghiên cứu đã cho thấy lá chè và các chất tinh chế từ chè có khả năng kháng khuẩn, kháng virus, chống lão hóa, chống ung thư, tăng cường sức khỏe và kéo dài tuổi thọ. Trong đó, polyphenol đóng vai trò quan trọng nhất trong khả năng chống oxy hoá và kháng các loại nấm (Yiannakopoulou E. Ch., 2012; Yang X. et al, 2015; Nguyễn Thị Hà và cs, 2005).

Cọ thuộc họ Cau, lâu nay quả cọ vẫn được sử dụng để chế biến thành một vài món ăn quen thuộc. Một số nghiên cứu về các loài trong họ Cau cũng đã cho thấy chúng có chứa các hoạt chất có tiềm năng trong việc điều trị một số bệnh ở người, như kháng khuẩn, ung thư, chống oxy hoá, hen suyễn, giảm béo (Trần Thị Phương Anh, 2008; Trần Văn Lộc và cs, 2010).

Tuy nhiên, đến nay các nghiên cứu về hoạt tính sinh học của lá chè và quả cọ trồng trên vùng đồi Phú Thọ vẫn còn hạn chế. Cây chè hiện nay chủ yếu được sử dụng phần búp non, còn lá già vẫn bị coi là phế phẩm của ngành chè và giá trị thương mại rất thấp. Bên cạnh đó, các sản phẩm chè của Phú Thọ hiện nay vẫn đang bị hạn chế về chủng loại nên có thể chúng ta chưa phát huy hết giá trị của cây chè. Mặt khác, nhiều bộ phận của cây cọ chưa được nghiên cứu và sử dụng; quả cọ là một trong những đặc sản của Phú Thọ, nhưng nó vẫn chỉ được coi là một món ăn vặt mà chưa được chế biến thành những sản phẩm có giá trị cao.

Câu hỏi đặt ra là: Lá chè và quả cọ được trồng tại vùng đồi núi Phú Thọ có những hoạt tính có lợi gì đối với sức khỏe? Nếu kết hợp hai đặc sản này với nhau trong một chế phẩm trà thảo mộc thì các hoạt tính sinh học của chúng có được gia tăng hay không? Do đó, chúng tôi đã đề xuất nghiên cứu đề tài: "*Nghiên cứu một số tác động có lợi của chế phẩm trà thảo mộc từ lá chè và quả cọ*".

II. VẬT LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Vật liệu

- Lá chè và quả cọ: Lá chè (*C. sinensis*) được thu vào tháng 6/2016 tại các vùng chè sạch và quan trọng của Phú Thọ đó là Đoan Hùng, Thanh Sơn và Hạ Hòa. Lá chè được phân chia thành ba loại: Lá non, lá bánh tẻ và lá già. Căn cứ để phân chia các loại mẫu lá chè dựa theo TCVN 2843-79. Quả cọ chín (*Livistona saribus*) được thu vào tháng 12/2016 tại huyện Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ.

- Các nguyên liệu bổ sung: một số nguyên

liệu bổ sung vào sản phẩm trà thảo mộc, gồm: Cam thảo, râu ngô và hoa cúc trắng.

Bảng 1. Tỷ lệ thành phần của các công thức trà thảo mộc

Công thức Thành phần	CT1	CT2	CT3
Lá chè già sấy khô	2.8 (56%)	3.5 (70%)	4.0 (80%)
Hỗn hợp bổ sung	2.2 (44%)	1.5 (30%)	1.0 (20%)
- Quả cọ	0.44	0.3	0.2
- Cam thảo	0.66	0.45	0.3
- Râu ngô	0.44	0.3	0.2
- Hoa cúc trắng	0.66	0.45	0.3
Tổng	5g	5g	5g

- Các sinh vật được dùng để thử nghiệm

Chuột nhắt trắng (*Mus musculus*) được sử dụng trong thí nghiệm chứng minh vai trò của dịch chiết trà thảo mộc trong việc phòng ngừa bệnh béo phì trên chuột.

Tế bào ung thư vú (MCF7) và tế bào tuyến vú lành bệnh (HMT3522-S2) của người được sử dụng để đánh giá khả năng tiêu diệt tế bào ung thư của các loại dịch chiết mẫu.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Các thí nghiệm và phân tích được thực hiện từ tháng 6/2016 đến tháng 2/2017, tại các phòng thí nghiệm Trường Trung học phổ thông Chuyên Hùng Vương, Việt Trì và các phòng thí nghiệm thuộc Khoa Sinh học, Trường Đại học Sư phạm Hà Nội.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Phương pháp thử hoạt tính chống oxy hóa

Nguyên tắc: Các chất có khả năng chống oxy hóa sẽ trung hòa gốc DPPH bằng cách cho hydrogen, làm giảm độ hấp thụ tại bước sóng cực đại và màu của dung dịch phản ứng sẽ chuyển từ tím sang vàng nhạt. Trong nghiên cứu này, chất chuẩn được sử dụng là axit ascorbic được pha bằng nước cất khử ion thành dãy các nồng độ gồm: 0mM; 0.05mM; 0.1mM; 0.2mM và 0.4mM. Dung dịch DPPH được pha trong dung môi methanol tinh khiết để đạt nồng độ 0.1mM. Dịch chiết các mẫu được pha loãng thành dãy từ 4 đến 5 nồng độ khác nhau. Đưa vào mỗi giếng 20µl dịch (chất chuẩn hoặc dịch chiết mẫu), thêm 180µl DPPH 0.1mM. Các giếng trống (blank) sử dụng 20µl nước cất khử ion bổ sung thêm 180µl ethanol. Ủ trong 30 phút và tiến hành đo quang phổ tại bước sóng 517nm, lặp lại 3 lần. Khả năng chống oxy hóa của dịch chiết được tính dựa trên phần trăm ức chế (I%). Phần

trăm ức chế (I%) được xác định theo công thức sau (Lê Thanh Tâm, 2010):

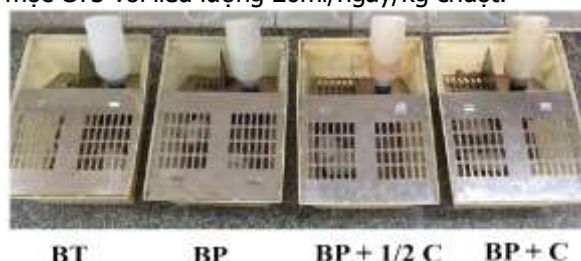
$$I(\%) = \frac{A_c - A_s}{A_c} \times 100\%$$

Trong đó, A_c : Giá trị mật độ quang của dung dịch không có mẫu thử (control); A_s : Giá trị mật độ quang của dung dịch có chứa mẫu thử (sample).

2.3.2. Phương pháp thử khả năng giảm béo trên chuột béo phì thực nghiệm

Chuột được nuôi trong lồng nuôi với chế độ chiếu sáng 12h/ngày, nhiệt độ $25 \pm 2^\circ\text{C}$, độ ẩm $65 \pm 10\%$. Để nghiên cứu tác động của dịch chiết của trà thảo mộc trong việc phòng bệnh béo phì, chúng tôi đã tiến hành thử nghiệm 3 lần, mỗi lần 20 cá thể chuột được chia thành 4 lô, mỗi lô 5 con, gồm:

- Lô bình thường (BT): ăn khẩu phần cơ sở để tạo chuột bình thường;
- Lô béo phì thực nghiệm (BP): khẩu phần giàu chất béo để tạo chuột béo phì;
- Lô thí nghiệm 1 (BP+1/2C): Chuột được ăn khẩu phần giàu chất béo và uống dịch chiết của chế phẩm trà thảo mộc CT3 với liều lượng 10 ml/ngày/kg chuột;
- Lô thí nghiệm 2 (BP+C): chuột được ăn khẩu phần giàu chất béo và uống dịch chiết trà thảo mộc CT3 với liều lượng 20ml/ngày/kg chuột.



Hình 1. Bố trí các lồng nuôi chuột trong thí nghiệm.

BT: Chuột bình thường; **BP:** Chuột béo phì; **BP+1/2C:** Chuột béo phì được bổ sung dịch chiết pha loãng (tỷ lệ 1:1); **BP+C:** Chuột béo phì được bổ sung dịch chiết không pha loãng.

Chuột được cho uống dịch chiết 3 lần ngày bằng phương pháp bơm qua thực quản, nhằm đảm bảo mỗi cá thể chuột trong cùng lô thí nghiệm được bổ sung cùng 1 lượng dịch chiết lá chè như nhau. Chuột ở các lô được theo dõi khối lượng hàng tuần, xác định sự thay đổi khối lượng sau 3 - 6 tuần thí nghiệm.

2.3.3. Phương pháp thử khả năng tiêu diệt tế bào ung thư

Tế bào ung thư vú (MCF7) và tế bào lành (HMT3522-S2) được nuôi trong các đĩa 48 giếng trong môi trường thích hợp. Mỗi giếng chứa

6×10^4 tế bào trong 400μl môi trường tương ứng. Bổ sung dịch chiết mẫu vào các giếng (đôi chứng và thực nghiệm) theo các tỷ lệ khác nhau (5%, 10%, 20% và 40%). Các tế bào được nuôi trong điều kiện nhiệt độ 37°C , nồng độ CO_2 5%. Khả năng diệt tế bào ung thư của dịch chiết mẫu được xác định bằng tỷ lệ tế bào chết sau 24h nuôi cấy. Để xác định tế bào chết, chúng tôi nhuộm tế bào bằng dung dịch Trypan blue (Sigma), tế bào chết sẽ bị nhuộm thành màu xanh, tế bào sống không bị nhuộm màu.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Các số liệu đều được xử lý bằng phần mềm Microsoft Office Excel 2016. Các số liệu trong báo cáo này đều được biểu diễn dưới dạng $\bar{X} \pm SD$. Trong đó: $\bar{X}$ là giá trị trung bình, được tính bằng hàm AVERAGE. SD là độ lệch chuẩn (Standard Deviation) được tính bằng hàm STDEV. Sự khác biệt thống kê giữa các nhóm dữ liệu được đánh giá bằng kiểm định T-student (hàm TTEST).

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Khảo sát khả năng chống oxy hóa của chế phẩm

Hoạt tính chống oxy hoá là một trong những tính chất rất quan trọng của các chế phẩm, đóng vai trò chủ đạo trong việc phòng chống ung thư và các tác động có hại khác của các gốc tự do. Trong nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành pha loãng các dịch chiết thành một dãy các độ pha loãng: 25, 100, 200 và 400 lần rồi tiến hành so sánh với chất chuẩn là axit ascorbic ở các nồng độ khác nhau (bảng 2 và hình 2).

Kết quả cho thấy: Nhìn chung lá chè non có khả năng quét gốc tự do DPPH cao hơn so với lá chè bánh tẻ, lá chè già và quả cọ chín. Điều này phù hợp với kết quả phân tích hàm lượng polyphenol trong các mẫu lá chè ở phần IV.2.2. Có thể do sự tích lũy các hoạt chất có khả năng chống oxy hóa, đặc biệt là polyphenol trong lá chè giảm dần theo độ già của nguyên liệu.

- Khi pha loãng các dịch chiết mẫu 400 lần: Khả năng quét gốc tự do DPPH của trà thảo mộc CT3 không khác biệt có ý nghĩa thống kê so với các loại dịch chiết lá chè và axit ascorbic 0.05 mM ($p > 0.05$).

- Khi pha loãng các dịch chiết mẫu 200, 100 và 25 lần:

Khi càng giảm độ pha loãng, chế phẩm trà thảo mộc CT3 càng thể hiện rõ khả năng kháng DPPH mạnh hơn rõ rệt so với axit ascorbic (0.1, 0.2 và 0.4mM) các loại dịch chiết lá chè (non, bánh tẻ và già) và quả cọ chín ($p < 0.01$). Có thể

khi nồng độ dịch chiết tăng lên thì xác suất “bắt gặp” các gốc tự do của các chất chống oxy hoá trong dịch chiết cũng tăng nên khả năng quét của chúng cũng lớn hơn.

Kết quả này có thể do các thành phần bổ sung trong trà CT3 cũng có các chất chống oxy hoá nên chúng làm tăng khả năng chống oxy

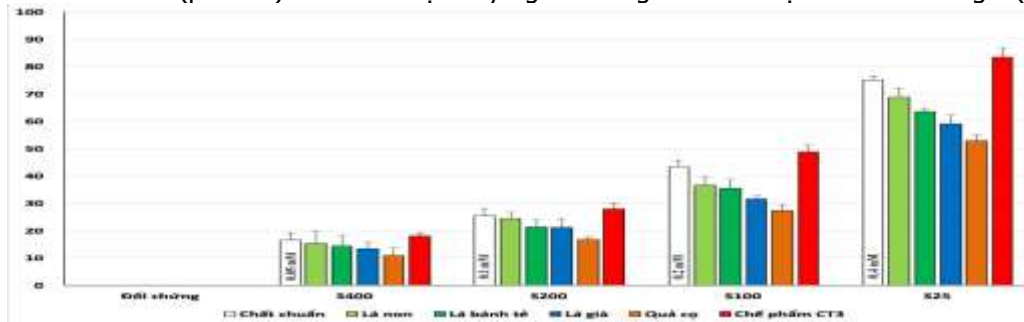
hóa của chế phẩm. Theo báo cáo của Yao H et al (2012), loài cọ xẻ (*L. chinensis*), cùng họ với loài Cọ (*L. saribus*) trong nghiên cứu này, có chứa nhiều loại flavonoid có hoạt tính chống oxy hoá mạnh. Tuy nhiên, để có cơ sở khoa học cụ thể hơn, các phân tích thành phần hoá học của loài Cọ *L. saribus* cần được tiến hành.

Bảng 2. Tỷ lệ % ức chế gốc tự do DPPH của chất chuẩn và các dịch chiết mẫu

Chất chuẩn	Tỷ lệ % ức chế DPPH				
	0 mM	0.05 mM	0.1 mM	0.2 mM	0.4 mM
Axit ascorbic	0	18.4 ± 2.59 ^a	31.2 ± 2.78 ^a	53.4 ± 5.07 ^a	75.2 ± 6.50 ^a
Dịch chiết mẫu	ĐC	S400	S200	S100	S25
Chế phẩm CT3	0	17.9 ± 1.35 ^a	27.8 ± 2.34 ^{b**}	48.7 ± 2.56 ^{b**}	83.5 ± 3.45 ^{b**}
Lá non	0	15.4 ± 4.56 ^a	24.4 ± 2.33 ^a	36.6 ± 3.28 ^b	68.7 ± 3.44 ^{b**}
Lá bánh tẻ	0	14.3 ± 3.89 ^a	21.3 ± 2.45 ^a	35.4 ± 3.22 ^b	63.5 ± 1.23 ^b
Lá già	0	13.4 ± 2.37 ^a	21.2 ± 3.22 ^a	31.5 ± 1.22 ^b	59.1 ± 3.21 ^b
Quả cọ chín	0	10.9 ± 2.99 ^b	16.8 ± 1.09 ^b	27.3 ± 2.11 ^b	52.9 ± 2.30 ^b

Ghi chú: +Chất chuẩn axit ascorbic được pha thành dãy nồng độ 0; 0.05; 0.1; 0.2 và 0.4 mM. Dịch chiết mẫu được pha loãng theo các tỷ lệ 25, 100, 200 và 400 lần (ký hiệu S25, S100, S200 và S400).

+ ^a khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với chất chuẩn ($p > 0.05$); ^b khác biệt có ý nghĩa thống kê so với chất chuẩn ($p < 0.05$). ** khác biệt có ý nghĩa thống kê so với dịch chiết lá chè già ($p < 0.01$)



Hình 2. So sánh tỷ lệ % ức chế gốc tự do DPPH của các loại dịch chiết với chất chuẩn axit ascorbic

Chất chuẩn axit ascorbic được pha thành dãy nồng độ 0; 0.05; 0.1; 0.2 và 0.4mM. Các dịch chiết mẫu chế phẩm CT3 và lá chè được pha loãng theo các tỷ lệ 400, 200, 100 và 25 lần (ký hiệu S400, S200, S100 và S25).

Mặc dù lá chè non có khả năng kháng oxy hoá cao hơn so với lá chè già. Tuy nhiên, hàm lượng polyphenol và caffeine của lá chè già tương ứng đạt tới 88.2% và 62.3% so với lá chè non. Vì vậy, lá già nên được xem là một nguồn nguyên liệu quan trọng có thể tận dụng trong việc tách chiết polyphenol và chế biến chè, thay vì bị coi là phế phẩm như hiện nay.

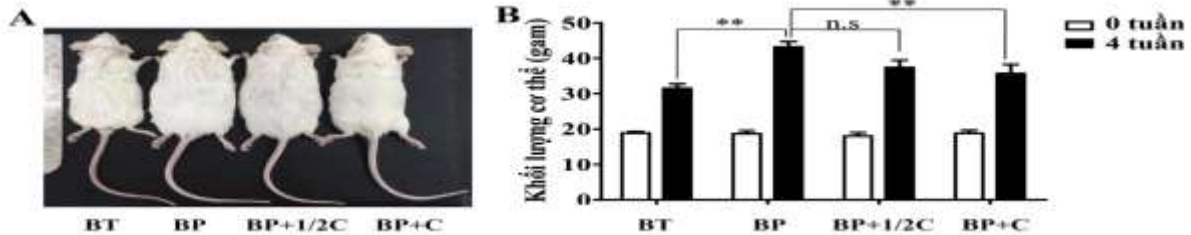
Khả năng quét gốc tự do DPPH của chế phẩm trà CT3 cho thấy tiềm năng của nó trong việc bảo vệ tế bào và cơ thể trong việc chống lại các gốc tự do có hại. Khả năng này của trà thảo mộc CT3 có thể giúp hỗ trợ cơ thể chống lại một số tác nhân nguy hại cho cơ thể, ví dụ như sự hình thành và phát triển của tế bào ung thư.

3.2. Khảo sát khả năng làm giảm béo phì của chế phẩm: Thử nghiệm khả năng giảm béo phì của chế phẩm (CT3) được tiến hành trên đối tượng chuột nhắt trắng đã được gây béo phì thực nghiệm. Trong thí nghiệm này, chúng tôi chỉ đánh giá tác dụng của dịch chiết của chế phẩm trà thảo mộc.

Hình 3A cho thấy sự khác biệt về hình thái ngoài của chuột trong các lô thí nghiệm. Chuột nuôi béo phì có kích thước cơ thể lớn hơn hẳn so với chuột nuôi bình thường. Chuột nuôi béo phì được bổ sung 1/2 lượng dịch chiết lá chè có kích thước giảm một chút so với chuột béo. Trong khi đó, chuột được bổ sung dịch chiết lá chè nguyên chất thì có cơ thể nhỏ hơn khá rõ, mặc dù vẫn lớn hơn chuột bình thường, song nó đã cho thấy tác dụng tích cực của dịch chiết chế phẩm trà CT3 trong việc làm giảm kích thước cơ thể chuột béo phì. Kết quả này được khẳng định bởi số liệu về khối lượng cơ thể.

Bảng 3. So sánh khối lượng cơ thể của các nhóm chuột sau 4 tuần thí nghiệm

Cá thể	Nhóm BT		Nhóm BP		Nhóm BP+1/2C		Nhóm BP + C	
	0 tuần	4 tuần	0 tuần	4 tuần	0 tuần	4 tuần	0 tuần	4 tuần
1	17.8	31.0	18.5	44.8	17.3	43.0	20.1	39.5
2	19.5	31.0	17.1	39.0	20.7	35.0	18.5	35.7
3	18.3	35.0	21.1	43.0	16.0	33.7	18.6	36.0
4	19.8	29.0	18.0	46.0	18.0	37.8	16.6	33.0
5	18.6	31.4	18.7	43.4	20.0	37.4	18.5	35.7
Trung bình	18.80	31.48	18.68	43.24	18.40	37.38	18.46	35.98
SD	0.83	2.18	1.49	2.65	1.94	3.57	1.24	2.31

**Hình 3. So sánh hình thái ngoài, khối lượng cơ thể chuột trong thí nghiệm**

(A) Hình thái ngoài của chuột ăn thường và ăn béo. (B) Thay đổi khối lượng cơ thể của chuột.

* $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, n.s không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$)

Khả năng làm giảm khối lượng ở chuột béo phì thực nghiệm của dịch chiết chế phẩm trà thảo mộc CT3 có thể giải thích do lá chè có khả năng làm giảm hấp thụ và chuyển hoá lipid ở chuột. Ngoài ra, lá chè xanh còn làm giảm khả năng tiêu hoá và hấp thụ tinh bột ở người (Lochocka K. et al., 2015). Kết quả này cho thấy tiềm năng của chế phẩm trà CT3 trong việc hỗ trợ điều trị béo phì ở người.

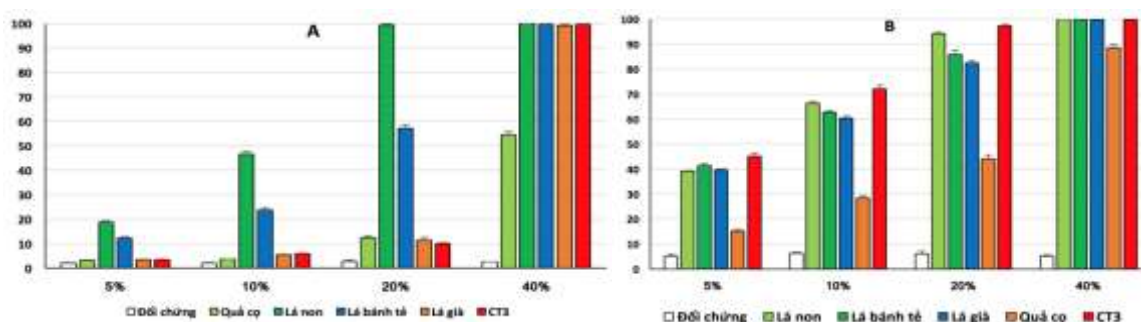
3.3. Khảo sát khả năng diệt tế bào ung thư vú *in vitro* của chế phẩm

Mặc dù y học ngày càng phát triển, đã có nhiều phương pháp tiên tiến hiện đại được áp dụng trong chẩn đoán và điều trị, song ung thư vẫn là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu đối với con người. Ung thư vú ở phụ nữ là một trong những căn bệnh ung thư phổ biến nhất. Ở các nước công nghiệp, tần suất ung thư vú đến

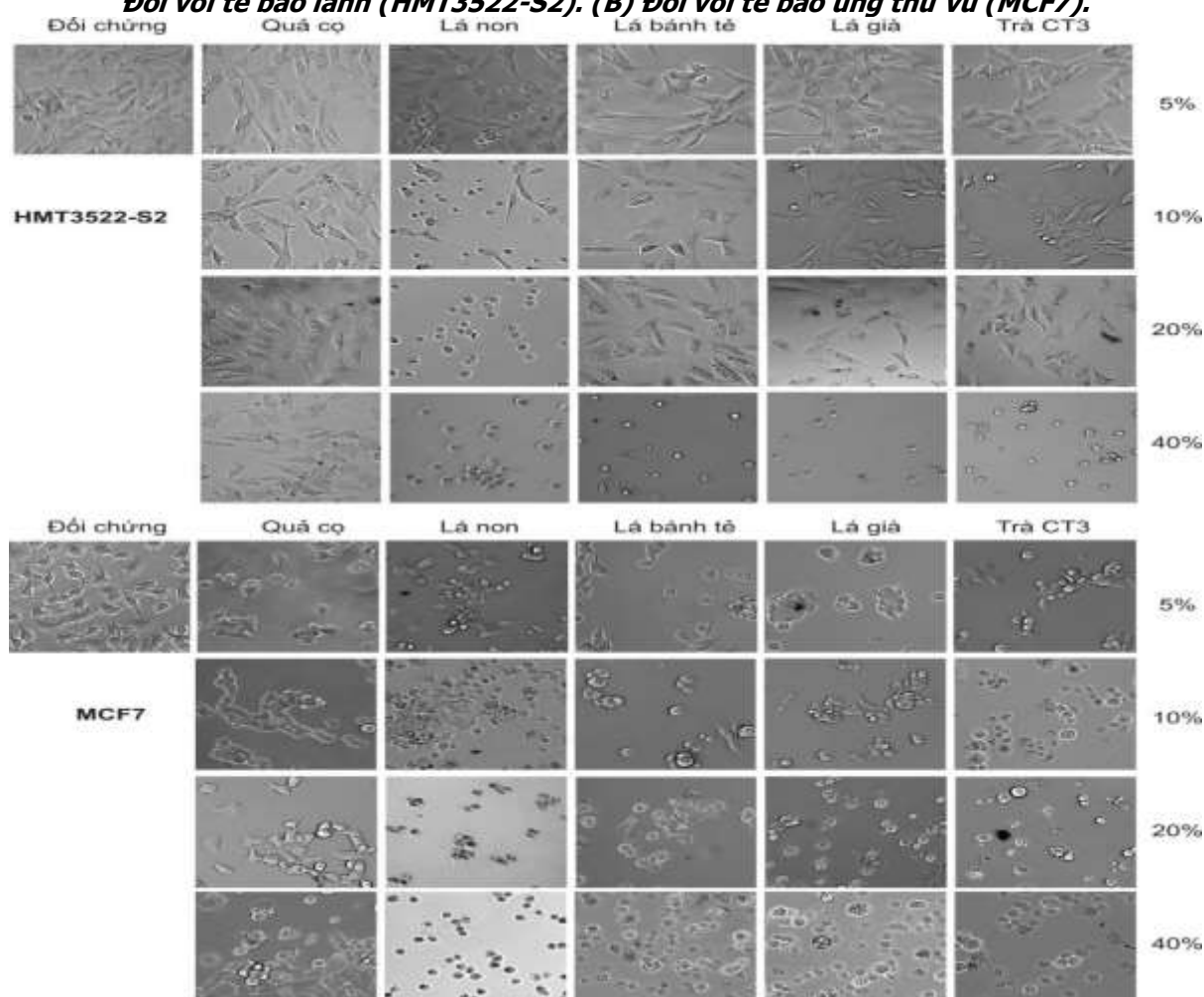
70/100,000 dân/năm. Ở miền Bắc nước ta, tỷ lệ tử vong do ung thư vú đứng hàng đầu trong các loại ung thư phụ khoa (theo Bài giảng ung thư vú, www.dieutri.vn). Nhằm đánh giá khả năng của dịch chiết chế phẩm CT3 và các loại mẫu khác trong việc phòng chống ung thư, chúng tôi đã thử nghiệm khả năng tiêu diệt các tế bào ung thư trong điều kiện *in vitro*. Sau 24h nuôi cấy tế bào ung thư vú (MCF7) và tế bào lành (HMT3522-S2) trong môi trường thích hợp có bổ sung dịch chiết các mẫu khác nhau. Kết quả cho thấy dịch chiết từ chế phẩm CT3 cũng như củ quả cọ chín và các loại lá chè đều có tác dụng gây rối loạn sinh trưởng hoặc tiêu diệt tế bào ung thư trong điều kiện *in vitro*. Trong đó, các loại lá chè đều thể hiện khả năng tiêu diệt tế bào ung thư vú mạnh hơn rõ rệt so với quả cọ chín (hình 4 và hình 5).

Bảng 4. Tỷ lệ % tế bào chết khi bổ sung các loại dịch chiết với các nồng độ khác nhau đối với tế bào lành và tế bào ung thư vú

Dòng tế bào HMT3522-S2						
Tỷ lệ	Đôi chứng	Quả cọ	Lá non	Lá bánh tẻ	Lá già	CT3
5%	2.03±0.21	3.33±0.15	18.87±0.60	12.20±0.75	3.50±0.1	3.37±0.38
10%	2.17±0.15	3.63±0.12	46.60±1.18	23.67±0.91	5.47±0.21	5.90±0.26
20%	2.73±0.64	12.37±1.1	99.50±0.30	57.30±1.30	11.43±1.27	9.93±0.42
40%	2.50±0.17	54.60±1.31	100±0	99.70±0.26	99.30±0.46	99.57±0.38
Dòng tế bào MCF7						
Tỷ lệ	Đôi chứng	Quả cọ	Lá non	Lá bánh tẻ	Lá già	CT3
5%	5.00±0.87	15.23±0.55	39.13±0.21	41.33±0.95	39.50±0.61	45.10±1.22
10%	6.27±0.40	28.43±0.71	74.43±1.40	62.77±0.64	60.30±1.00	64.10±0.82
20%	6.13±0.92	44.13±1.59	98.27±1.01	85.87±1.63	82.40±1.15	89.30±0.95
40%	5.27±0.40	88.53±1.10	100±0	99.77±0.25	100±0	100±0



Hình 4. Tỷ lệ % tế bào chết khi bổ sung các loại dịch chiết với các nồng độ khác nhau(A) Đối với tế bào lành (HMT3522-S2). (B) Đối với tế bào ung thư vú (MCF7).



Hình 5. Tế bào lành (HMT3522-S2) và tế bào ung thư vú (MCF7) dưới tác dụng của các loại dịch chiết với các tỷ lệ khác nhau

Đối với tế bào lành HMT3522-S2 (hình 4A và hình 5), các loại lá chè (lá non, lá bánh tẻ và lá già) và chế phẩm CT3 đều gây chết gần 100% khi bổ sung 40% dịch chiết vào môi trường (bảng 4). Nhưng quả cọ chỉ gây chết hơn 50% tế bào lành khi bổ sung 40% dịch chiết. Tuy nhiên, lá chè non có khả năng gây độc mạnh ngay cả

đối với tế bào lành, vì nó làm chết 100% tế bào khi bổ sung 20% - 40% dịch chiết (bảng 4). Độc tính này giảm dần đối với lá chè bánh tẻ và lá chè già. Điều này cho thấy nếu chúng ta hấp thụ một lượng quá lớn nước trà từ lá non sẽ có thể gây hại cho sức khỏe.

Mặt khác, đối với chế phẩm CT3 và lá chè già khi bổ sung 5% dịch chiết của chúng sẽ không làm thay đổi tỷ lệ tế bào chết so với đối chứng ở tế bào lành. Nhưng lá chè non và lá chè bánh tẻ lại làm tăng tỷ lệ tế bào chết có ý nghĩa thống kê ($p < 0.01$) so với đối chứng (đồ thị hình 4A).

Đối với tế bào ung thư (đồ thị hình 5B), khi bổ sung 5% dịch chiết, trà thảo mộc CT3 có khả năng tiêu diệt trung bình 45.1% tế bào ung thư, mạnh hơn rõ rệt so với các loại dịch chiết lá chè ($p < 0.01$) (bảng 4). Khi bổ sung 10% và 20% dịch chiết, trà thảo mộc CT3 vẫn duy trì khả năng tiêu diệt tế bào ung thư vú mạnh hơn so với lá chè già và lá chè bánh tẻ, khi nó có khả năng làm chết tới 64.1% và 89.30% tế bào ung thư *in vitro* (bảng 4). Mặc dù các tỷ lệ gây chết này thấp hơn so với lá chè non ở cùng nồng độ. Tuy nhiên, đối chiếu với đồ thị hình 18A, với các tỷ lệ 10% và 20%, dịch chiết lá chè non và lá chè bánh tẻ lại gây hại lớn đối với cả tế bào lành. Điều này cho thấy lá chè non và lá chè bánh tẻ không nên được sử dụng với tỷ lệ cao quá 10%. Do đó, lá chè già thích hợp nhất khi bổ sung vào chế phẩm trà CT3.

Các phân tích trên cho thấy dịch chiết của trà thảo mộc CT3, lá chè già và quả cọ chín ở nồng độ $\leq 10\%$ không gây độc đối với tế bào lành nhưng có khả năng gây độc mạnh đối với tế bào ung thư *in vitro*. Điều thú vị là dịch chiết từ trà thảo mộc công thức CT3 có khả năng tiêu diệt tế bào ung thư vú mạnh hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0.01$) so với lá chè già và quả cọ chín khi bổ sung 5%, 10% và 20% dịch chiết (hình 4B). Điều đó cho thấy sự kết hợp của lá chè già, quả cọ và các thành phần phụ gia vừa giúp gia tăng khả năng kháng tế bào ung thư vừa giảm thiểu khả năng gây tổn hại tế bào lành bệnh của chế phẩm CT3. Kết quả này có thể giải thích dựa trên cơ sở phân tích hàm lượng polyphenol tổng số của trà CT3 được gia tăng so với lá chè do sự có mặt của các thành phần bổ sung. Các thành phần polyphenol bao gồm cả flavonoid, catechin, caffeine và tannin trong trà CT3 đã góp phần bảo vệ tế bào lành và ức chế, tiêu diệt tế bào ung thư. Tuy nhiên, kết quả này mới chỉ tiến hành trên tế bào *in vitro*, nên chúng tôi chưa có đủ cơ sở để kết luận về liều dùng đối với người.

Như vậy, những kết quả nghiên cứu đã trình bày ở trên cho thấy chế phẩm trà thảo mộc CT3 vừa được đánh giá tốt về mặt cảm quan, lại vừa thể hiện được một số tác động tích cực, như khả năng kháng khuẩn, kháng nấm, chống oxy hóa, giảm béo phì và gây độc đối với tế bào ung thư vú *in vitro*. Những kết quả bước đầu này mở ra

triển vọng về việc ứng dụng chế phẩm trà thảo mộc CT3 có sự kết hợp của lá chè già, quả cọ chín và một số thành phần bổ sung khác (cam thảo, râu ngô, hoa cúc trắng) như một thứ đồ uống, đồng thời góp phần hỗ trợ điều trị một số loại bệnh ở người.

V. KẾT LUẬN

Khả năng chống oxy hóa của chế phẩm trà thảo mộc CT3 ở độ pha loãng dưới 200 lần mạnh hơn rõ rệt so với chất chuẩn axit ascorbic và các loại mẫu lá chè và quả cọ chín. Bên cạnh đó, dịch chiết của chế phẩm trà thảo mộc CT3 có tác dụng làm giảm kích thước và khối lượng cơ thể của chuột béo phì thực nghiệm.

Chế phẩm trà thảo mộc CT3, lá chè già và quả cọ chín ở nồng độ $\leq 10\%$ không gây chết đối với tế bào lành nhưng có khả năng gây độc mạnh đối với tế bào ung thư *in vitro*. Sự kết hợp của lá chè già, quả cọ và các thành phần khác trong trà thảo mộc CT3 làm tăng khả năng tiêu diệt tế bào ung thư vú của chế phẩm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Akter, Raushanara; Hasan, S. M. Raquibul; Hossain, Md. Mokarram; Jamila, Mariam; Mazumder, Md. Ehsanul Hoque; Rahman, Shafiqur (2009). *In Vitro Antioxidant and In Vivo Antidiarrhoeal Activity of Hydromethanolic Extract of Xanthium Indicum Koenig Leaves*. Eur. J. Sci. Res, 33, 305-312.
2. D. Komes, D. Horžić, A. Belščak, K. Kovačević Ganić and A. Baljak (2009). *Determination of Caffeine Content in Tea and Maté Tea by using Different Methods*. Czech J. Food Sci. 27: 213-216.
3. Eugenia Ch. Yiannakopoulou (2012). *Recent Patents on Antibacterial, Antifungal and Antiviral Properties of Tea*. Recent Patents on Anti-Infective Drug Discovery 7: 60-65.
4. Hồ Huỳnh Thủy Dương (2005). *Nghiên cứu tác động kháng ung thư, chống oxy hóa của cây thuốc Việt Nam bằng các phương pháp sinh học phân tử*. Tuyển tập các báo cáo NCCB trong KHTN.
5. Hồ Ngọc Anh (2012). *Nghiên cứu thành phần hoá học và hoạt tính sinh học của quả cây Cọ Hạ Long (Livistona halongensis T.H. Nguyen & Kiew)*. Luận văn thạc sỹ khoa học. Viện Sinh thái và tài nguyên sinh vật – Viện Hàn lâm KH&CN Việt Nam.
6. Klaudia Lochocka, Joanna Bajerska, Aleksandra Glapa, Ewa Fidler-Witon, Jan K. Nowak, Tomasz Szczapa, Philip Grebowiec, Aleksandra Lisowska & Jarosław Walkowiak (2015). *Green tea extract decreases starch digestion and absorption from a test meal in humans: a randomized, placebo-controlled crossover study*. Scientific Reports 5, article no: 12015. doi:10.1038/srep12015
7. Lê Thanh Tâm (2010). *Nghiên cứu hoạt tính chống oxy hóa và độc tính tế bào của một số hợp chất lignan và stilbene*. Luận văn thạc sỹ KH hóa học. Trường ĐH KHTN - ĐHQG TP. HCM

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆNH TRẺ EM TẠI KHOA NHI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2015 - 2017

Nguyễn Việt Hoa¹, Võ Tá Chung^{1,2}, Vũ Hồng Tuân^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn trẻ em tại khoa nhi bệnh viện Việt Đức năm 2015 – 2017. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 915 bệnh nhân dưới 16 tuổi được chẩn đoán thoát vị bẹn và được điều trị bằng phương pháp mổ mở hoặc mổ nội soi tại khoa Nhi bệnh viện Việt Đức. Thời gian từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2017. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ là 5/1. Tuổi trung bình ở thời điểm mổ là $4,48 \pm 3,52$ tuổi (26 ngày-16 tuổi). Chỉ định mổ phần chiếm 95,74%, mổ cấp cứu chiếm 4,26%. Phương pháp mổ mở chiếm 87,76%, mổ nội soi chiếm 12,24%. Thời gian trung bình mổ mở ($28 \pm 5,5$ phút) ngắn hơn mổ nội soi ($40 \pm 6,5$ phút). Không có trường hợp nào ghi nhận các tai biến trong mổ. Có 21/112 trường hợp mổ nội soi phát hiện được thoát vị bẹn bên đối diện. Thời gian nằm viện trung bình của các bệnh nhân sau mổ phần thấp hơn sau mổ cấp cứu, sau mổ mở thấp hơn sau mổ nội soi. **Kết luận:** Thoát vị bẹn trẻ em là một bệnh không nặng nề, chẩn đoán không khó, điều trị phẫu thuật cho kết quả tốt, tỉ lệ biến chứng thấp. Tuy nhiên bệnh cần được tuyên truyền rộng rãi để phát hiện sớm, giảm tỉ lệ mổ cấp cứu do thoát vị nghẹt và phẫu thuật cần được thực hiện bởi bác sĩ chuyên khoa phẫu thuật nhi.

Từ khóa: Thoát vị bẹn trẻ em

SUMMARY

THE RESULT OF TREATMENT OF INGUINAL HERNIA IN CHILDREN IN VIETDUC HOSPITAL IN THE PERIOD 2015-2017

Objectives: To evaluate the result of treatment of inguinal hernia in children in VietDuc hospital from January 2015 to June 2017. **Material and method:** Retrospective case series, 915 children with inguinal hernia treated at department pediatric in Viet Duc hospital from 2015 to 2017. **Results:** The ratio of male/female is 5/1. The mean age at surgery was 4.48 ± 3.52 years (26 days - 16 years). Plan surgery 95.74%, emergency surgery 4.26%. Open surgery method 87.76%, laparoscopic 12.24%. Mean open incision time (28 ± 5.5 min) was shorter than laparoscopy (40 ± 6.5 min). No cases of complications during surgery. There were 21/112 cases of laparoscopic surgery to detect bilateral hernia. Hospital stay duration after surgery was lower in open surgery. **Conclusion:** Pediatric inguinal hernia is not a serious disease, diagnosis is not difficult, surgical

treatment for good results, low rate of complications. However, the disease should be widely propagated to detect early, reduce the rate of emergency surgery and surgery should be done by specialist pediatric surgery.

Keyword: Pediatric inguinal hernia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn là tình trạng bệnh lí do các tạng trong ổ bụng (ruột, mạc nối lớn, buồng trứng,...) chui qua ống bẹn hoặc qua điểm yếu của thành bụng vùng bẹn xuống bìu hoặc mô lớn ở nữ. Thoát vị bẹn có thể gặp ở nhiều lứa tuổi, nhưng cơ chế bệnh sinh thoát vị bẹn ở trẻ em và người lớn có nhiều điểm khác nhau nên cách điều trị cũng khác nhau.

Thoát vị bẹn trẻ em là một trong các bệnh lí nhi khoa do còn tồn tại ống phúc tinh mạc sau khi sinh của trẻ và là bệnh khá phổ biến trong các bệnh lí về ngoại nhi [1,2]. Thoát vị bẹn trẻ em có thể gây ra những biến chứng nguy hiểm như tắc ruột, hoại tử, viêm phúc mạc, để lại hậu quả nặng nề cho bệnh nhân nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Về điều trị, các tác giả đều thống nhất thoát vị bẹn trẻ em không thể tự khỏi mà phải phẫu thuật. Tuy nhiên còn nhiều tranh cãi trong thời điểm phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật [1,2]. Tại khoa phẫu thuật nhi và trẻ sơ sinh – bệnh viện Việt Đức, chúng tôi bắt đầu dùng phương pháp mổ nội soi thoát vị bẹn cho trẻ từ năm 2015, bên cạnh vẫn dùng phương pháp mổ mở kinh điển. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật thoát vị bẹn với mong muốn phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn trẻ em sẽ được thực hiện tốt hơn nữa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng:

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Các bệnh nhi được chẩn đoán thoát vị bẹn được điều trị bằng phương pháp mổ mở hoặc mổ nội soi và được khẳng định có sự tồn tại của ống phúc tinh mạc trong quá trình mổ.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Các bệnh nhi được chẩn đoán thoát vị bẹn nhưng chưa được mổ vì bất kì lí do gì, hoặc mổ ra lại không phải thoát vị bẹn. 915 bệnh nhân dưới 16 tuổi được chẩn đoán và điều trị thoát vị bẹn tại khoa Nhi bệnh viện Việt Đức trong thời gian từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2017.

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: 23.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 3.4.2018

Ngày duyệt bài: 12.4.2018

2. Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp mô tả hồi cứu.

- Chúng tôi thu thập thông tin bệnh án dựa theo sổ ra vào viện của khoa phẫu thuật nhi – Bệnh viện Việt Đức.

- Chọn các bệnh án theo tiêu chuẩn lựa chọn.
- Vào thông tin theo bệnh án mẫu.
- Các bệnh án sau khi thu thập đều có sự xác nhận của chủ nhiệm khoa và phòng kế hoạch tổng hợp.

3. Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Tuổi, giới, thời gian mắc bệnh
- Phương pháp mổ: mổ nội soi, mổ mở, mổ phiên, mổ cấp cứu.
- Thời gian cuộc mổ, tai biến trong mổ
- Thời gian nằm viện sau mổ
- Kết quả điều trị gần:
+ Tốt: vết mổ khô, đau ít không phải dùng

giảm đau, bầm sưng nhẹ không phải dùng chống viêm, không sốt hoặc sốt nhẹ dưới 38 độ

+ Trung bình: đau nhiều phải dùng giảm đau, sưng bầm nhiều phải dùng chống viêm, sốt trên 38 độ, tụ máu vùng mổ nhưng chưa phải mổ lại

+ Kém: tụ máu lớn vùng bầm do chảy máu phải mổ cầm máu, nhiễm trùng vết mổ, viêm phúc mạc sau mổ phải mổ lại

- Kết quả điều trị xa: gọi điện mời gia đình đưa bệnh nhân đến khám lại hoặc đề nghị bố mẹ bệnh nhân trả lời theo mẫu câu hỏi. Phân loại kết quả điều trị:

+ Tốt: vết thương liền đẹp, sẹo mờ mịn, không rối loạn cảm giác

+ Trung bình: nhiễm trùng vết mổ kéo dài, sẹo rúm xấu, có rối loạn cảm giác vùng bẹn bìu.

+ Kém: tình hoàn không xuống bìu, teo tinh hoàn, thoát vị bẹn tái phát.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Tuổi và giới

Bảng 1: Giới và tuổi bệnh nhân tại thời điểm mổ

	Dưới 6 tháng	6 – 12 tháng	1 – 3 tuổi	3 – 6 tuổi	6 – 16 tuổi	Tổng số	Trung bình
Nam	55	74	257	190	204	771	4,5 ± 3,6
Nữ	4	12	47	47	34	144	4,5 ± 2,8
Tổng	59	86	304	237	238	915	4,48 ± 3,52

Nhận xét: Tỷ lệ nam/ nữ lần lượt là 84,26% và 15,74%. Tuổi trung bình ở thời điểm mổ là 4,48 ± 3,52 tuổi. Tuổi nhỏ nhất là 26 ngày, tuổi lớn nhất là 16 tuổi, hay gặp nhất là 3 tuổi.

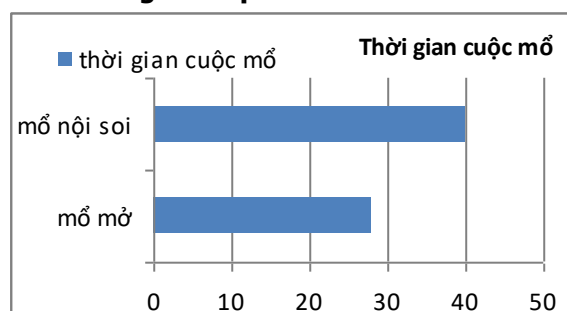
2. Chỉ định và phương pháp mổ

Bảng 2: Chỉ định và phương pháp mổ

		Số lượng	Tỷ lệ
Phương pháp mổ	Mổ mở	803	87,76 %
	Mổ nội soi	112	12,24 %
Chỉ định mổ	Mổ phiên	876	95,74 %
	Mổ cấp cứu	39	4,26 %

Nhận xét: Chỉ định mổ phiên chiếm đa số (95,74%), mổ cấp cứu ít hơn chiếm 4,26%. Phương pháp mổ mở chiếm 87,76%, mổ nội soi chiếm 12,24%

3. Thời gian cuộc mổ



Biểu đồ 1: Thời gian cuộc mổ

Nhận xét: Thời gian trung bình mổ mở (28 ± 5,5 phút) ngắn hơn mổ nội soi (40 ± 6,5 phút)

4. Diễn biến cuộc mổ

- Không có trường hợp nào ghi nhận các tai biến trong mổ như rách vào ruột, bàng quang, chảy máu, tổn thương thần kinh,...

- Mổ mở một bên không có khả năng phát hiện thoát vị bẹn bên đối diện. Có 21/112 trường hợp mổ nội soi phát hiện được thoát vị bẹn bên đối diện.

5. Thời gian nằm viện sau mổ

Bảng 3: Thời gian nằm viện sau mổ theo phương pháp và chỉ định mổ

		Thời gian nằm viện sau mổ
Phương pháp mổ	Mổ mở	1,78 ± 1,3
	Mổ nội soi	2,29 ± 1,5
Chỉ định mổ	Mổ phiên	1,8 ± 1,1
	Mổ cấp cứu	2,8 ± 1,2

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình của các bệnh nhân sau mổ phiên (1,8 ± 1,1) thấp hơn các bệnh nhân mổ cấp cứu (2,8 ± 1,2). Thời gian nằm viện trung bình của các bệnh nhân sau mổ mở (1,78 ± 1,3) thấp hơn các bệnh nhân mổ nội soi (2,29 ± 1,5).

6. Kết quả điều trị gần**Bảng 4: Kết quả điều trị gần theo phương pháp mổ**

Kết quả điều trị gần	Mổ mở	Mổ nội soi	Tổng
Tốt	781 (97,3%)	108 (96,4%)	889
Trung bình	22(2,7%)	4 (3,6%)	26
Kém	0	0	0
Tổng	803	112	915

Nhận xét: Kết quả mổ kém ở cả hai phương pháp đều bằng 0. Kết quả tốt chiếm đa số ở cả hai phương pháp, và không có sự khác biệt về kết quả mổ giữa hai phương pháp ($p > 0,05$)

Bảng 5: Kết quả điều trị gần theo chỉ định mổ

Kết quả điều trị gần	Mổ phiên	Mổ cấp cứu	Tổng
Tốt	858(97,9%)	31(79,5%)	889
Trung bình	18(2,1%)	8(20,5%)	26
Kém	0	0	0
Tổng	876	39	915

Nhận xét: Các bệnh nhân mổ phiên và mổ cấp cứu đều không có kết quả mổ kém. Nhóm bệnh nhân mổ phiên có tỉ lệ tốt cao hơn nhóm mổ cấp cứu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

7. Kết quả điều trị xa**Bảng 6: Kết quả điều trị xa theo chỉ định mổ**

Kết quả điều trị xa	Mổ phiên	Mổ cấp cứu	Tổng
Tốt	566 (97,9%)	21 (80,8%)	587 (97,2%)
Trung bình	8(1,4%)	3(11,5%)	11(1,8%)
Kém	4(0,7%)	2 (7,7%)	6 (1%)
Tổng	578 (100%)	26 (100%)	604 (100%)

Nhận xét:

-6 bệnh nhân có kết quả mổ kém gồm 4 bệnh nhân có thoát vị bẹn tái phát và 2 bệnh nhân có tình hoàn bên mổ không xuống bìu. Cả 6 bệnh nhân này đều nhỏ hơn 1 tuổi ở thời điểm mổ.

-11 bệnh nhân có kết quả trung bình là bị sẹo xấu hoặc đau tê kéo dài vùng vết mổ

-Nhóm bệnh nhân mổ phiên có tỉ lệ tốt cao hơn ở nhóm mổ cấp cứu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

IV. BÀN LUẬN

Tỉ lệ nam/nữ lần lượt là 84,26% và 15,74%. Bệnh tuy ít gặp nhưng có thể xảy ra ở nữ giới. Tỉ lệ này tương đương với tỉ lệ của nhiều tác giả khác như L.Ioyd D, Rintala (3/1) và Sean Collins (10/1)[3,4].

Tuổi trung bình thời điểm mổ là $4,48 \pm 3,52$ tuổi. Tuổi trung bình thời điểm mổ của nhóm bệnh nhân ở nông thôn cao hơn ở thành thị.

Tuổi trung bình có chẩn đoán đầu tiên là $2,9 \pm 2,8$ năm, và không có sự khác biệt giữa hai nhóm bệnh nhân ở nông thôn và thành thị. Điều này chứng minh một thực tế là dù ở đâu thì khi phát hiện thấy những dấu hiệu bất thường vùng bẹn bìu hoặc môi lớn, trẻ đều sẽ được đi khám và chẩn đoán ngay lần đầu bởi các thầy thuốc chuyên khoa. Tuy nhiên thời gian từ lúc được chẩn đoán cho đến lúc quyết định đi mổ chịu ảnh hưởng bởi địa dư và nghề nghiệp của bố mẹ bệnh nhi.

Tất cả các bệnh nhân đã có thoát vị bẹn đều có chỉ định điều trị phẫu thuật. Những trường hợp phải trì hoãn do có bệnh toàn thân chưa ổn định bố mẹ bệnh nhân đã được hẹn khám lại và chỉ định mổ khi bệnh toàn thân đã ổn định. Chỉ định điều trị phẫu thuật của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với quan điểm không nên trông chờ vào một sự tự khỏi của thoát vị bẹn và không có một liệu pháp nội khoa nào có tác dụng điều trị thoát vị bẹn.

Chỉ định mổ phiên chiếm 95,74%, trong đó có 7 bệnh nhân đến viện vì thoát vị bẹn nghẹt đã được đẩy khối thoát vị vào ổ bụng an toàn. Mổ cấp cứu chiếm 4,26%, đây là các bệnh nhân nhập viện trong tình trạng có thoát vị bẹn nghẹt không đẩy được khối thoát vị vào ổ bụng hoặc có dấu hiệu tắc ruột rõ do thoát vị bẹn nghẹt. Tuy nhiên phải có kinh nghiệm mới làm được thủ thuật này và tỉ lệ đẩy thành công giảm hơn nếu bị thoát vị bẹn nghẹt lần thứ hai. Chính vì vậy chúng tôi hoàn toàn ủng hộ quan điểm của nhiều tác giả trên thế giới: "trong hoàn cảnh lí tưởng, tuổi mổ chữa thoát vị bẹn ở trẻ em là tại thời điểm chẩn đoán được, nhằm hạn chế tỉ lệ thoát vị bẹn nghẹt"[1,2,5,6]

Tất cả các bệnh nhân có thoát vị bẹn 1 bên trong nghiên cứu đều không mổ thăm dò bên đối diện. Chúng tôi có cơ sở lí luận và thực tiễn để thực hiện quyết định này do tỉ lệ còn tồn tại ống phúc tinh mạc bên đối diện 46 – 63%, không tương xứng với tỉ lệ xuất hiện thoát vị bẹn sau đó ở các bệnh nhân này (khoảng 15%). Như vậy không phải cứ còn ống phúc tinh mạc là bị thoát vị bẹn. Có một phương pháp tốt để kiểm tra sự tồn tại của ống phúc tinh mạc bên đối diện là kiểm tra bằng nội soi qua đầu trên của bao thoát vị bên mổ. Lợi ích của phương pháp này đã được các tác giả tóm tắt bằng một câu: "Kiểm tra nội soi qua ống bẹn đã kết thúc sự tranh cãi trong việc thăm dò bên đối diện trong phẫu thuật thoát vị bẹn trẻ em". Tuy nhiên hiện nay chúng tôi chưa thực hiện nội soi kiểm tra bên đối diện khi mổ thoát vị bẹn trẻ em. Có một

phương pháp có thể giúp kiểm tra sự tồn tại của ống phúc tinh mạc bên đối diện mà chúng tôi áp dụng đó là mổ nội soi. Phương pháp mổ nội soi chiếm 12,24%, đã và đang triển khai tại khoa Nhi bệnh viện Việt Đức, được áp dụng trong các trường hợp thoát vị bẹn tái phát, nghi ngờ thoát vị bẹn 2 bên, hoặc có thể là theo nguyện vọng của bệnh nhân và gia đình.

Thời gian trung bình mổ mở ở bệnh nhân có thoát vị bẹn một bên là $28 \pm 5,5$ phút. Thời gian này tương đương với thời gian $27,3 \pm 3$ phút trong phẫu thuật mổ thắt ống phúc tinh mạc để điều trị tràn dịch màng tinh hoàn và nang thường tinh của Nguyễn Công Bình [7]. Có lẽ vì bệnh thoát vị bẹn trẻ em và hai bệnh trên có cùng một cơ chế bệnh sinh và cách xử lý cơ bản giống nhau.

Thời gian trung bình mổ nội soi ở bệnh nhân có thoát vị bẹn là $40 \pm 6,5$ phút. Thời gian mổ nội soi dài hơn mổ mở do kĩ thuật cần gây mê nội khí quản, và thao tác nội soi sẽ cần thời gian hơn mổ mở.

Không có trường hợp nào ghi nhận các tai biến trong mổ như rách vào ruột, bàng quang, chảy máu, tổn thương thần kinh,... Điều này có thể giải thích do phẫu thuật mổ thoát vị bẹn trẻ em không phải phẫu tích nhiều và cũng không cần phục hồi thành bụng như ở người lớn. Đồng thời đây là một phẫu thuật có quy trình khá đơn giản, được thực hiện tại đơn vị phẫu thuật nhi khoa hàng đầu Việt nam, bởi các phẫu thuật viên có chuyên môn, kinh nghiệm tốt và thời gian thực hành lâu dài.

Các bệnh nhân mổ cấp cứu bao thoát vị thường phù nề nên sau mổ có sưng bìu và phù nề vết mổ hơn các bệnh nhân mổ phiên. Đồng thời những bệnh nhân này thường được theo dõi dài hơn sau mổ để phát hiện các biến chứng có thể có do tạng bị nghẹt. Vì vậy thời gian nằm viện trung bình của các bệnh nhân mổ cấp cứu ($2,8 \pm 1,2$) dài hơn các bệnh nhân mổ phiên ($1,8 \pm 1,1$).

Thời gian nằm viện trung bình của các bệnh nhân sau mổ mở ($1,78 \pm 1,3$) thấp hơn các bệnh nhân mổ nội soi ($2,29 \pm 1,5$). Các bệnh nhân mổ nội soi phải gây mê nội khí quản, bơm hơi ổ bụng nên cần thời gian theo dõi dài hơn, trong khi các bệnh nhân mổ mở có thể gây tê ngoài màng cứng kết hợp với thuốc mê bốc hơi qua đường thở, nên có thể tỉnh táo và đi lại ngay sau mổ rất ngắn.

Các bệnh nhân mổ phiên và mổ cấp cứu đều không có kết quả mổ kém, tức không có bệnh nhân nào bị tụ máu lớn vùng bìu do chảy máu phải mổ cầm máu, nhiễm trùng vết mổ hay viêm phúc mạc sau mổ phải mổ lại.

Nhóm bệnh nhân mổ phiên có tỉ lệ tốt cao hơn ở nhóm mổ cấp cứu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này có thể giải thích do mổ cấp cứu là các trường hợp có tổn thương tạng do thoát vị hoặc thoát vị nghẹt không thể đẩy lên ổ bụng vì vậy nguy cơ bị đau, sưng, phù nề, tụ máu, nhiễm trùng... sẽ cao hơn.

Theo dõi bệnh nhân sau mổ là vấn đề nhiều tác giả thường gặp khó khăn do các nguyên nhân từ phía gia đình và bệnh nhân. Đồng thời kết quả phẫu thuật tốt cũng có thể là lí do khiến gia đình ngại đưa bệnh nhân đi khám lại. Chúng tôi đã liên lạc với gia đình bệnh nhân qua điện thoại mời đưa bệnh nhân đến khám lại, hoặc trả lời qua điện thoại theo mẫu câu hỏi định sẵn. Có 604/915 trường hợp liên lạc thành công, có thể đánh giá kết quả xa của phẫu thuật.

97,2% bệnh nhân có kết quả mổ tốt tức vết thương liền đẹp, sẹo mờ mịn, không rối loạn cảm giác. Nhóm bệnh nhân mổ phiên có tỉ lệ tốt cao hơn ở nhóm mổ cấp cứu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này cũng có thể giải thích tương tự như kết quả điều trị gần.

11 bệnh nhân có kết quả trung bình là bị sẹo xấu hoặc đau tê kéo dài vùng vết mổ. Đau tê vùng này là do thần kinh chậu bẹn, sinh dục, chậu hạ vị bị thương tổn hay chèn ép. Vùng chi phối cảm giác của 3 thần kinh này có đan xen lẫn nhau nên khó nhận biết tổn thương sau mổ, cũng chính vì sự đan xen này mà rối loạn cảm giác có thể dần mất đi theo thời gian.

Trong nghiên cứu có 6 bệnh nhân có kết quả mổ kém gồm 4 bệnh nhân có thoát vị bẹn tái phát và 2 bệnh nhân có tinh hoàn bên mổ không xuống bìu. Tinh hoàn bên mổ không xuống bìu có nguyên nhân do sự co rút quá mức sau mổ mà tác giả L.Ioyd D đã đề cập đến. Chúng tôi không gặp trường hợp nào bị teo tinh hoàn do tổn thương mạch nuôi, sa tinh hoàn hay tràn dịch màng tinh hoàn. Cả 6 trường hợp này đều gặp ở trẻ nhỏ hơn 1 tuổi, điều này cho thấy mổ thoát vị bẹn ở lứa tuổi nhỏ sẽ khó hơn, dễ tái phát hơn, điều này giải thích do bao thoát vị ở nửa tuổi này dễ rách hơn khi phẫu tích, điều này nhiều nghiên cứu đã chỉ ra nguy cơ biến chứng xảy ra ở nhóm tuổi nhỏ hơn 1 tuổi hơn là các trẻ lớn [4].

V. KẾT LUẬN

Thoát vị bẹn trẻ em là một bệnh không nặng nề, chuẩn đoán không khó, điều trị phẫu thuật cho kết quả tốt, thời gian nằm viện ngắn, tỉ lệ biến chứng thấp. Nhóm bệnh nhân mổ phiên có kết quả gần và xa tốt hơn ở nhóm mổ cấp cứu,

do đó bệnh cần được tuyên truyền rộng rãi để phát hiện sớm, giảm tỉ lệ mổ cấp cứu do thoát vị nghẹt. Mổ mở và mổ nội soi cho kết quả tương đương tuy nhiên mổ nội soi có khả năng phát hiện thoát vị bên bên đối diện, vì vậy phương pháp phẫu thuật cần được cân nhắc trong từng trường hợp cụ thể và được thực hiện bởi bác sĩ chuyên khoa phẫu thuật nhi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Bích** (2002). "Các dị tật bẩm sinh của ống phúc tinh mạc", Đào tạo nâng cao kỹ năng lâm sàng cho Bác sĩ tuyến huyện, BV Việt Đức, Hà Nội, trang 94 - 99
2. **Nguyễn Thanh Liêm** (2002). "Các bệnh do tởn

- tại ống phúc tinh mạc", Phẫu thuật tiết niệu trẻ em, NXB Y học, Hà Nội, trang 124 - 137.
3. **Lloyd D. A, Rintala R. J** (1998). "Inguinal Hernia and Hydrocele", Pediatric Surgery, St. Louis: Mosby - Year Book, Inc, 5, 1071 - 1086.
4. **Sean Collins** (2002). "Hydrocele and hernia in Children" Medicine instant Access to the minds of Medicine.
5. **Grosfeld J. L** (1989). "Current concepts in inguinal hernia in infants and children", World J Surg 13: 506.
6. **Grosfeld J. L** (1991). "Inguinal hernia in children: factors affecting recurrence in 62 cases", J Pediatr Surg 26:283.
7. **Nguyễn Công Bình** (1995). "Góp phần nghiên cứu điều trị tràn dịch màng tinh hoàn và nang nước thừng tinh ở trẻ em", Luận án Thạc sĩ khoa học y dược, HVQY, trang 7 - 14.

TÁC DỤNG ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN NGÔN NGỮ TRÊN BỆNH NHÂN ĐỘT QUỴ NHỒI MÁU NÃO SAU GIAI ĐOẠN CẤP CỦA ĐIỆN CHÂM

Nguyễn Đức Minh¹, Nguyễn Vinh Quốc²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị rối loạn ngôn ngữ của điện châm trên bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não sau giai đoạn cấp. **Đối tượng và phương pháp:** 60 bệnh nhân tuổi từ 45 - 82 được chẩn đoán đột quỵ nhồi máu não lần đầu sau giai đoạn cấp, không phân biệt giới tính, tình nguyện tham gia nghiên cứu. Nhóm đối chứng điều trị bằng Nootropyl 0,8 x 04 viên/ngày kết hợp ngôn ngữ trị liệu có hướng dẫn. Nhóm nghiên cứu điều trị như nhóm đối chứng kết hợp điện châm phác đồ huyết tại chỗ và toàn thân. Phân độ rối loạn ngôn ngữ kết hợp lượng hóa điểm, đánh giá mức độ cải thiện ngôn ngữ sau 30 ngày điều trị. Theo dõi biến đổi một số chỉ tiêu huyết học và sinh hóa. **Kết quả:** sau 30 ngày điều trị, tỷ lệ rối loạn ngôn ngữ độ IV và V đã tăng từ 6% trước điều trị lên 76,6% sau điều trị. Điểm trung bình mức độ rối loạn ngôn ngữ tăng từ 2,2 ± 0,8 (điểm) trước điều trị lên 4,0 ± 0,9 (điểm) sau điều trị. 53,3% bệnh nhân có độ chuyển dịch ngôn ngữ đánh giá loại tốt sau điều trị. **Kết luận:** Điện châm có tác dụng điều trị phục hồi rối loạn ngôn ngữ sau đột quỵ nhồi máu não giai đoạn cấp.

Từ khóa: rối loạn ngôn ngữ, đột quỵ não, điện châm

SUMMARY

THE ELECTRIC ACUPUNCTURING EFFECT ON APHASIA TREATMENT APPLIED ON PATIENTS IN THE AFTER STAGE OF STROKE

Objective: To evaluate the achievement in

treating aphasia of electric acupuncture on patients who was in the after stage of stroke. **Subjects and Methods:** 60 volunteered patients, aging from 45 to 82, being diagnosed with stroke for the first time in the after stage, regardless of gender. The control group was treated with Nootropyl 0,8 x 04 tablet per day, combined with guided language therapy, the research group was treated the same but added electrocardiogram on spot and the whole body. Grade of language disorder combines quantitative scoring, evaluating the level of language improvement after 30 days of treatment. Monitor some changes in hematological and biochemical parameters. **Results:** after 30 days of medical care, the ratio of language disorder at level IV and V has increased from 6% to 76,6%. Average scores of language disorders increased from 2.2 ± 0.8 (points) before treatment to 4.0 ± 0.9 (points) after treatment. 53.3% of patients had a good quality of post-translational evaluation. **Conclusion:** Electric acupuncture has achievement in treating aphasia patients in the after stage of stroke.

Key words: aphasia, stroke, electric acupuncture

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não (ĐQN) đã và đang trở thành vấn đề được y học quan tâm đối với tất cả các nước trên thế giới trong đó có Việt Nam. ĐQN được xem là một trong ba nguyên nhân gây tử vong hàng đầu cùng với bệnh ung thư và tim mạch và cũng là nguyên nhân hàng đầu gây tàn phế. Tỷ lệ để lại di chứng mức độ vừa và nặng khoảng 50% trong đó tỷ lệ có kèm theo **rối loạn về ngôn ngữ** chiếm khoảng 40% [1], [2]. Theo Lê Thị Thanh Hương (2005), trong rối loạn ngôn ngữ (RLNN) sau ĐQN thì RLNN Broca chiếm tỉ lệ cao nhất với 37,50% [2]. RLNN làm hạn chế khả năng giao tiếp, ảnh hưởng đến tâm lý và đời

¹Bệnh viện Châm cứu Trung ương

²Viện Y học cổ truyền Quân đội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Minh

Email: drminhchamcuu@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 4.4.2018

Ngày duyệt bài: 12.4.2018

sống sinh hoạt hằng ngày của người bệnh. Do vậy, điều trị phục hồi RLNN sau ĐQN mang ý nghĩa y học, xã hội và nhân văn sâu sắc [1].

Trong các phương pháp điều trị RLNN sau ĐQN, điện châm là phương pháp được nhiều đơn vị y tế có cán bộ Y học cổ truyền (YHCT) lựa chọn sử dụng do kỹ thuật không quá phức tạp, chi phí thấp, hiệu quả điều trị khá tốt. Tuy nhiên, hiện nay còn ít các nghiên cứu về hiệu quả điều trị RLNN của điện châm. Để có cơ sở khoa học khẳng định tác dụng của phương pháp này, nghiên cứu được thực hiện nhằm mục tiêu đánh giá hiệu quả điều trị rối loạn ngôn ngữ của điện châm ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não sau giai đoạn cấp trên lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 60 bệnh nhân (BN) tuổi từ 45 – 82 được chẩn đoán đột quỵ nhồi máu não lần đầu sau giai đoạn cấp theo tiêu chuẩn chẩn đoán của WHO - 1989 [1], có RLNN loại Broca vùng liên vỏ vận động từ độ I đến độ V theo bảng chia độ của Goodglass và Kaplan [2]. Không phân biệt giới tính, tình nguyện tham gia nghiên cứu. Được điều trị nội trú tại Khoa Lão khoa/Bệnh viện Châm cứu Trung ương từ tháng 7/2016 - 6/2017. Không đưa vào nghiên cứu các BN nhồi máu não từ lần thứ 2 trở lên, BN ĐQN do các nguyên nhân bệnh lý về máu, tắc mạch do khí, u não, suy tim.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng mở có đối chứng, nghiên cứu tiến cứu. So sánh kết quả trước và sau đợt điều trị. 60 BN được chia thành 2 nhóm:

- Nhóm đối chứng (NĐC): 30 BN, được dùng Nootropyl 800mg x 04 viên/ngày chia 2 lần sáng – chiều, kết hợp ngôn ngữ trị liệu có hướng dẫn 20 phút/ngày x 5 ngày/tuần.

- **Nhóm nghiên cứu (NNC): 30 BN, được điều trị như NĐC, kết hợp điện châm (phác đồ huyết:** Thượng liên tuyền, Ngoại kim tâm, Ngoại ngọc dịch, Nhân nghinh, Thủy đột, Khí xá, Bách hội, Phong trì, Hợp cốc, Nội quan, Thái khê, Tam âm giao), châm bổ/tả tùy theo tình trạng hư/thực của người bệnh ngày 1 lần, mỗi lần 30 phút.

2.3. Chỉ tiêu theo dõi và đánh giá

- **Lâm sàng:** đặc điểm chung các đối tượng nghiên cứu (tuổi, giới). Tình trạng RLNN theo Goodglass và Kaplan có kết hợp lượng hóa điểm [2]. Phân thành các độ: độ I (giao tiếp bằng những mẫu phát ngôn, mức trao đổi thông tin rất hạn chế, người đối thoại liên tục phải hỏi lại, 5 điểm), độ II (có thể hội thoại về các chủ đề quen thuộc với sự giúp đỡ của người đối thoại, 4 điểm), độ III (có thể trao đổi về hầu hết các vấn đề hằng ngày mà không cần trợ giúp hoặc trợ giúp rất ít, 3 điểm), độ IV (hạn chế một chút về mức độ lưu loát khi nói, không gặp khó khăn khi diễn đạt hoặc tìm ý tưởng, 2 điểm), độ V (kiếm khuyết tối thiểu về nói, chỉ BN tự cảm thấy những nhưng người đối thoại không/rất khó nhận biết, 1 điểm).

Đánh giá mức độ cải thiện ngôn ngữ sau 30 ngày điều trị. Phân thành các loại: Tốt (tăng hơn 2 độ so với trước điều trị), khá (tăng lên 1 độ so với trước điều trị), không kết quả (không chuyển dịch hoặc giảm độ so với trước điều trị).

- **Cận lâm sàng:** xét nghiệm hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, huyết sắc tố, ALT, AST, ure máu, creatinin máu tại các thời điểm trước điều trị (D₀) và sau 30 ngày điều trị (D₃₀).

2.4. Xử lý số liệu: Các số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0 for Windows. Các thuật toán được áp dụng: tính tỷ lệ phần trăm, tính số trung bình mẫu, độ lệch chuẩn, so sánh số trung bình theo thuật toán T-Student.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung các bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung các bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ tiêu		NNC (n=30) ¹		NĐC (n=30) ²		p ₁₋₂
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Tuổi	45 - 70	14	46,7	13	43,3	>0,05
	≥70	16	53,3	17	56,7	>0,05
	Trung bình ($\bar{x} \pm SD$)	69,4 ± 10,1		69,2 ± 10,5		>0,05
Giới tính	Nam	19	63,3	16	53,3	>0,05
	Nữ	11	36,7	14	46,7	>0,05
Độ rối loạn ngôn ngữ	Độ I	5	16,7	3	10,0	>0,05
	Độ II	15	50,0	12	40,0	>0,05
	Độ III	8	26,7	12	40,0	>0,05
	Độ IV	2	6,6	3	10,0	>0,05
	Độ V	0	0	0	0	>0,05

Tuổi trung bình các BN nghiên cứu là $69,3 \pm 10,3$ (năm), trong đó ở NNC là $69,4 \pm 10,1$ (năm), NĐC là $69,2 \pm 10,5$ (năm). Tuổi trung bình cũng như phân bố BN theo nhóm tuổi của NNC và NĐC là tương đương ($p > 0,05$). Độ tuổi mắc bệnh trên 70 chiếm tỷ lệ cao hơn trong nghiên cứu (55%). Tỷ lệ BN mắc bệnh là nam giới chiếm 58,3%. Không khác biệt về tỉ lệ nam/nữ ở NNC và NĐC ($p > 0,05$). Mức độ RLNN sau ĐQN giai đoạn cấp ở NNC và NĐC là tương đương ($p > 0,05$).

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 2. Mức độ cải thiện rối loạn ngôn ngữ sau điều trị

Độ rối loạn ngôn ngữ	NNC (n=30) ¹		NĐC (n=30) ²		p ₁₋₂
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Độ I	0	0	1	3,3	<0,05
Độ II	2	6,7	5	16,7	<0,05
Độ III	5	16,7	17	56,6	<0,05
Độ IV	13	43,3	5	16,7	<0,05
Độ V	10	33,3	2	6,7	<0,05

Sau 30 ngày điều trị, tình trạng RLNN của các BN nghiên cứu đều được cải thiện. Tỷ lệ BN đánh giá RLNN độ IV và độ V ở NNC là 76,6%, cao hơn có ý nghĩa so với NĐC (23,4%), khác biệt với $p < 0,05$.

Bảng 3. Điểm trung bình mức độ rối loạn ngôn ngữ qua các thời điểm ($\bar{X} \pm SD$)

Nhóm	Thời điểm			Mức chênh (D ₃₀ – D ₀)	p _{D30-D0}
	D ₀	D ₁₅	D ₃₀		
NNC (n=30) ⁽¹⁾	$2,2 \pm 0,8$	$2,9 \pm 0,9$	$4,0 \pm 0,9$	$1,8 \pm 0,8$	<0,05
NĐC (n=30) ⁽²⁾	$2,5 \pm 0,8$	$2,8 \pm 0,8$	$3,1 \pm 0,9$	$0,7 \pm 0,6$	<0,05
p ₁₋₂	>0,05	>0,05	<0,05	<0,05	

Điểm trung bình mức độ RLNN có xu hướng tăng dần qua các thời điểm theo dõi. Sau 30 ngày điều trị, điểm trung bình mức độ RLNN ở NNC cải thiện tốt hơn có ý nghĩa so với NĐC ($p < 0,05$). Mức chênh điểm trung bình trước và sau 30 ngày điều trị ở NNC cũng cao hơn có ý nghĩa so với NĐC.

Bảng 4. Kết quả cải thiện ngôn ngữ ở các bệnh nhân nghiên cứu

Độ dịch chuyển ngôn ngữ	NNC (n=30) ¹		NĐC (n=30) ²		p ₁₋₂
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Tốt	16	53,3	09	30,0	<0,05
Khá	12	40,0	15	50,0	<0,05
Không kết quả	02	06,7	06	20,0	<0,05

Sau liệu trình điều trị, 53,3% BN ở NNC có độ dịch chuyển ngôn ngữ đánh giá loại tốt, cao hơn có ý nghĩa so với NĐC (30%).

Bảng 5. Kết quả một số chỉ tiêu cận lâm sàng trên các đối tượng nghiên cứu

Chỉ tiêu	Thời điểm	NNC (n=30; $\bar{X} \pm SD$)	NĐC (n=30; $\bar{X} \pm SD$)	p _{NC-ĐC}
Hồng cầu (T/l)	Trước điều trị	$3,7 \pm 0,08$	$3,7 \pm 0,18$	>0,05
	Sau điều trị	$3,9 \pm 0,12$	$3,8 \pm 0,12$	>0,05
	p _{tr-s}	>0,05	>0,05	
Bạch cầu (G/l)	Trước điều trị	$7,6 \pm 0,59$	$7,3 \pm 0,31$	>0,05
	Sau điều trị	$6,7 \pm 0,32$	$6,8 \pm 0,36$	>0,05
	p _{tr-s}	>0,05	>0,05	
Huyết sắc tố (g/dl)	Trước điều trị	$12,3 \pm 1,06$	$12,5 \pm 0,74$	>0,05
	Sau điều trị	$13,1 \pm 0,83$	$12,9 \pm 0,71$	>0,05
	p _{tr-s}	>0,05	>0,05	
Tiểu cầu (G/l)	Trước điều trị	$231,3 \pm 29,8$	$233,6 \pm 28,1$	>0,05
	Sau điều trị	$221,2 \pm 24,1$	$230,1 \pm 24,8$	>0,05
	p _{tr-s}	>0,05	>0,05	
Ure (mmol/l)	Trước điều trị	$5,12 \pm 1,27$	$5,46 \pm 1,07$	>0,05
	Sau điều trị	$4,97 \pm 0,84$	$4,93 \pm 0,82$	>0,05
	p _{tr-s}	>0,05	>0,05	
Creatinin (μmol/l)	Trước điều trị	$81,77 \pm 13,95$	$85,42 \pm 13,85$	>0,05
	Sau điều trị	$77,87 \pm 11,1$	$85,55 \pm 13,85$	>0,05
	p _{tr-s}	>0,05	>0,05	
AST (U/l)	Trước điều trị	$38,47 \pm 16,01$	$37,5 \pm 6,94$	>0,05

ALT (U/l)	Sau điều trị	27,1 ± 11,41	40 ± 8,42	>0,05
	p _{tr-s}	>0,05	>0,05	
	Trước điều trị	32,87 ± 14,54	36,5 ± 7,58	>0,05
	Sau điều trị	26,47 ± 6,89	37,27 ± 8,33	>0,05
	p _{tr-s}	>0,05	>0,05	

Sau 30 ngày điều trị, chưa nhận thấy sự khác biệt giữa các chỉ tiêu huyết học và sinh hóa giữa NNC và NĐC tại cùng thời điểm cũng như khi so sánh trước và sau điều trị ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về đặc điểm chung các bệnh nhân nghiên cứu: Tuổi trung bình các đối tượng trong nghiên cứu là $69,3 \pm 10,3$ (năm), tuổi mắc bệnh trên 70 chiếm tỷ lệ 55%. Không có sự khác biệt về tuổi trung bình và phân bố nhóm tuổi giữa NNC và NĐC. Kết quả này phù hợp với nhận định của nhiều tác giả, đều thống nhất cho rằng độ tuổi ĐQN có xu hướng gia tăng từ độ tuổi trên 50, tuổi thường gặp là 60-70 tuổi [1], [3], [4]. Theo lý luận YHCT, tuổi càng cao nguyên khí càng kém, công năng tạng phủ, khí huyết hư suy, dinh vệ, tấu lý sơ hở... tà khí ở bên ngoài dễ xâm nhập gây nên bệnh [5].

Trong nghiên cứu, 58,3% BN là nam giới, theo nhận định của chúng tôi, tỷ lệ này có lẽ liên quan tới thói quen sinh hoạt và một số yếu tố nguy cơ khác thường gặp ở nam giới như hút thuốc lá, uống rượu bia, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu... Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Hoàng Thị Bình Minh (2010), Dương Đình Chinh và cộng sự (2011) [3], [4].

Về mức độ RLNN, 91,7% các BN nghiên cứu có RLNN độ I, II, III (tỷ lệ này ở NNC là 93,4% và ở NĐC là 90%), tương tự nhận xét của Lê Thị Thanh Hường (2005), Nguyễn Tài Thu và Vũ Thường Sơn (1994) [2], [6]. Như vậy, điều trị phục hồi RLNN cho người bệnh sau ĐQN là vấn đề cần thiết, mang ý nghĩa xã hội và nhân văn sâu sắc.

4.2. Về kết quả điều trị: Theo lý luận YHCT, các huyết sử dụng trong nghiên cứu đều nằm trên kinh túc quyết âm Can, kinh túc thiếu âm Thận, kinh thủ dương minh Đại trường và kinh túc dương minh Vị, nhằm mục đích bổ Can Thận, mạnh gân cơ, thông khí huyết, kinh lạc. Điện châm có tác dụng điều khí, giúp lưu thông khí huyết nơi kinh lạc bị bế tắc, từ đó giúp hoạt huyết hóa ứ [7]. Châm cứu hoặc điện châm là kỹ thuật đơn giản, có thể thực hiện tại nhiều tuyến y tế cơ sở có nhân viên YHCT, chi phí thấp. Theo nghiên cứu Y học hiện đại, điện châm nhằm mục đích tạo phản ứng kích thích hệ thần kinh, qua đó tạo cung phản xạ kết nối quá trình liên lạc đến hệ thần kinh não bộ trong đó có trung khu ngôn ngữ. Mặt khác, điện châm giúp

cơ thể sản sinh các chất trung gian có tác dụng phục hồi chức năng bị tổn thương, những chất này có thể xem như thuốc tự thân [6], [7]. Nghiên cứu kết hợp phác đồ nền bằng thuốc cải thiện tuần hoàn não Nootropyl và chế độ tập phục hồi ngôn ngữ có hướng dẫn kết hợp kỹ thuật điện châm huyết tại chỗ và toàn thân mà nhóm nghiên cứu thực hiện đã góp phần mang lại hiệu quả điều trị RLNN sau ĐQN khá tốt. Sau 30 ngày điều trị, tình trạng RLNN của các BN NNC đều được cải thiện. Tỷ lệ RLNN độ IV và V đã tăng từ 6% trước điều trị lên 76,6% sau điều trị. Điểm trung bình mức độ rối loạn ngôn ngữ tăng từ $2,2 \pm 0,8$ (điểm) trước điều trị lên $4,0 \pm 0,9$ (điểm) sau điều trị. 53,3% BN sau điều trị có độ chuyển dịch ngôn ngữ đánh giá loại tốt. Các kết quả này cao hơn có ý nghĩa so với NĐC. So sánh kết quả điều trị với một số nghiên cứu trong nước, kết quả này của chúng tôi là tương đương [6].

Trong quá trình nghiên cứu, không gặp tai biến chảy máu, nhiễm khuẩn tại chỗ, điều này cho thấy trình độ và năng lực của kỹ thuật viên Bệnh viện Châm cứu Trung ương khi thực hiện kỹ thuật châm cứu. Không nhận thấy ảnh hưởng của phương pháp tới các chỉ số huyết học và sinh hóa trên các đối tượng nghiên cứu. Điều này góp phần minh chứng thêm cho tính an toàn của phương pháp, vì vậy có thể triển khai rộng rãi phương pháp này trong sự nghiệp chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cộng đồng.

V. KẾT LUẬN

Từ các kết quả thu được trong nghiên cứu, chúng tôi rút ra nhận xét: Điện châm có tác dụng điều trị phục hồi rối loạn ngôn ngữ sau đột quỵ nhồi máu não giai đoạn cấp. Sau 30 ngày điều trị, tỷ lệ rối loạn ngôn ngữ độ IV và V đã tăng từ 6% trước điều trị lên 76,6% sau điều trị. Điểm trung bình mức độ rối loạn ngôn ngữ tăng từ $2,2 \pm 0,8$ (điểm) trước điều trị lên $4,0 \pm 0,9$ (điểm) sau điều trị. 53,3% bệnh nhân có độ chuyển dịch ngôn ngữ đánh giá loại tốt sau điều trị.

Điện châm không ảnh hưởng bất lợi tới chỉ số huyết học và một số chỉ tiêu sinh hoá máu sau 30 ngày điều trị ở tất cả các bệnh nhân nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Thông (2008). *Đột quy não - cấp cứu - điều trị - dự phòng*, NXB Y học, Hà Nội.
2. Lê Thị Thanh Hương (2005). *Đặc điểm lâm sàng rối loạn ngôn ngữ ở bệnh nhân tai biến mạch máu não*, Luận văn thạc sĩ y học, Học viện Quân y.
3. Dương Đình Chinh, Nguyễn Văn Chương và Đoàn Huy Hậu (2011). Một số đặc điểm dịch tễ học tai biến mạch máu não tại Nghệ An (2000-2007). *Tạp chí Y học Thực hành*, 760 (4), 113-116.
4. Hoàng Thị Bình Minh (2010). *Nghiên cứu độc tính cấp và đánh giá hiệu quả điều trị đột quỵ do*

Nhồi máu não của viên An cung ngư hoàng hoàn, Luận văn Thạc sĩ Y học, Học viện Quân y.

5. *Viện Y học cổ truyền Quân đội (2013). Một số chuyên đề nội khoa Y học cổ truyền*, NXB Quân đội nhân dân, Hà Nội.
6. Nguyễn Tài Thu và Vũ Thường Sơn (1994). Phục hồi vận ngôn bằng châm cứu trên bệnh nhân tai biến mạch máu não. *Tạp chí Châm cứu Việt Nam*, 14, 23-26.
7. Nguyễn Tài Thu và Trần Thúy (1997). *Châm cứu sau Đại học*, NXB Y học, Hà Nội.

ÁP DỤNG PHÂN ĐỘ TẾ BÀO HỌC CỦA ROBINSON TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ VÚ

Trần Mạnh Hà*, Nguyễn Văn Hưng**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Áp dụng hệ thống phân độ tế bào học của Robinson cho các mẫu tế bào học chọc hút kim nhỏ ở bệnh nhân ung thư vú nhằm xác định mức độ ác tính về tế bào học và giá trị của phương pháp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 56 trường hợp ung thư biểu mô vú được khám lâm sàng và xét nghiệm tế bào học hút kim nhỏ tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình. **Kết quả:** Theo phân độ tế bào học của Robinson có 9 trường hợp độ I (16,1%), 31 độ II (55,3%) và 16 độ III (28,6%). So với phân độ mô học theo Scarff-Bloom-Richardson sửa đổi (Phân độ Nottingham), phân độ tế bào học có sự phù hợp đáng kể với độ mô học. **Kết luận:** Phân độ tế bào học chọc hút kim nhỏ theo phương pháp Robinson là một phương pháp chính xác, có giá trị, dễ thực hiện, cho phép đánh giá mức độ ác tính của ung thư biểu mô tuyến vú.

Từ khóa: Ung thư vú, phân độ tế bào học của Robinson, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ.

SUMMARY

APPLICATION OF ROBINSON'S CYTOLOGICAL GRADING SYSTEM ON FINE-NEEDLE ASPIRATION FOR BREAST CANCER

Objective: Application of Robinson's cytological grading system on fine-needle aspiration for breast cancer to determine the grade of breast cancer and the value of the method. **Subjects and Methods:** 56 cases breast cancer were performed physical examination and aspirated and the smears were graded using Robinson's criteria in Thai Binh Medical University Hospital. **Results:** In 56 cases, cytological classification of 9 cases of grade I (16.1%), 31 cases

grade II (55.3%) and 16 cases of grade III (28.6%). Compared with the histology grading according to Nottingham modification of Scarff-Bloom-Richardson, Robinson's cytological grading was substantial conformity with the histological grade of breast carcinoma. **Conclusion:** Robinson's cytological grading system on fine needle aspiration for breast cancer is an simple, accurate and valuable method and possible to grade cytologically the breast carcinoma.

Keywords: Breast carcinoma, Robinson's cytological grading, fine needle aspiration.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN năm 2012, ung thư vú là bệnh đứng hàng thứ 2 trên thế giới và là loại ung thư phổ biến nhất ở nữ giới. Ước tính 1,7 triệu ca ung thư mới mắc được chẩn đoán năm 2012 (chiếm tỷ lệ 25% tất cả các loại ung thư). UTV phổ biến ở cả những nước phát triển cũng như nước đang phát triển [1]. Ở Việt Nam, theo ghi nhận của Bùi Diệu và cộng sự, năm 2010 có 12.533 trường hợp ung thư vú, ước tính con số này lên đến 22.612 trường hợp vào năm 2020 [2]. Việc chẩn đoán phát hiện UTV đến nay đã có nhiều tiến bộ thông qua các chương trình khám sàng lọc tại cộng đồng và tại các Bệnh viện do áp dụng nhiều phương pháp phối hợp như khám lâm sàng, chụp nhũ ảnh, siêu âm cùng chọc hút tế bào bằng kim nhỏ đã giúp phát hiện và điều trị kịp thời, góp phần làm giảm tỉ lệ tử vong do UTV.

Chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (CHTBKN) là một kỹ thuật đơn giản, dễ thực hiện, chi phí thấp, thích hợp trong việc tầm soát tại cộng đồng [3],[4]. Việc kết hợp giữa khám lâm sàng và CHTBKN dưới hướng dẫn của siêu âm giúp làm tăng độ chính xác của chẩn đoán bệnh tuyến vú do có thể lấy trúng tổn thương với kích thước khá nhỏ (dưới 10mm).

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình

**Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Mạnh Hà

Email: manhhaha.tbump@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2018

Ngày duyệt bài: 9.4.2018

Để giảm thiểu mức độ phức tạp và khả năng tai biến của kỹ thuật xâm lấn, Robinson đã nghiên cứu phân độ tế bào học trong ung thư tuyến vú và đã phát hiện sự phù hợp cao giữa độ tế bào học với độ mô học của Bloom Richardson sửa đổi [5]. Tại Việt Nam, hiện chưa có những nghiên cứu có áp dụng phân độ tế bào học trong chẩn đoán ung thư vú. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình nhằm các mục tiêu sau:

1- *Phân độ tế bào học chọc hút bằng kim nhỏ trong chẩn đoán ung thư vú.*

2- *Đối chiếu kết quả phân độ tế bào học chọc hút bằng kim nhỏ với độ mô học sau phẫu thuật cho các mẫu ung thư vú được nghiên cứu.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bảng 2.1. Thang điểm về tế bào học theo Robinson

Thông số tế bào học	1 điểm	2 điểm	3 điểm
Sự phân ly của tế bào	Chủ yếu tạo đám	Đám và rải rác	Chủ yếu là đơn lẻ
Kích thước tế bào	Gấp 1-2 hồng cầu	Gấp 3-4 HC	Gấp 5 hồng cầu (HC)
Sự đồng nhất tế bào	Đơn dạng	Tương đối đều	Đa hình thái
Hạt nhân	không rõ	Tương đối rõ	Nổi bật hay đa hình thái
Màng nhân	Mịn	Có nếp gấp	Lồi lõm, khe
Chất nhuộm sắc	Đều	Có hạt	Đồng vốn hoặc sáng

Tổ hợp điểm: Từ 6-11 điểm: độ I (GI)

Từ 12-14 điểm: độ II (GII)

Từ 15-18 điểm: độ III (GIII)

- Xét nghiệm mô bệnh học những trường hợp UTV sau phẫu thuật. Sử dụng phân độ mô học theo hệ thống phân loại Scarff-Bloom-Richardson có sửa đổi (phân độ Nottingham) [9].

Bảng 2.2. Hệ thống phân độ Nottingham (Theo Bloom và Richard có sửa đổi)

	1 điểm	2 điểm	3 điểm
A. Dạng ống	>75%	10-75%	<10%
B. Số nhân chia/1vi trường ở độ phóng đại cao	< 7	7-12	>12
C. - Kích thước nhân - Sự đa hình thái nhân	- Gần bình thường - Ít biến đổi	- Khá to - Biến đổi vừa phải	- Rất to - Đa hình thái

***Đánh giá độ mô học:** Tính tổng điểm A+B+C
+ 3 - 5 điểm: Độ 1 - Biệt hóa rõ. (Tiền lượng tốt)

+ 6 - 7 điểm: Độ 2 - Biệt hóa vừa. (Tiền lượng vừa)

+ 8-9 điểm: Độ 3 - Biệt hóa kém. (Tiền lượng xấu)

2.2.2. **Chọn mẫu:** Chọn mẫu toàn bộ, có chủ đích phù hợp với tiêu chuẩn đối tượng nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 56 trường hợp tổn thương vú ác tính đã được chẩn đoán bằng phương pháp tế bào học chọc hút kim nhỏ và mô bệnh học tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình và Bệnh viện K Trung ương cơ sở 1, 2, 3.

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 56 trường hợp ung thư vú khám tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình trong thời gian nghiên cứu từ tháng 1 năm 2014 đến tháng 5 năm 2016.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Thực hiện nghiên cứu mô tả, tiến cứu kết hợp đối chiếu kết quả tế bào học với mô bệnh học sau phẫu thuật các trường hợp UTV.

- Xét nghiệm tế bào học: Sử dụng phương pháp chọc hút tế bào bằng kim nhỏ. Áp dụng phân độ tế bào học theo hệ thống Robinson với 6 thông số tế bào học: phân ly tế bào, kích thước tế bào, sự đồng nhất tế bào, hạt nhân, màng nhân và chất nhuộm sắc, sau đó nhóm chúng thành ba độ theo tổng số điểm.

3.1. Phân độ tế bào học theo thang chấm điểm Robinson

Trong số 56 trường hợp được phân độ tế bào học theo phương pháp phân độ của Robinson như sau:

Bảng 3.1. Phân độ tế bào học theo thang điểm Robinson

Độ tế bào học	Số lượng	Tỉ lệ %
GI (6-11 điểm)	9	16,1
GII (12-14 điểm)	31	55,3
GIII (15-18 điểm)	16	28,6
Tổng	56	100

Theo phân độ Robinson, trong số 56 trường hợp ung thư vú có 9 trường hợp độ I (chiếm 16,1%), 31 trường hợp độ II (chiếm 55,3%) và 16 trường hợp độ III (28,6%).

Bảng 3.2. Đặc điểm tế bào trong phân độ tế bào học

Đặc điểm tế bào u		Độ I			Độ II			Độ III		
		1đ	2đ	3đ	1đ	2đ	3đ	1đ	2đ	3đ
Sự phân ly của tế bào	n	4	5	0	0	18	13	0	2	14
	%	44,4	55,6			58,1	41,9		12,5	87,5
Kích thước tế bào	n	5	4	0	1	30	0	0	13	3
	%	55,6	44,4		3,2	96,8			81,3	18,8
Sự đồng nhất TB	n	0	9	0	0	16	15	0	0	16
	%		100			51,6	48,4			100
Hạt nhân	n	2	7	0	0	31	0	0	7	9
	%	22,2	77,8			100			43,8	56,3
Màng nhân	n	5	4	0	0	31	0	0	8	8
	%	55,6	44,4			100			50,0	50,0
Chất nhiễm sắc	n	2	7	0	1	29	1	0	12	4
	%	22,2	77,8		3,2	93,5	3,2		75,0	25,0

Với 9 trường hợp GI, các đặc điểm bất thường của tế bào chủ yếu nằm ở mức 1-2 điểm. Không có trường hợp nào ở mức 3 điểm. Đặc điểm tế bào học ở nhóm này thường là tế bào u thường tạo thành đám, kích thước tế bào gấp từ 1 đến 4 lần hồng cầu, hình thái tương đối đều nhau, hạt nhân tương đối rõ, màng nhân mịn hoặc có nếp gấp và chất nhiễm sắc có hạt.

Trong 31 trường hợp GII, các đặc điểm bất thường của tế bào thường gặp ở mức 2 điểm (từ 51,6% đến 100%). Trong nhóm này, đặc điểm tế bào u đa dạng hơn: tế bào u vừa tạo đám và rải rác hoặc đơn lẻ, kích thước tế bào bằng 3-4 lần hồng cầu và tương đối đều, hạt nhân tương đối rõ, màng nhân có nếp gấp và chất nhiễm sắc chủ yếu là có hạt.

Trong 16 trường hợp GIII, mức 3 điểm chiếm tỷ lệ cao nhất (50,0 - 100%), ngoại trừ kích thước tế bào và đặc điểm chất nhiễm sắc tập

trung ở mức 2 điểm. Tế bào u trong trường hợp này thường đơn lẻ, kích thước bằng 3-4 lần hồng cầu và đa hình thái, hạt nhân nổi bật hoặc đa hình thái, màng nhân thường có nếp gấp hoặc lõm, có khe và chất nhiễm sắc có hạt hoặc đông vón.

3.2. Phân độ mô học theo hệ thống Scarff Bloom Richardson sửa đổi (phân độ Nottingham)

Bảng 3.3. Phân độ mô học ung thư biểu mô ống tuyến vú

Độ tế bào học	Số lượng	Tỉ lệ %
GI (3-5 điểm)	7	12,5
GII (6-7 điểm)	32	57,1
GIII (8-9 điểm)	17	30,4
Tổng	56	100

Trong 56 trường hợp ung thư biểu mô tuyến vú có 32 trường hợp (chiếm 57,1%) độ II, 17 trường hợp độ III (30,4%) và có 7 trường hợp độ I chiếm 12,5%.

3.3. Đối chiếu kết quả phân độ tế bào học với độ mô học

Bảng 3.4. Kết quả phân độ tế bào học và mô bệnh học

Phân độ tế bào học	Độ mô học						Tổng	
	GI		GII		GIII			
	n	%	N	%	n	%	n	%
GI	6	66,7	3	33,3	0	0,0	9	100
GII	1	3,2	29	93,5	1	3,3	31	100
GIII	0	0,0	0	0,0	16	100	16	100
Tổng	7	12,5	32	57,1	17	30,4	50	100

Trong 9 trường hợp độ I về tế bào học có 6 mẫu phù hợp với độ mô học. Tương tự, 31 trường hợp tế bào học độ II thì có tới 29 trường hợp phù hợp với độ mô học. Đặc biệt 16 trường hợp tế bào học độ III đều phù hợp với độ mô học.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Phân độ tế bào học theo thang điểm Robinson

Trong 56 trường hợp ung thư vú, độ tế bào học tập trung ở độ II và độ III, những trường hợp được chẩn đoán sớm (độ I) chiếm tỉ lệ thấp. Người bệnh thường đi khám ở giai đoạn u đã phát triển, có triệu chứng kèm theo như

khối u phát triển nhanh, u lớn gây khó chịu hoặc có viêm loét.

Theo thang điểm của Robinson, căn cứ 6 đặc điểm tế bào u để tính điểm và chia độ tế bào học, bao gồm sự phân ly của tế bào; kích thước tế bào; sự đồng nhất tế bào; hạt nhân; màng nhân và chất nhiễm sắc.

Xét về đặc điểm tế bào trong từng nhóm phân độ tế bào học, bảng 3.2 cho thấy: Với 9 trường hợp GI, các đặc điểm bất thường của tế bào chủ yếu nằm ở mức 1-2 điểm, không có trường hợp nào ở mức 3 điểm. Đặc điểm tế bào học ở nhóm này thường là tế bào u tạo thành đám có hoặc không kèm theo các tế bào rải rác, kích thước tế bào bằng 1-2 lần hồng cầu (5 trường hợp), tương đối đều nhau (100% trường hợp), hạt nhân tương đối rõ (7 trường hợp), màng nhân mịn (5 trường hợp) và chất nhiễm sắc có hạt (7 trường hợp).

Trong 31 trường hợp GII, các đặc điểm bất thường của tế bào thường gặp ở mức 2 điểm (51,6 - 100%). Trong nhóm này, đặc điểm tế bào u đa dạng hơn: tế bào u vừa tạo đám và rải rác (18 trường hợp) hoặc đơn lẻ (13 trường hợp), kích thước tế bào bằng 3-4 lần hồng cầu (30 trường hợp), tương đối đều (16 trường hợp) hoặc đa hình thái (15 trường hợp), 100% trường hợp đều có hạt nhân tương đối và màng nhân có nếp gấp, chất nhiễm sắc chủ yếu là có hạt (29 trường hợp).

Đối với nhóm GIII (16 trường hợp), các đặc điểm bất thường của tế bào ở mức 3 điểm là chủ yếu (50,0 - 100%), ngoại trừ kích thước tế bào và đặc điểm chất nhiễm sắc tập trung ở mức 2 điểm. Tế bào u trong trường hợp đơn lẻ (6 trường hợp), kích thước tế bào bằng 3-4 lần hồng cầu (14 trường hợp) và đa hình thái (100% trường hợp), hạt nhân nổi bật hoặc đa hình thái (9 trường hợp), màng nhân có nếp gấp (8 trường hợp) hoặc lõm, có khe (8 trường hợp) nhưng chất nhiễm sắc chủ yếu là có hạt (12 trường hợp), chỉ có 4 trường hợp chất nhiễm đồng vốn hoặc sáng.

Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của một số tác giả thế giới khi sử dụng phân độ tế bào học của Robinson, cụ thể, khi độ tế bào học càng cao (nghĩa là độ ác tính cao - GIII) các tế bào u thường đứng riêng lẻ xa rời nhau (độ phân tán tế bào cao), trong khi ở độ ác tính thấp (GI), các tế bào u thường tạo thành đám (vẫn giữ được mối liên kết tế bào) [6].

4.2. Đối chiếu kết quả phân độ tế bào học CHTBKN với độ mô học

Phương pháp tế bào học CHTBKN để chẩn đoán tổn thương vú đã được sử dụng từ rất lâu và cho tới nay nó vẫn có giá trị không những đối với tuyến vú mà còn với rất nhiều cơ quan khác. Việc sử dụng phân độ tế bào học theo thang điểm của Robinson đối với các trường hợp ung thư biểu mô tuyến vú và so sánh với kết quả mô

bệnh học là rất quan trọng trong đánh giá giá trị của phương pháp này (bảng 3.4).

Kết quả đáng chú ý là 16/16 (chiếm 100%) trường hợp độ III về tế bào học đã được mô bệnh học xác nhận là những ung thư kém biệt hóa (độ III về mô bệnh học). Chỉ có 3 trường hợp tế bào học độ I và 2 trường hợp độ II không phù hợp với độ mô học (bảng 3.4).

Phương pháp phân độ tế bào học theo thang điểm Robinson cho các mẫu tế bào chọc hút bằng kim nhỏ trong ung thư biểu mô tuyến vú đã được phần lớn các tác giả thế giới ủng hộ vì trong những trường hợp tái phát sau các can thiệp điều trị, để đánh giá lại mức độ ác tính của mô và tế bào u, người ta thường không sinh thiết hoặc phẫu thuật lại mà chỉ sử dụng kỹ thuật tế bào học chọc hút bằng kim nhỏ để đánh giá những biến đổi tế bào u sau điều trị, trong đó có đánh giá độ ác tính của tế bào.

Về mặt độ tế bào u, các nghiên cứu trước đây cho thấy mật độ tế bào là một tiêu chí hữu ích để đánh giá mức độ bất thường tế bào. Tuy nhiên, mật độ tế bào trên phiên đồ còn phụ thuộc nhiều vào nhiều yếu tố như kỹ thuật dàn tiêu bản, thủ thuật có lấy trúng mô u hay không,... Kích thước nhân đã được xác định như là một chỉ số tiên lượng nhưng nó có thể không thực sự chính xác vì ảnh hưởng của mức teo nhân tế bào sau chết. Trong phương pháp này vấn đề đó đã được khắc phục bằng cách so sánh kích thước nhân với kích thước hồng cầu liền kề. Đa hình thái tế bào là một tiêu chí quan trọng và có thể dễ dàng so sánh với đa hình thái trên mô học.

Chúng tôi đánh giá ba thành phần của tế bào một cách riêng biệt: sự đồng nhất tế bào, màng nhân và hình thái chất nhiễm sắc, ngoài ra còn 3 thông số khác gồm sự phân ly tế bào, kích thước tế bào có kèm theo hạt nhân hay không.

Từ khi xuất hiện phương pháp hóa trị bổ trợ trước phẫu thuật và hơn nữa, do thực tế các khối u có phân độ tế bào học cao (GIII) thì thường phát triển nhanh nhưng lại có đáp ứng với hóa trị liệu tốt hơn so với phân độ tế bào học thấp (GI). Vì vậy, việc đánh giá đặc tính sinh học tế bào u trước khi can thiệp đến chúng là việc vô cùng cần thiết.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ cao phù hợp giữa chẩn đoán tế bào học so với mô bệnh học. 51/56 (91,07%) trường hợp ung thư biểu mô tuyến vú được phân độ tế bào học theo Robinson phù hợp với độ mô học theo Scarff Bloom Richardson sửa đổi.

Trong số 05 (8,93%) trường hợp không phù hợp giữa tế bào học và mô bệnh học, 03 trường

hợp độ I về tế bào học nhưng mô bệnh học lại là typ biệt hóa vừa (GII) và 02 trường hợp độ II về tế bào học (dạng biệt hóa vừa) nhưng trên mô học có 01 trường hợp là typ biệt hóa rõ (GI) và 01 trường hợp là typ kém biệt hóa (GIII). Điều này có thể được giải thích do mô u có những vùng biệt hóa khác nhau về độ mô học (không đồng nhất về độ mô học) nên với kỹ thuật CHTBKN không phải khi nào cũng lấy được vùng tế bào đại diện cho u, nên nếu kim chọc hút chỉ đưa vào vùng tế bào kém biệt hóa thì phân độ tế bào học sẽ ở mức cao (GIII) và ngược lại, nếu kim chọc hút được đưa vào vùng biệt hóa cao thì phân độ tế bào học sẽ ở mức thấp (GI).

Phân tích thống kê thực hiện bằng test χ^2 đã cho thấy sự phù hợp cao giữa phân độ tế bào học theo Robinson với phân độ mô học theo Scarff Bloom Richardson sửa đổi ($p \leq 0.001$).

V. KẾT LUẬN

1. Phân độ tế bào học theo thang điểm Robinson

Trong 56 trường hợp ung thư biểu mô tuyến vú, phân độ tế bào học có 9 trường hợp độ I (16,1%), 31 độ II (55,3%) và 16 độ III (28,6%).

2. Đối chiếu kết quả phân độ tế bào học

CHTBKN với độ mô học

So với kết quả phân độ mô học theo hệ thống phân độ Scarff Bloom Richardson sửa đổi, phân độ tế bào học có sự phù hợp đáng kể (91,07%) đối với các trường hợp ung thư biểu mô tuyến vú.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Torre, L.A., et al., *Global Cancer Statistics 2012*. CA Cancer J Clin, 2015. **65**: p. 87-108.
2. Bùi Diệu, Nguyễn Bá Đức, Trần Văn Thuấn, *Gánh nặng bệnh ung thư và chiến lược phòng chống ung thư Quốc gia đến năm 2020*. Tạp chí ung thư học Việt Nam, 2012. **1**: p. 13-19.
3. Ngô Thu Thoa, Nguyễn Hoàng Như Nga, *Chẩn đoán tế bào học ở viện K*. Y Học TP. Hồ Chí Minh, 2007. **11**(3): p. 28-30.
4. Bukhari, M.H., et al., *Use of Fine-Needle Aspiration in the Evaluation of Breast Lumps*. Pathology Research International, 2011. **2011**: p. 689521.
5. Robinson, I.A., et al., *Prognostic value of cytological grading of fine-needle aspirates from breast carcinomas*. Lancet, 1994. **343**(8903): p. 947-9.
6. Berner, A. and T. Sauer, *Fine-needle Aspiration cytology of the breast*. Ultrastruct Pathol, 2011. **35**(4): p. 162-167.
7. Schuh, F., et al., *Histopathological grading of breast ductal carcinoma in situ: validation of a web-based survey through intra-observer reproducibility analysis*. Diagn Pathol, 2015. **10**: p. 93.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN ĐÍNH BUỒNG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Phạm Thị Mỹ Dung*, Nguyễn Quảng Bắc*, Lê Thị Thanh Vân**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân dính buồng tử cung điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Phương pháp:** mô tả hồi cứu. **Kết quả:** Tuổi trung bình 34 tuổi, thấp nhất 23 tuổi, cao nhất 47 tuổi. Bệnh nhân chủ yếu đến khám bệnh bởi vô sinh (73,7%), kinh ít kèm vô sinh (17,9%), mất kinh (3,8%). 44,9% số bệnh nhân có niêm mạc tử cung dưới 4 mm trên siêu âm. 88,8% số bệnh nhân có hình ảnh khuyết thuốc trên phim X quang buồng tử cung – vòi tử cung. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng nghèo nàn. Soi buồng tử cung là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán dính buồng tử cung.

Từ khóa: Dính buồng tử cung.

SUMMARY

*Bệnh viện Phụ sản Trung ương

**Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Mỹ Dung

Email: mydung318@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 2.4.2018

Ngày duyệt bài: 12.4.2018

STUDY ON CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH INTRAUTERINE ADHESION AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY

Objectives: To describe clinical and subclinical characteristics of patients with intrauterine adhesion at National hospital of obstetrics and Gynecology.

Methodology: This is a descriptive study among 392 patients with intrauterine adhesion. **Results:** Mean of patients' age was 34 with minimum of 23 and maximum of 47. Main cause of gynecology checkup was infertility (73,7%), little menstruation bleeding with infertility (17,9%), amenorrhea (3,8%). Endometrium thickness less than 4mm via ultrasound was 44,9%. Abnormal Cotte films was 88,8%. **Conclusion:** Intrauterine endoscopy was golden criterium for diagnosis of intrauterine adhesion.

Key words: Intrauterine adhesion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dính buồng tử cung được định nghĩa là tình trạng các dải xơ xuất hiện và tăng sinh trong buồng tử cung. Mức độ hình thành và phát triển

của sự bám dính trong buồng tử cung là rất khác nhau. Ở thể nhẹ, trong buồng tử cung chỉ có một vài dải xơ mỏng, nhưng với thể nặng, dính có thể dày đặc bám từ thành trước đến thành sau tử cung. Bệnh nhân bị dính buồng tử cung có thể vô kinh hoặc vô sinh. Do những tai biến nặng nề để lại cho người phụ nữ, nhất là vô sinh, vấn đề phải đặt ra với bệnh nhân dính buồng tử cung là cần được chẩn đoán sớm và điều trị đúng. Tuy nhiên, bệnh lý này thường phát hiện muộn với triệu chứng đôi khi không rõ ràng, điều trị khó khăn và tỷ lệ thất bại cao. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài "*Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân dính buồng tử cung điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** Các bệnh nhân được chẩn đoán dính buồng tử cung bằng các triệu chứng lâm sàng cùng với kết quả chụp X quang buồng tử cung - vòi tử cung và được khẳng định chẩn đoán qua soi buồng tử cung.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** Các hồ sơ không có đầy đủ thông tin phục vụ nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Là một nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang.

2.3. Cỡ mẫu nghiên cứu

Cỡ mẫu thuận tiện: Chúng tôi đã nghiên cứu được 392 hồ sơ của những trường hợp dính buồng tử cung được điều trị bằng phẫu thuật soi buồng tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong thời gian từ 01/01/2015 đến 30/11/2016.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Tuổi của đối tượng nghiên cứu

Tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
20-24	26	6,6
25 - 29	89	22,7
30-34	136	34,7
35-39	101	25,8
>40	40	10,4
Tổng số	392	100

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $34,18 \pm 5,6$ tuổi, tập trung chủ yếu số bệnh nhân trong độ tuổi từ 30 đến 34, chiếm 34,7%. Thấp nhất là 23 tuổi, cao nhất là 47 tuổi.

Bảng 2: Triệu chứng lâm sàng và lý do đến khám bệnh

Lý do	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Vô kinh thứ phát	15	3,8
Kinh ít	15	3,8
Vô sinh	288	73,4
Kinh ít và đau bụng kinh	3	0,7

Kinh ít kèm vô sinh	70	17,9
Vô kinh + đau bụng	1	0,3
Tổng số	392	100

Nhận xét: Chủ yếu bệnh nhân đến khám vì vô sinh mong con chiếm 73,7%, 15 bệnh nhân vô kinh thứ phát chiếm 3,8%. 3 bệnh nhân kinh ít kèm theo đau bụng chiếm 0,7%. Một trường hợp vô kinh và đau bụng kinh, chiếm 0,3%.

Bảng 3: Một số hình ảnh trên phim chụp X quang

Hình ảnh buồng tử cung	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Biến dạng	34	8,7
Hình khuyết thuốc	348	88,8
Dính toàn bộ	10	2,6
Tổng số	392	100

Nhận xét: Chủ yếu hình ảnh ghi nhận được trên phim X quang là hình khuyết thuốc, buồng tử cung ngấm thuốc không đều, chiếm 88,8%. Có 10 phim được đọc là dính toàn bộ nhưng trên hình ảnh nội soi BTC thấy có 15 bệnh nhân dính toàn bộ.

Bảng 4: Độ dày niêm mạc tử cung trên siêu âm

Độ dày niêm mạc	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 4mm	176	44,9
4 - 8 mm	160	40,8
> 8mm	56	14,3
Tổng	392	100

Nhận xét: Số trường hợp niêm mạc tử cung trên siêu âm dưới 4 mm là 176/392, chiếm 44,9%. Có 40,8% số bệnh nhân có niêm mạc tử cung từ 4 đến 8 mm và 14,3% số bệnh nhân có niêm mạc tử cung > 8mm.

IV. BÀN LUẬN

Theo bảng 1, ta thấy tuổi thấp nhất của đối tượng nghiên cứu là 23, cao nhất là 40. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 34,18 tuổi $\pm 5,6$ tuổi. Trong đó, chiếm cao nhất là độ tuổi từ 30 đến 34 tuổi với 34,7%. Số bệnh nhân trên 40 tuổi chiếm 10,4%. Độ tuổi từ 20 đến 30 chiếm 29,3% trong tổng số bệnh nhân. Điều này có thể được giải thích bởi đối tượng nghiên cứu chủ yếu đi khám vì vô sinh. Độ tuổi từ 30 đến 34 là độ tuổi sinh sản, nhu cầu sinh con rất lớn. Và chủ yếu bệnh nhân trong nghiên cứu vô sinh thứ phát. Có những bệnh nhân mong muốn sinh con từ rất lâu, 3 năm thậm chí 30 năm, nhưng không được. Đó là lý do thôi thúc người bệnh đến khám để tìm nguyên nhân vô sinh.

Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Đặng Thị Hồng Thiện (2009) ở những bệnh nhân vô sinh thứ phát được soi buồng tử cung chẩn đoán và điều trị [1]. Tuổi trung bình trong

ngiên cứu của Đặng Thị Hồng Thiện là $32,14 \pm 3,52$ tuổi, trên 35 tuổi chiếm 25,4%.

Lý do đến khám bệnh chủ yếu của đối tượng nghiên cứu là mong con, chiếm 73,7%, tiếp đến là kinh ít kèm theo vô sinh chiếm 17,9%.. Như vậy, vô sinh là nguyên nhân thúc đẩy khiến người bệnh đi khám. Điều này được đề cập đến ở nhiều nghiên cứu khác nhau, cả Việt Nam và nước ngoài [2], [3]. Tất cả đều nhận thấy rằng vô sinh là nguyên nhân khiến bệnh nhân đến khám và phát hiện ra dính buồng tử cung. Đây là một hậu quả rất nặng nề của dính buồng tử cung. Điều đó cũng khẳng định thêm rằng dính buồng tử cung có triệu chứng rất nghèo nàn, khó phát hiện.

Một lý do nữa liên quan đến kinh nguyệt, đó là người bệnh thấy kinh ít hoặc thậm chí mất kinh sau can thiệp vào buồng tử cung. Như vậy, đứng trước một bệnh nhân có triệu chứng như kinh giảm hay vô kinh, kèm theo với đau bụng kinh, và có tiền sử can thiệp buồng tử cung trước đó, chúng ta cần hướng đến chẩn đoán dính BTC. Trong nghiên cứu này, số trường hợp kinh ít sau một can thiệp vào buồng tử cung chiếm 3,8%, số trường hợp mất kinh cũng là 3,8%. Trong nghiên cứu của Nguyễn Duy Anh (1999), tỷ lệ bệnh nhân đến khám vì mất kinh chiếm tới 59,7%, nhiều hơn nghiên cứu của chúng tôi [3]. Có thể do nghiên cứu của chúng tôi là hồi cứu nên không khai thác được kĩ hơn tiền sử kinh nguyệt của những bệnh nhân vô sinh đến khám.

Dính buồng tử cung thường không có triệu chứng rõ ràng, phát hiện muộn. Chụp X quang tử cung – vòi tử cung là phương pháp kiểm tra có giá trị định hướng tới chẩn đoán dính buồng tử cung khi có hình ảnh khuyết thuốc nằm ở các vị trí khác nhau trong buồng tử cung và tồn tại trên nhiều phim hoặc buồng tử cung biến dạng.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy chủ yếu hình ảnh X quang ghi nhận được ở những bệnh nhân dính buồng tử cung là hình ảnh buồng tử cung ngấm thuốc không đều, có hình khuyết thuốc trong buồng tử cung, chiếm 88,8%. Có 10 bệnh nhân chụp X quang có biểu hiện của dính buồng tử cung toàn bộ tuy nhiên khi soi buồng tử cung thì thấy 15 trường hợp. Theo Soares và cộng sự, độ nhạy của X quang trong việc phát hiện dính buồng tử cung là 75% và giá trị dự báo dương tính là 50% [4]. Theo Đặng Thị Hồng Thiện, chụp X quang tử cung – vòi trứng để phát hiện ra các tổn thương buồng tử cung có độ nhạy 84%, độ đặc hiệu 41,4%, tỷ lệ dương tính giả là 63,4%, tỷ lệ âm tính giả là 13,5% [1].

Trong nghiên cứu của Đặng Thị Minh Nguyệt (2006), có 9 trường hợp tổn thương buồng tử cung nhưng hình ảnh X quang buồng tử cung bình thường, chiếm 10% [5]. Jacques Hamou và cộng sự thông báo 21,8% sự không phù hợp giữa kết quả X quang buồng tử cung vòi tử cung và soi buồng tử cung. Theo Donnez Jacques, soi buồng tử cung cho phép quan sát trực tiếp, cho chẩn đoán chính xác có dính buồng tử cung, vị trí dính, mức độ dính, từ đó cho phép điều trị cắt dính qua soi buồng tử cung [6].

Amin T. N. và cộng sự cho rằng siêu âm 2D cung cấp hình ảnh khá rõ ràng về buồng tử cung và được sử dụng như một công cụ đầu tiên để đánh giá hình thái tử cung và niêm mạc tử cung. Siêu âm đầu dò âm đạo có thể đánh giá được độ dày và sự liên tục của đường niêm mạc tử cung. Trong trường hợp dính buồng tử cung nặng, trên siêu âm đầu dò âm đạo có thể thấy mất tính liên tục của đường niêm mạc tử cung. Buồng tử cung dính một phần hay toàn bộ sẽ dẫn đến tích tụ máu kinh, điều này cũng có thể thấy trên siêu âm bởi sự xuất hiện các khoang chứa dịch trong lòng tử cung. Niêm mạc tử cung mỏng là dấu hiệu đặc trưng khi bệnh nhân bị dính buồng tử cung và không đáp ứng với liệu pháp estrogen. Trong nghiên cứu này, số trường hợp có niêm mạc mỏng chiếm 44,9%, phù hợp với nhận định trên của tác giả Amin T. N [6]. Độ dày niêm mạc tử cung phụ thuộc vào chu kỳ kinh nguyệt, do đó, siêu âm đầu dò âm đạo riêng lẻ có độ nhạy thấp trong chẩn đoán dính buồng tử cung. Một nghiên cứu chỉ ra rằng độ nhạy sẽ tăng lên nếu như thực hiện thêm siêu âm bơm nước buồng tử cung [4]. Tuy nhiên, sử dụng siêu âm đầu dò âm đạo đánh giá độ dày niêm mạc tử cung trước mổ có thể giúp phẫu thuật viên tiên lượng điều trị những trường hợp mắc hội chứng Asherman trầm trọng vì những trường hợp niêm mạc tử cung mỏng thường đáp ứng kém với điều trị [7].

Chụp X quang buồng tử cung – vòi tử cung và siêu âm đầu dò âm đạo đều có thể sàng lọc hướng tới chẩn đoán dính buồng tử cung đặc biệt ở những người có tiền sử chấn thương buồng tử cung nhưng soi buồng tử cung vẫn là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán và điều trị, do nhìn trực tiếp thấy các dải dính trong buồng tử cung, có thể can thiệp buồng tử cung và đánh giá được tình trạng dính sau can thiệp.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng nghèo nàn. Soi buồng tử cung là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán dính buồng tử cung.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Thị Hồng Thiện (2009)**, Tình hình soi buồng tử cung ở các bệnh nhân vô sinh tại bệnh viện phụ sản trung ương năm 2008, *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II chuyên ngành Sản phụ khoa*.
2. **C. M. March (2011)**, Asherman's syndrome, *Semin Reprod Med*, 29(2), tr. 83-94.
3. **Nguyễn Duy Ánh (1993)**, Góp phần tìm hiểu nguyên nhân, cách điều trị và phòng ngừa tai biến dính buồng tử cung do thủ thuật, *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú bệnh viện chuyên ngành Phụ sản*.
4. **S. R. Soares, M. M. Barbosa dos Reis và A. F. Camargos (2000)**, Diagnostic accuracy of sonohysterography, transvaginal sonography, and hysterosalpingography in patients with uterine cavity diseases, *Fertil Steril*, 73(2), tr. 406-11.
5. **Đặng Thị Minh Nguyệt (2006)**, Soi buồng tử cung để chẩn đoán các bất thường trong buồng tử cung, *Luận án tiến sĩ y học chuyên ngành Sản phụ khoa*.
6. **Siahbazi S Ahmadi F, Akhbari F, Eslami B, Vosough A. (2013)**, Hysterosalpingography Finding in Intra Uterine Adhesion (Asherman's Syndrome): A Pictorial Essay, *International Journal of Fertility & Sterility*, 7(3), tr. 155 - 160.
7. **Rafael F. Erica S., Camran Nezhat (2014)**, Intrauterine adhesions: hysteroscopic evaluation and treatment, *Laparoscopic Surgical Complications*, 3rd Edition

LIÊN QUAN GIỮA LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH HỌC VỚI MỨC ĐỘ HẸP TẮC DO VỮA XƠ ĐỘNG MẠCH CẢNH ĐOẠN NGOÀI SỌ Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO HỆ CẢNH

Võ Hồng Khôi*, Lê Na**, Trương, Tuấn Anh***

TÓM TẮT

Nhồi máu não chiếm 80% bệnh nhân đột quỵ não. Một trong những nguyên nhân là do bệnh lý vữa xơ động mạch cảnh. **Mục tiêu:** Đánh giá mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học với mức độ hẹp tắc. **Phương pháp nghiên cứu:** 50 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là nhồi máu não hệ cảnh có vữa xơ động mạch cảnh đoạn ngoài sọ trong giai đoạn cấp (dưới 1 tháng) được khám và điều trị tại Khoa Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7 năm 2016 đến tháng 7 năm 2017. **Kết quả và kết luận:** Có sự liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$) giữa rối loạn lipid máu, lâm sàng, rối loạn ý thức, mức độ liệt, đặc điểm nhồi máu trên phim chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ sọ não với các mức độ hẹp mạch cảnh đoạn ngoài sọ.

Từ khóa: nhồi máu não, vữa xơ mạch, động mạch cảnh đoạn ngoài sọ.

SUMMARY

RELATION BETWEEN CLINICAL, IMAGING FEATURES AND GRADES OF CAROTID STENOSIS OF PATIENTS SUFFERING FROM ANTERIOR CIRCULATION ISCHEMIC STROKE

Ischemic stroke accounted for 80% of stroke patients. One of the common causes of ischemic

stroke is due to atherosclerosis of carotid arteries.

Objective: To investigate the relation between clinical and imaging characteristics and grades of extracranial carotid artery stenosis. **Method:** 50 acute anterior circulation ischemic stroke patients with carotid atherosclerosis admitted to the Neurology Department of Bach Mai Hospital from July 2016 to July 2017 were enrolled in the study. **Results and Conclusions:** Lipid disorders, severity of clinical conditions and characteristics of ischemic stroke on brain CT/MRI correlated statistically with grades of extracranial carotid stenosis.

Key words: ischemic stroke, atherosclerosis, extracranial carotid artery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là bệnh lý thường gặp, gây tử vong cao, đứng hàng thứ ba sau ung thư và các bệnh tim mạch. Nhồi máu não chiếm 80% bệnh nhân đột quỵ não. Đánh giá tình trạng vữa xơ có ý nghĩa lớn trong điều trị. Siêu âm Doppler là một phương pháp đánh giá tình trạng vữa xơ rất tốt vì có thể tiến hành rộng rãi, độ chính xác cao, không gây biến chứng. Các đề tài đột quỵ não ở bệnh nhân nhồi máu não có vữa xơ động mạch cảnh đoạn ngoài sọ với những mức độ khác nhau chưa được nghiên cứu nhiều ở Việt Nam.

Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: *Đánh giá mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học với mức độ hẹp tắc do vữa xơ động mạch cảnh đoạn ngoài sọ trên siêu âm Doppler động mạch cảnh ở bệnh nhân nhồi máu não hệ cảnh.*

*Bệnh viện Bạch Mai

**Bệnh viện đa khoa tỉnh Nghệ An

***Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.

Chịu trách nhiệm chính: Võ Hồng Khôi

Email: drvohongkhoi@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 23.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 3.4.2018

Ngày duyệt bài: 14.4.2018

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 50 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là nhồi máu não hệ cảnh có vữa xơ động mạch cảnh đoạn ngoài sọ trong giai đoạn cấp (dưới 1 tháng) được khám và điều trị tại Khoa Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 7 năm 2016 đến tháng 7 năm 2017.

1.1 Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Dựa theo định nghĩa đột quỵ não của Tổ chức Y tế Thế giới (1990).

- Dựa vào đặc điểm lâm sàng: Khởi đầu đột ngột, cấp tính và nặng dần, có biểu hiện tổn thương thần kinh khu trú, các triệu chứng tồn tại trên 24 giờ, không do chấn thương.

- Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính (CLVT) hoặc cộng hưởng từ (CHT) sọ não có tổn thương dạng nhồi máu não thuộc khu vực tưới máu của động mạch cảnh.

- Siêu âm Doppler mạch có mảng vữa xơ động mạch cảnh đoạn ngoài sọ gây hẹp tắc mạch với các mức độ khác nhau.

1.2 Tiêu chuẩn loại trừ: Không thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trên và/ hoặc có bệnh tim gây huyết khối xác định qua thăm khám lâm sàng, điện tim, siêu âm tim và/ hoặc có các nguyên nhân khác gây nhồi máu não. Có nhiều bệnh lý toàn thân nặng như: suy tim, suy thận, xơ gan...

2. Phương pháp nghiên cứu:

2.1 Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

2.2 Nội dung nghiên cứu:

2.2.1 Chẩn đoán nhồi máu não:

❖ Lâm sàng: Liệt nửa người, rối loạn ý thức, rối loạn ngôn ngữ, rối loạn cảm giác, liệt VII trung ương, bán manh cùng tên, rối loạn cơ tròn, mất đập, đập yếu hoặc tiếng thổi động mạch cảnh, đau đầu, co giật..., các yếu tố nguy cơ.

- Đánh giá tri giác dựa vào thang điểm Glasgow.

- Mức độ liệt đánh giá qua thang điểm Henry.

❖ Hình ảnh nhồi máu não: phải nhìn thấy ổ tổn thương trên CLVT/ CHT sọ não.

- Phân tích đặc điểm tổn thương trên CLVT/ CHT sọ não: nhồi máu vỏ não, nhồi máu dưới vỏ, nhồi máu vỏ não- dưới vỏ, nhồi máu nhiều ổ rải rác, nhồi máu vùng giáp ranh.

2.2.2 Đánh giá mảng xơ vữa trên siêu âm động mạch cảnh

- Có mảng vữa xơ động mạch cảnh (theo Hội tăng huyết áp Châu Âu/ Hội tim mạch Châu Âu năm 2003) khi độ dày nội tâm mạc trên 1,5 mm.

- Xác định mức độ hẹp động mạch cảnh theo NASCET: % đoạn hẹp = $[(Dn - Ds) / Dn] \times 100\%$

- Đánh giá mức độ hẹp theo nghiên cứu của Zavanone (2012): không hẹp hoặc hẹp nhẹ (dưới 50 %), hẹp vừa (từ 50 đến 69 %), hẹp nặng (từ 70 đến 99 %) và tắc hoàn toàn (100%).

3. Xử lý số liệu theo phần mềm thống kê y học SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 3.1: Liên quan giữa tuổi với mức độ hẹp tắc động mạch cảnh do vữa xơ.

Mức độ hẹp \ Tuổi	< 60	60- 69	70- 79	≥ 80	Tổng
Không hẹp và hẹp nhẹ (dưới 50%)	5 (22,7%)	7 (31,8%)	8 (36,4%)	2 (9,1%)	22 (100%)
Hẹp vừa và nặng (50- 99%)	3 (18,8%)	9 (56,2%)	3 (18,8%)	1 (6,2%)	16 (100%)
Tắc hoàn toàn(100%)	4 (33,3%)	5 (41,7%)	3 (25,0%)	0 (0,0%)	12(100%)
Tổng	12(24,0%)	21 (42,0%)	14(28,0%)	3 (6,0%)	50(100%)

Nhận xét: Nhóm tuổi thường gặp nhất : 60 – 69 tuổi, chiếm tỷ lệ 42,0%, sau đó là nhóm tuổi 70- 79 (28,0%), nhóm dưới 60 và trên 80 tuổi ít gặp hơn. Ở nhóm bệnh nhân có mảng vữa xơ không gây hẹp hoặc hẹp nhẹ hay gặp nhất ở độ tuổi 70-79 (36,4%), sau đó là độ tuổi 60- 69; ít gặp ở bệnh nhân dưới 60 tuổi hoặc trên 80 tuổi. Nhóm hẹp vừa và nặng hay gặp nhất ở độ 60-69 tuổi (56,2%), nhóm tắc hoàn toàn cũng hay gặp ở nhóm tuổi này (41,7%).

Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của M. Fernandes và CS: nhóm bệnh nhân vữa xơ

trên 60% cũng hay gặp ở nhóm 60- 69 tuổi (50%), kế tiếp là nhóm 70-79 tuổi (33,3%), nhóm tuổi dưới 60 và trên 80 tuổi ít gặp hơn [1]. Điều này có thể được giải thích là, nhóm dưới 60 tuổi có ít nguy cơ đột quỵ não hơn, tuổi càng cao thì yếu tố nguy cơ đột quỵ não, vữa xơ mạch càng tăng. Nhưng những bệnh nhân tuổi cao trên 70 (đặc biệt từ 80 tuổi trở lên) thường có nhiều bệnh kết hợp và tăng nguy cơ tử vong, tỷ lệ đến bệnh viện cũng ít hơn, vì thế tỷ lệ gặp trong nghiên cứu này không lớn.

Bảng 3.2: Mức độ lâm sàng theo thang điểm NIHSS liên quan đến mức độ hẹp tắc.

Mức độ hẹp động mạch cảnh		Hẹp nhẹ	Hẹp vừa và nặng	Tắc hoàn toàn	p
Mức độ lâm sàng					
Điểm NIHSS		9,05± 4,24	11,44 ±3,74	14,92±6,14	p < 0,05
Mức độ lâm sàng	Nặng và vừa(NIHSS >8)	9 (29,0%)	12(38,7%)	10(32,3%)	p < 0,05
	Nhẹ(NIHSS ≤ 8)	13(68,4%)	4(21,1%)	6(16,2%)	

Nhận xét: Điểm NIHSS ban đầu ở bệnh nhân tăng dần theo mức độ hẹp động mạch cảnh: hẹp nhẹ điểm NIHSS là 9,05± 4,24, hẹp vừa (11,44 ±3,74) và hẹp nặng (14,92±6,14). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (với p < 0,05).

Mức độ lâm sàng nhẹ gặp chủ yếu ở bệnh nhân có hẹp nhẹ động mạch cảnh (68,4%), hẹp vừa có tỷ lệ 21,1%, hẹp nặng có tỷ lệ thấp nhất (16,2%). Mức độ lâm sàng nặng gặp chủ yếu ở nhóm hẹp vừa trở lên (71,0%), nhóm hẹp nhẹ chỉ chiếm 29,0%. Mức độ hẹp vừa trở lên (đặc biệt hẹp nặng và tắc hoàn toàn) sẽ cản trở dòng máu nuôi dưỡng hoặc mảng vữa xơ dễ bong hơn theo dòng máu đến tắc mạch nhỏ hơn ở xa, gây nhồi máu não ổ lớn với các triệu chứng lâm sàng nặng nề hơn.

Bảng 3.3: Một số đặc điểm lâm sàng liên quan đến mức độ hẹp tắc.

Mức độ hẹp động mạch cảnh		Hẹp nhẹ	Hẹp vừa và nặng	Tắc hoàn toàn	p
Đặc điểm lâm sàng					
Rối loạn ý thức	Điểm Glasgow >12	20(54,1%)	11(29,7%)	6(16,2%)	p < 0,05
	Điểm Glasgow ≤ 12	2 (15,4%)	5(38,5%)	6(46,2%)	
Mức độ liệt vận động (Theo Henry & CS)	Nhẹ (< 3)	18(72,0%)	4(16,0%)	3(12,0%)	p < 0,05
	Nặng (≥ 3)	4(16,0%)	12(48,0%)	9(36,0%)	

Nhận xét: Trong nhóm rối loạn ý thức nhẹ hoặc không có rối loạn ý thức (điểm hôn mê Glasgow trên 12), chủ yếu gặp ở mức độ hẹp nhẹ động mạch cảnh (54,1%), sau đó là mức độ hẹp vừa và nặng (29,7%), mức độ tắc hoàn toàn ít gặp hơn. Nhóm rối loạn ý thức vừa và nặng, gặp nhiều nhất lại ở nhóm tắc hoàn toàn (46,2%), nhóm hẹp vừa và nặng (38,5%), ít gặp ở nhóm hẹp nhẹ. Với liệt vận động, liệt nhẹ gặp chủ yếu ở mức độ hẹp nhẹ (72,0%), mức độ liệt nặng gặp chủ yếu ở nhóm hẹp vừa trở lên (84%). Các mối liên quan này có ý nghĩa thống kê (với p < 0,05). Kết quả này của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Công Hoan[2].

Bảng 3.4: Liên quan giữa đặc điểm nhồi máu và mức độ hẹp

Mức độ hẹp	Không hẹp và hẹp <50%(n = 22)	Hẹp ≥ 50% và tắc(n = 28)	p
Đặc điểm nhồi máu não			
Nhồi máu vỏ não	5 (71,4%)	2 (28,0%)	p > 0,05
Nhồi máu dưới vỏ	13 (72,2%)	5 (27,8%)	p < 0,05
Nhồi máu vỏ- dưới vỏ	2 (11,8%)	15 (88,2%)	p < 0,05
Nhồi máu nhiều ổ	2 (66,7%)	1 (33,3%)	p > 0,05
Nhồi máu vùng giáp ranh	0 (0,0%)	5 (100,0%)	p < 0,05

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05) giữa nhồi máu dưới vỏ với các mức độ hẹp tắc, trong đó tỷ lệ nhồi máu dưới vỏ cao hơn ở bệnh nhân có mảng vữa xơ không gây hẹp hoặc hẹp nhẹ so với hẹp vừa, nặng hoặc tắc.

Nhồi máu toàn bộ vùng cấp máu động mạch (vỏ và dưới vỏ) ở nhóm hẹp mạch cảnh trên 50% hoặc tắc cao hơn có ý nghĩa thống kê (p < 0,05) so với nhóm không hẹp hoặc hẹp dưới 50%. Nhồi máu vùng giáp ranh chỉ gặp ở nhóm hẹp ≥ 50% hoặc tắc, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (với p < 0,05). Sự liên quan có ý nghĩa thống kê với nhồi máu dưới vỏ với mức độ hẹp nhẹ và nhồi máu toàn bộ vùng cấp máu với mức độ hẹp vừa trở lên. Theo một nghiên cứu do Seth và cs, tất cả các trường hợp nhồi máu dưới vỏ não đều có động mạch cảnh không hẹp hoặc hẹp dưới 40% [3].

Bảng 3.5: Liên quan mức độ hẹp tắc động mạch với các yếu tố nguy cơ.

Yếu tố nguy cơ	Hẹp nhẹ & không hẹp (<50%) (n= 22)	Hẹp vừa và nặng (50-99 %) (n= 16)	Tắc(100%) (n = 12)	p
Nam	17 (77,3%)	15(93,8%)	8 (66,7%)	p>0,05
Tuổi ≥ 60	17 (77,3%)	13(81,2%)	8 (66,7%)	p>0,05
Tăng huyết áp	17(77,3%)	10(62,5%)	9 (75,0%)	p>0,05
Rối loạn lipid máu	5 (22,7%)	10(62,5%)	8 (66,7%)	p<0,05

Đái tháo đường typ2	5(22,7%)	3 (18,8%)	2 (16,7%)	p>0,05
Hút thuốc lá	8(36,4%)	7 (43,8%)	6 (50,0%)	p>0,05
Nghiện rượu	7(31,8%)	6 (37,5%)	3 (25,0%)	p>0,05
Tiền sử đột quỵ não	10(45,5%)	8 (50,0%)	6 (50,0%)	p>0,05

Nhận xét: Nam giới, tuổi từ 60 trở lên, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá là các yếu tố nguy cơ rõ rệt với đột quỵ não. Nhận xét này cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Hồng Ngọc [4] và Nguyễn Văn Đăng [5]. Tuy nhiên, xét mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ với mức độ hẹp tắc do vữa xơ động mạch cảnh, chúng tôi nhận thấy chỉ rối loạn chuyển hóa lipid có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) với các mức độ hẹp động mạch cảnh đoạn ngoài sọ. Nhận xét này cũng phù hợp với Nguyễn Công Hoan [2], Salonen [6]. Khác với nghiên cứu của Whisnant và cs, hút thuốc lá là yếu tố liên quan mạnh nhất với vữa xơ nặng động mạch cảnh đoạn ngoài sọ [7]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu nước ngoài khi cho rằng đái tháo đường và tăng huyết áp là hai yếu tố độc lập với nhồi máu não có vữa xơ mạch [6].

V. KẾT LUẬN

Có sự liên quan có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) giữa rối loạn chuyển hóa lipid máu, mức độ lâm sàng, mức độ rối loạn ý thức, mức độ liệt, đặc điểm nhồi máu trên hình ảnh cắt lớp vi tính và/ hoặc cộng hưởng từ sọ não với các mức độ hẹp mạch cảnh đoạn ngoài sọ do mảng vữa xơ.

Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi, tăng huyết áp, đái tháo đường, hút thuốc lá, uống rượu, tiền sử tai biến mạch máu

não thoáng qua và đột quỵ não với mức độ hẹp động mạch cảnh do vữa xơ ở bệnh nhân nhồi máu não.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fernandes M., Keerthiraj B., Mahale A. R. et al (2016)**, Evaluation of carotid arteries in stroke patients using color Doppler sonography: A prospective study conducted in a tertiary care hospital in South India. *Int J Appl Basic Med Res*, 6 (1), 38-44.
2. **Nguyễn Công Hoan (2008)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học của nhồi máu não do vữa xơ hệ động mạch cảnh trong, *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 63(4), 60-65.
3. **Seth S. K., Solanki R. S., Gupta H. (2005)**, Color and Duplex Doppler imaging evaluation of extracranial carotid artery in patients presenting with transient ischemic attack and stroke: A clinical and radiological correlation. *Indian J Radiol Imaging* ;15:91-8.
4. **Nguyễn Hoàng Ngọc (2002)**, *Nghiên cứu thực trạng hẹp động mạch cảnh ở bệnh nhân nhồi máu não và hẹp động mạch cảnh không triệu chứng bằng siêu âm Doppler*, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y.
5. **Nguyễn Văn Đăng (2003)**, "Tai biến mạch máu não", Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr 13-61.
6. **Salonen J. T., Seppanen R. (1989)**: Risk factors for carotid atherosclerosis: the Kuopio ischemic heart disease risk factor study, *Ann Med* (21), pp 227- 229.
7. **Whisnant J. P., Homer D., Ingall T. J., et al (1990)**, Duration of cigarette smoking is strongest predictor of severe extracranial carotid artery atherosclerosis. *Stroke*; 21:707-14.

GIÁ TRỊ PHƯƠNG PHÁP NỘI SOI PHÓNG ĐẠI CÓ NHUỘM MÀU INDIGO CARMINE TRONG CHẨN ĐOÁN POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG

Phạm Bình Nguyên¹, Vũ Trường Khanh¹, Đào Văn Long²

TÓM TẮT³⁷

Mục tiêu: Nghiên cứu giá trị chẩn đoán của kỹ thuật nội soi phóng đại nhuộm màu (NSPĐNM) indigo carmin trong mô tả đặc điểm và phân biệt polyp đại trực tràng tăng sinh (neoplastic polyp) - không tăng

sinh (nonneoplastic polyp). **Phương pháp:** Tổng số 200 bệnh nhân với 237 polyps ĐTT, đã được nội soi từ 5/2016 – 12/2017. Polyp phát hiện bằng ống nội soi thường sẽ được nhuộm màu indigo carmin 0,2%, rồi sử dụng ống nội soi phóng đại chụp ảnh với độ phóng đại x100 lần. Hình thái ổ niêm mạc quan sát trên phim NSPĐNM được chia theo phân loại Kudo thành 5 tuýp: I, II, III (IIIL và IIIS), IV và V. Đối chiếu kết quả phân loại hình thái ổ niêm mạc với kết quả mô bệnh học sau sinh thiết polyp. **Kết quả:** 192 polyp tăng sinh (167 polyp u tuyến và 25 polyp ung thư). Độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác của chẩn đoán polyp tăng sinh là 96,4, 88,3% và 94,9%. **Kết luận:** Nội soi phóng đại có nhuộm màu indigo carmin là một

¹Khoa Tiêu Hóa, Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Bình Nguyên

Email: drnguyenthbm@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

phương pháp hiệu quả giúp phân biệt chính xác kết quả mô bệnh học polyp.

Từ khóa: Nội soi phóng đại, polyp đại trực tràng, indigo carmin, phân loại Kudo

SUMMARY

THE VALUE OF MAGNIFYING ENDOSCOPY WITH INDIGO CARMINE FOR DIAGNOSING COLORECTAL POLYPS

Objectives: This study describes the feasibility of magnifying colonoscopy combined with Indigo Carmine dye contrast to distinguish neoplastic and nonneoplastic colorectal polyps. **Material and method:** The study analyzed a total of 237 polyps of 200 patients magnified from May, 2016 to June, 2017. Indigo Carmine solution (0,2%) was sprayed directly on the mucosa surface before observing the crypts using a magnifying colonoscopy (x100). The pit patterns were classified into 5 type: I, II, III (IIIL, IIIs), IV, V (Vi and Vn) according to Kudo's modified classification. **Results:** The number of identified neoplastic polyps was 192 (with 167 adenoma polyps and 25 cacinoma polyps). The diagnostic sensitivity of neoplastic lesions was 96,4% and specificity was 88,3%, the overall diagnostic accuracy in differentiating neoplastic from nonneoplastic lesions was 94,9%. **Conclusions:** The pit pattern analysis of colorectal lesions by magnifying colonoscopy is a useful and objective tool for distinguishing neoplastic and nonneoplastic.

Keyword: magnifying chromoendoscopy, colorectal polyps, Indigo Carmine, Kudo's classification

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Polyp đại trực tràng (ĐTT) là một bệnh lý đường tiêu hóa do phát triển quá mức biểu mô niêm mạc và lớp dưới niêm mạc ĐTT [1]. Theo phân loại mô học, polyp chia hai nhóm lớn: polyp tăng sinh (polyp u tuyến ống, nhung mao, ống nhung mao, polyp răng cưa không cuống) và polyp không tăng sinh (polyp viêm, polyp tăng sản, polyp thiếu niên và polyp Hamartomatous). Trong đó, polyp tăng sinh có nguy cơ cao tiến triển thành ung thư ĐTT – bệnh ung thư có tỷ lệ mắc và tử vong hàng đầu trên thế giới [2].

Hiện nay, nhiều cơ sở Y tế vẫn sử dụng phổ biến nội soi thường chẩn đoán bệnh đường tiêu hóa, tuy nhiên phương pháp cũng bộc lộ hạn chế. Thông thường, polyp sau khi phát hiện sẽ được sinh thiết đánh giá mô bệnh học và chọn hướng điều trị phù hợp như cắt đốt niêm mạc, phẫu thuật...). Việc chẩn đoán phân biệt polyp tăng sinh - không tăng sinh bằng hình ảnh nội soi thường là chưa đủ độ tin cậy. Đặc biệt, với các polyp kích thước nhỏ (<10 mm), nội soi thường gợi ý đến các polyp tăng sản nhưng thực tế lại có thể là polyp tăng sinh có nguy cơ ác tính (polyp u tuyến). Bên cạnh đó, nhiều trường hợp polyp ác tính đã xâm lấn xuống dưới lớp niêm

mạc lại có hình ảnh đại thể rất giống với polyp u tuyến. Vì vậy, nhiều phương pháp nội soi cải tiến mới đã được phát triển, tăng độ chính xác của chẩn đoán polyp tăng sinh và đủ tin cậy để có thể hạn chế việc phải sinh thiết mô bệnh học polyp nếu không cần thiết. NSPĐNM indigo Carmin là phương pháp nội soi cải tiến dựa vào hình thái lỗ niêm mạc polyp cho phép dự đoán mô bệnh học polyp dựa vào phân loại Kudo, có tương quan rất cao với kết quả mô bệnh học. Điều này đem đến nhiều triển vọng trong phát triển phương pháp nội soi chẩn đoán đáng tin cậy.

Tại Việt Nam, phương pháp trên còn mới và chưa được áp dụng nhiều trong chẩn đoán polyp nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả phương pháp nội soi phóng đại có nhuộm màu indigo carmin trong chẩn đoán polyp đại trực tràng*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: tháng 5/2016 – 12/2017, tại Trung tâm nội soi tiêu hóa, Bệnh viện Bạch Mai.

2.2. Đối tượng: Tổng cộng có 200 bệnh nhân với 237 polyp ĐTT đã được tiến hành nội soi đại tràng phóng đại có nhuộm màu indigo Carmine 0,2%.

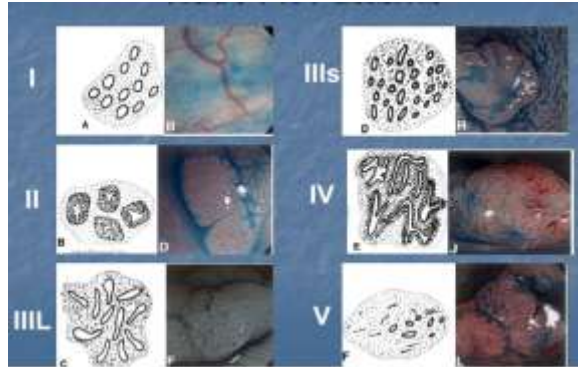
2.3. Phương pháp: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. Chọn mẫu: Mẫu thuận tiện.

Indigo carmine 0,2% được pha chế sẵn: Indigo carmine là một loại thuốc nhuộm tương phản, đọng lại tại các nếp, rãnh niêm mạc. Thuốc có ưu điểm thời gian nhuộm ngắn, không độc, tương phản rõ hơn cấu trúc bề mặt niêm mạc đại tràng (hình thái lỗ niêm mạc).

Hình ảnh nội soi phóng đại có nhuộm màu: nhận biết và phân loại mô hình các mẫu lỗ tuyến niêm mạc (pit pattern) theo 5 typ với 7 phân nhóm (I, II, IIIL, IIIs, IV và typ V (Vi, Vn) của phân loại Kudo. Trong đó:

- Kudo I: Niêm mạc bình thường. Lỗ niêm mạc bề mặt tròn, phân bố đều.
- Kudo II: Tăng sản. Lỗ niêm mạc hình sao, đều.
- Kudo IIIL: U tuyến. Lỗ hình ống hoặc hình thoi, rộng hơn so với bình thường.
- Kudo IIIs: Loạn sản. Lỗ hình ống hoặc hình thoi, nhỏ hơn bình thường.
- Kudo IV: Loạn sản độ cao. Lỗ hình nhánh hoặc nếp cuộn. Có điểm ung thư.
- Kudo V: Ung thư. Lỗ không đều (Vi). Lỗ mất cấu trúc (Vn).
- Kích thước polyp được ước tính bằng chiều rộng của một kim sinh thiết tiêu chuẩn đã mở, kích thước 4mm (đánh dấu tham chiếu). Polyp

sau quan sát sẽ được sinh thiết và đánh giá mô bệnh học theo phân loại Tổ chức Y tế Thế giới năm 2010.



Hình 1. Phân loại Kudo theo hình thái lỗ niêm mạc polyp nhuộm Indigo carmin

2.4. Nhập và xử lý số liệu: phần mềm epidata 3.1 và phần mềm Stata 12. Tính giá trị trung bình, độ lệch chuẩn và tỷ lệ phần trăm. Tính độ nhạy, độ đặc hiệu và độ chính xác của phương pháp nội soi chẩn đoán.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Đối tượng nghiên cứu có tỷ lệ nam cao hơn tỷ lệ nữ (lần lượt 62,5% và 37,5%), độ tuổi từ 17

đến 93 với tuổi trung bình là $54,81 \pm 14,85$. Điều này tương đồng với nhiều nghiên cứu dịch tễ học polyp đại trực tràng đã chỉ ra khi nam giới có tỷ lệ mắc polyp ĐTT cao hơn nữ giới và xu hướng người mắc thường trên 50 tuổi [5].



Biểu đồ 1. Phân bố đối tượng theo giới

Bảng 1. Đặc điểm polyp theo kích thước

	Đặc điểm	Tần số (n=237)	Tỷ lệ (%)
Kích thước	< 0.5 cm	19	8,02
	0.5 - 2 cm	158	66,67
	> 2 cm	60	25,13

Theo kích thước, đa số polyp quan sát kích thước nhỏ hơn 0.5 - 2 cm, chiếm 66,67%. Nhóm polyp kích thước nhỏ hơn 0,5 cm chiếm tỷ lệ thấp nhất (8,02%).



Hình 2. Hình ảnh polyp nội soi thường và nội soi phóng đại có nhuộm màu indigo carmine 0,2%

A1-A2: Hình ảnh nội soi thường (A1) và nội soi phóng đại có nhuộm màu (A2), Kudo typ II và kết quả mô bệnh học: polyp tăng sản lành tính.

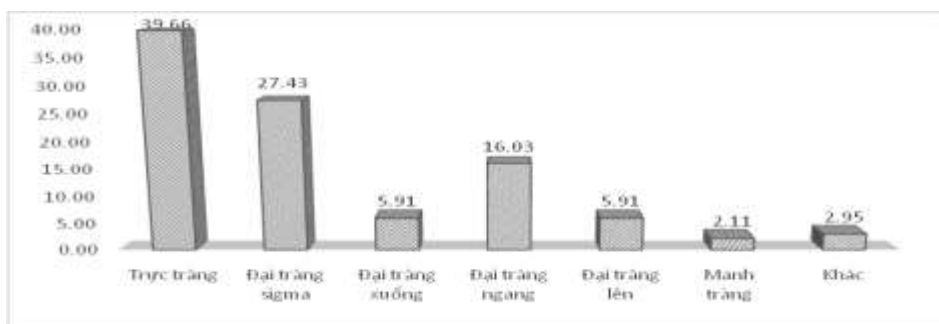
B1-B2: Hình ảnh nội soi thường (B1) và nội soi phóng đại có nhuộm màu (B2), Kudo typ IIIIs và kết quả mô bệnh học: polyp u tuyến, loạn sản độ thấp.

C1-C2: Hình ảnh nội soi thường (C1) và nội soi phóng đại có nhuộm màu (C2), Kudo typ IV và kết quả mô bệnh học: polyp u tuyến, loạn sản độ thấp.

D1-D2: Hình ảnh nội soi thường (D1) và nội soi phóng đại có nhuộm màu (D2), Kudo typ V và kết quả mô bệnh học: polyp u tuyến, loạn sản độ cao.

E1-E2: Hình ảnh nội soi thường (E1) và nội soi phóng đại có nhuộm màu (E2), Kudo typ V và kết quả mô bệnh học: ung thư

NSPĐNM Indigo Carmine cho phép quan sát bề mặt polyp chi tiết và rõ ràng hơn so với phương pháp nội soi thường (sử dụng ánh sáng trắng). Những hiểu biết cụ thể về hình thái lỗ niêm mạc bề mặt polyp nhờ phương pháp nội soi cải tiến này cung cấp thêm thông tin có giá trị cho chẩn đoán và điều trị, mức độ tương quan cao với chẩn đoán mô học. Trong phân loại của Kudo về hình thái lỗ niêm mạc, typ I và II đặc trưng cho polyp không tăng sinh; trong khi các tuyp còn lại xuất hiện ở polyp tăng sinh. Bằng cách áp dụng các tiêu chí này, một số nghiên cứu đã tìm thấy mối tương quan giữa các hình thái lỗ niêm mạc và mô bệnh học polyp. Từ đó, việc sử dụng phân loại Kudo để dự đoán kết quả mô bệnh học polyp là đáng tin cậy.

**Biểu đồ 2. Phân bố polyp theo vị trí phát hiện (n=237)**

Các polyp phát hiện ở trực tràng chiếm tỷ lệ cao nhất (39,66%), tiếp theo là các polyp ở khu vực đại tràng sigma (27,34%) và đại tràng ngang (16,03%). Các vị trí khác tỷ lệ phát hiện polyp thấp hơn đáng kể. Kết quả này có sự tương đồng nghiên cứu của Lê Quang Thuận (2008) về lứa tuổi mắc polyp trực tràng thường trên 50 tuổi, và trực tràng – đại tràng sigma cũng là vị trí phát hiện polyp chủ yếu (48,14% và 20,37%) [6].

Bảng 2. Mối quan hệ giữa hình thái ổ tuyến niêm mạc và mô bệnh học

Đang chờ quan hệ giữa hình thái u tuyến niêm mạc và mô bệnh học					
Phân loại ổ niêm mạc	Tăng sản lành tính	Kết quả mô bệnh học		Ung thư	Tổng
		Polyp u tuyến			
		Loạn sản độ thấp	Loạn sản độ cao		
II	38	5	0	0	43
IIIL	6	108	6	1	121
IIIs	0	3	2	0	5
IV	1	15	24	8	48
V	0	2	2	16	20
Tổng	45	133	34	25	237

Kudo typ II: Đa số polyp Kudo typ II được phân nhóm polyp không tăng sinh theo kết quả mô bệnh học. Trong nghiên cứu, 88,4% polyp Kudo typ II là polyp không tăng sinh, 11,6% là polyp u tuyến.

Kudo typ IIIL: 94,2% các polyp chẩn đoán Kudo typ IIIL có phân loại mô bệnh học là polyp u tuyến (gồm cả mức độ loạn sản thấp và loạn sản độ cao). Tuy nhiên, polyp Kudo typ IIIL có kết quả mô bệnh học là polyp không tăng sinh (4,9%).

Kudo typ IIIs: Tất cả trường hợp đều có kết quả mô bệnh học là polyp u tuyến

Kudo typ IV: 81,3% có chẩn đoán mô học là polyp u tuyến, 16,7% là polyp ung thư và 1 trường hợp (2,1%) có kết quả mô bệnh học là polyp không tăng sinh.

Kudo typ V: Đa số trường hợp có kết quả mô bệnh học là ung thư (80%), 20% là polyp u tuyến (mức loạn sản thấp và cao). Khó khăn trong phân biệt chi tiết Kudo Vi và Vn.

Bảng 3. Mối quan hệ hình thái ổ niêm mạc và mô bệnh học thực tế

Phân loại Kudo	Mô bệnh học		
	Không tăng sinh	Tăng sinh	Tổng
Polyp không tăng sinh (Kudo	38	5	43

typ I, II)			
Polyp tăng sinh (Kudo typ III, IV, V)	7	187	194
Tổng	45	192	237

Chẩn đoán hình thái ổ niêm mạc bằng phương pháp nội soi phóng đại có nhuộm màu Indigo carmin 0,2% theo phân loại Kudo:

Độ nhạy: $187/(187+7) = 96,4\%$; *Độ đặc hiệu:* $38/(38+5)=88,3\%$. *Giá trị dự đoán dương tính:* $187/(187+5) = 97,4\%$

Giá trị dự đoán âm tính: $38/(38+7)= 86,4\%$

Độ chính xác của chẩn đoán: $(187+38)/(187+5+38+7) = 94,9\%$.

Kết quả này là cao hơn nghiên cứu của Lê Quang Thuận khi tiến hành nội soi nhuộm màu polyp bằng indigo carmin không phóng đại (độ nhạy: 93,6% và độ đặc hiệu: 81%), nhưng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Su MY và cộng sự (2004) với khả năng phát hiện polyp tăng sinh (Kudo III đến Kudo V) bằng NSPĐNM indigo Carmin (độ nhạy: 95,1%; độ đặc hiệu: 86,8% và độ chính xác chẩn đoán: 91,9%) [7]. Tuy nhiên, NSPĐNM indigo carmin cũng có hạn chế trong phân loại chính xác polyp typ Vi và Vn, đánh giá mức độ xâm lấn ác tính. Điều này có thể do indigo carmin là thuốc nhuộm tương phản

chỉ động ở các khe, rãnh bề mặt nên khó đánh giá chính xác các tổn thương ác tính, đã có xâm lấn qua lớp niêm mạc. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ đề cập đến mức độ ác tính của polyp

tăng sinh thông qua độ loạn sản thấp - cao và kiểm tra mức độ tương quan hình thái ổ niêm mạc polyp theo phân loại Kudo với kết quả mô bệnh học.

Bảng 4. Mối liên quan giữa kích thước và hình thái ổ niêm mạc polyp

Kích thước	Phân loại Kudo	Mô bệnh học		
		Không tăng sinh	Tăng sinh	Tổng
< 0.5 cm	Không tăng sinh	10	2	12
	Tăng sinh	0	7	7
	Tổng	10	9	19
0.5–2 cm	Không tăng sinh	29	3	32
	Tăng sinh	6	120	126
	Tổng	35	123	158
> 2 cm	Không tăng sinh	0	0	0
	Tăng sinh	1	59	60
	Tổng	1	59	60

Đa số các polyp ở trong các nhóm đều là polyp tăng sinh, trong đó tập trung chủ yếu ở nhóm kích thước từ 0,5-2cm và nhóm trên 2cm.

Bảng 5. Giá trị chẩn đoán bằng hình thái ổ niêm mạc để phân biệt polyp tăng sinh từ polyp không tăng sinh theo kích thước polyp

Kích thước	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Giá trị chẩn đoán dương tính (%)	Giá trị chẩn đoán âm tính (%)	Độ chính xác (%)
< 0.5 cm	77,78	100	100	83,3	89,5
0.5 – 2 cm	97,6	82,8	95,2	90,6	94,3
> 2 cm	100	-	98,3	-	98,3

Theo kích thước polyp, khi kích thước của polyp tăng thì giá trị độ nhạy của phương pháp có xu hướng tăng lên trong khi đó độ đặc hiệu lại có xu hướng giảm. Giá trị chẩn đoán dương tính, giá trị chẩn đoán âm tính và độ chính xác của chẩn đoán dựa vào nội soi phóng đại nhuộm màu indigo carmin đều ở mức cao.

Ở bảng 4 và 5, chúng tôi phân tầng các polyp theo kích thước và xác định xem khả năng chẩn đoán phân biệt polyp tăng sinh trong từng nhóm có sự khác biệt hay không. Kết quả cho thấy, polyp càng lớn thì khả năng chẩn đoán phân biệt polyp tăng sinh so với những polyp không tăng sinh chính xác càng cao. Tuy nhiên, vấn đề chúng ta quan tâm là sàng lọc, chẩn đoán sớm các polyp tăng sinh, ác tính khi chúng ở giai đoạn sớm và kích thước nhỏ, nên cần có thêm các nghiên cứu tiếp theo để đánh giá hiệu quả của phương pháp đối với những polyp có kích thước nhỏ. Đồng thời, phân chia kích thước polyp thành 3 nhóm (<0,5cm; từ 0,5-2cm và trên 2cm) như vậy cũng giúp các bác sỹ lâm sàng có thêm thông tin để chỉ định cắt hoặc theo dõi người bệnh hiệu quả.

IV. KẾT LUẬN

Nội soi phóng đại có nhuộm màu Indigo carmin là một phương pháp hiệu quả trong chẩn

đoán phân biệt polyp tăng sinh và polyp không tăng sinh, dự đoán kết quả mô bệnh học của polyp trước khi cắt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Chính, Nguyễn Văn Quân (2013). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và mô bệnh học của polyp đại trực tràng tại bệnh viện Việt Tiệp, Hải Phòng. *Tạp chí Y học Thực hành*, (899) - số 12/2013 tr. 31-36.
2. Marley A.R, Nan H (2016). Epidemiology of colorectal cancer. *Int J Mol Epidemiol Genet*, 7(3), 105-14.
3. Thirumurthi S, Raju G.S (2015). Management of polypectomy complications. *Gastrointest Endosc Clin N Am*, 25(2), 335-57.
4. Li M, Ali S.M, Umm-a-Omarah Gilani S, et al (2014). Kudo's pit pattern classification for colorectal neoplasms: A meta-analysis. *World J Gastroenterol*, 20(35), 12649-56.
5. Oines M, Helsingen L.M, Bretthauer M, et al (2017). Epidemiology and risk factors of colorectal polyps. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 31(4), 419-424.
6. Lê Quang Thuận (2008). *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học và kết quả nhuộm màu bằng dung dịch Indigo carmine 0,2% ở bệnh nhân có polyp Đại trực tràng*, Luận văn Thạc sỹ Y khoa, Học viện Quân Y.
7. Su M.Y, Ho Y.P, Chen P.C, et al (2004). Magnifying endoscopy with indigo carmine contrast for differential diagnosis of neoplastic and nonneoplastic colonic polyps. *Dig Dis Sci*, 49(7-8), 1123-7.

CẦN BẢO VỆ TỐT HƠN QUYỀN CON NGƯỜI TRONG LUẬT HÔN NHÂN VÀ GIA ĐÌNH Ở VIỆT NAM HIỆN NAY

Trần Thị Thu Hằng*

TÓM TẮT

Việc đảm bảo quyền con người trong Luật Hôn nhân và gia đình năm 2014 đã tạo cơ hội cho các chủ thể trong quan hệ hôn nhân và gia đình tiếp cận và bảo vệ các quyền, lợi ích hợp pháp của mình được quy định trong Hiến pháp và các văn bản pháp luật hiện hành cũng như pháp luật quốc tế. Luật Hôn nhân và gia đình 2014 tuy đã cụ thể hóa được các vấn đề về quyền bình đẳng trước pháp luật; nam, nữ bình đẳng khi kết hôn, trong đời sống vợ chồng và khi ly hôn; quyền về sở hữu tài sản của cá nhân, của vợ chồng và của gia đình; quyền làm cha, làm mẹ, làm con...nhưng trong thực tiễn thi hành vẫn còn những hạn chế, bất cập như: Một số quy định về bình đẳng giới còn mang tính hình thức, chưa được quy định cụ thể hoặc không quy định như vấn đề mang thai hộ, không thừa nhận quan hệ hôn nhân giữa những người cùng giới tính;...) dẫn tới việc người dân khó tiếp cận hoặc không được bảo vệ quyền của mình một cách kịp thời, khó khăn trong việc lựa chọn những ứng xử tốt nhất cho mình về hôn nhân và gia đình. Trên cơ sở các đề xuất trong bài viết này, chúng tôi mong các nhà lập pháp quan tâm để có hướng hoàn thiện các quy định pháp luật một cách đầy đủ hơn, cụ thể hơn nhằm bảo vệ tốt hơn nữa quyền con người trong Luật hôn nhân gia đình Việt Nam.

Từ khóa: Quyền con người, Luật hôn nhân và gia đình năm 2014

SUMMARY

NEED TO BETTER PROTECT HUMAN RIGHTS IN THE LAW OF MARRIAGE AND FAMILY IN VIETNAM TODAY

The guarantee of human rights in the Law on Marriage and the Family in 2014 provides an opportunity for the subjects in the marriage and family relationship to access and protect their legitimate rights and interests as provided in the Constitution. Legal documents and current laws as well as international law. The Law on Marriage and the Family in 2014, however, has clarified issues of equal rights before the law; Men and women are equal in marriage, in conjugal life and when getting divorced; Property rights of individuals, spouses and the family; rights of paternity and maternity, and child obligations... but in practice there are still some shortcomings such as: Some regulations on gender equality are formal, not specified clearly or still not available such as the issue of getting pregnancy

support from other people, not recognizing the same-sex relationship among people of the same sex ...), which makes it difficult for people to access or protect their rights. It is difficult for them to choose the best behavior for themselves in marriage and family. Based on the recommendations in this article, we hope that lawmakers would pay more attention to perfecting legal framework to better protect human rights in the law of marriage and family in Viet Nam.

Keywords: Human rights, Law of Marriage and Family in 2014

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Quyền con người là một nội dung lớn của thế giới ngày nay. Để thực hiện đầy đủ các cam kết quốc tế, mỗi quốc gia cần phải thường xuyên chú trọng giáo dục, tuyên truyền, phổ biến và luật hóa quyền con người. Là thành viên của các công ước quốc tế về quyền con người, nhà nước Việt Nam luôn nỗ lực thực hiện các cam kết của mình; đồng thời chủ động hợp tác với các quốc gia và các tổ chức quốc tế trong nhiều hoạt động trên lĩnh vực quyền con người. Trong lĩnh vực lập pháp, vấn đề quyền con người luôn luôn được quan tâm, chú trọng hàng đầu và được bảo đảm thực hiện bằng những quy định cụ thể của pháp luật.

Quyền con người đã được Hiến pháp 2013 lần đầu tiên đưa vào cụm từ đầu tiên trong tên gọi của Chương II. Vấn đề quyền con người, quyền công dân là một trong hai lĩnh vực được ưu tiên để Quốc hội quan tâm ban hành các đạo luật, trong đó có Luật Hôn nhân và gia đình đã góp phần thực hiện có hiệu quả những quyền cụ thể của con người.

Quyền, nghĩa vụ của vợ chồng và các thành viên trong gia đình là một nội dung quan trọng không thể thiếu đối với việc xây dựng nhà nước pháp quyền xã hội chủ nghĩa tại Việt Nam. Thực tiễn hơn ba năm qua, khi thi hành pháp luật về quyền con người trong lĩnh vực hôn nhân và gia đình, đã bộc lộ những hạn chế nhất định, làm ảnh hưởng đến quyền con người, lợi ích vật chất, tinh thần của công dân và yêu cầu phát triển của xã hội. Việc nghiên cứu vấn đề bảo vệ quyền con người trong Luật hôn nhân và gia đình Việt Nam phải có sự đánh giá một cách đầy đủ, toàn diện, khoa học để từ đó có cơ sở đề xuất hoàn thiện các quy định của luật nhằm mục đích bảo vệ tốt hơn nữa quyền con người về hôn nhân và gia đình trong giai đoạn hiện nay.

*Khoa khoa học cơ bản – Đại học KT-KT Công nghiệp

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thu Hằng

Email: hangtt311@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 5.4.2018

Ngày duyệt bài: 13.4.2018

II. THỰC TRẠNG PHÁP LUẬT VỀ HÔN NHÂN GIA ĐÌNH TRONG VIỆC BẢO VỆ QUYỀN CON NGƯỜI

Sau hơn ba năm thực hiện, Luật Hôn nhân và gia đình 2014 đã đáp ứng kịp thời các yêu cầu khách quan của đời sống hôn nhân và gia đình trong tình hình mới; bảo đảm thực hiện tốt hơn quyền con người, quyền công dân trong lĩnh vực hôn nhân và gia đình; bình đẳng giới; kế thừa và phát huy các giá trị văn hóa, đạo đức truyền thống, phong tục, tập quán tốt đẹp của các dân tộc Việt Nam. Tuy nhiên, trong thực tiễn thi hành Luật hôn nhân gia đình vẫn còn một số quy định bất cập, vướng mắc chưa thực sự bảo vệ quyền con người. Cụ thể:

2.1. Về quy định mang thai hộ vì mục đích nhân đạo

Quy định cho phép mang thai hộ vì mục đích nhân đạo nhằm đáp ứng nguyện vọng, nhu cầu chính đáng của các cặp vợ chồng không có khả năng sinh con ngay cả khi áp dụng kỹ thuật hỗ trợ sinh sản, góp phần bảo vệ hạnh phúc gia đình. Quy định này không chỉ gỡ khó cho những cặp vợ chồng có nhu cầu mà còn góp phần quan trọng vào việc hạn chế tình trạng mang thai thuê hoặc các hình thức tương tự, vốn xảy ra nhiều rắc rối pháp lý cho những người có liên quan, đồng thời có thể gây ra những thiệt hại cho phụ nữ và trẻ em. Tuy nhiên, một số quy định về điều kiện mang thai hộ vẫn còn bất cập thể hiện ở các điểm sau:

Thứ nhất, tại điểm b, khoản 2 Điều 95 có quy định: Vợ chồng có quyền nhờ người mang thai hộ khi “vợ chồng đang không có con chung”. Như vậy, trong trường hợp những cặp vợ chồng có đứa con đầu bị khuyết tật mà người vợ sau đó không còn khả năng sinh con thì họ cũng không có quyền nhờ mang thai hộ. Quy định này tuy đã đảm bảo nhân quyền cho tất cả mọi người, xóa bỏ tư tưởng phân biệt đối xử với người khuyết tật nhưng lại phi thực tế vì các gia đình khi có đứa con đầu là người khuyết tật mà họ không thể sinh con nữa thì họ rất muốn có thêm đứa con thứ hai bình thường, khỏe mạnh để có thể chăm sóc cha mẹ lúc về già cũng như chăm sóc người anh, người chị khuyết tật kia.

Bên cạnh đó, có những trường hợp, vợ chồng mới sinh được một con thì người vợ không thể sinh con được nữa do tai nạn hoặc tai biến sản khoa, thì theo luật họ cũng không có quyền nhờ mang thai hộ. Quy định như vậy sẽ làm hạn chế quyền có con thứ hai của vợ chồng khi mà chính sách của Nhà nước khuyến khích mỗi gia đình có một đến hai con.

Thứ hai, điều kiện đối với người mang thai hộ phải “là người thân thích cùng hàng của bên vợ hoặc bên chồng nhờ mang thai hộ...” (Điểm a, Khoản 3 Điều 95). Tại khoản 7, điều 2 của Nghị định 10/2015/NĐ-CP quy định người mang thai hộ bao gồm “chị, em cùng cha mẹ, cùng cha khác mẹ, cùng mẹ khác cha; chị, em con chú, con bác, con cô, con cậu, con dì; chị dâu, em dâu của người cùng cha mẹ hoặc cùng cha khác mẹ, cùng mẹ khác cha” [2]. Tuy pháp luật quy định phạm vi những người được phép mang thai hộ khá rộng nhưng trên thực tế lại có rất nhiều trường hợp cả vợ và chồng đều không có người có mối quan hệ trên hoặc có nhưng các chị em đó lại không muốn mang thai hộ hoặc không đủ điều kiện để mang thai hộ... Nên nếu chỉ cho đối tượng mang thai hộ là người trong phạm vi “*thân thích cùng hàng*” thì sẽ có rất nhiều cặp vợ chồng đủ điều kiện nhờ mang thai hộ bị thiệt thòi. Khi đó, do khao khát có được đứa con, họ sẽ tìm đến một đối tượng khác nhờ mang thai hộ, và vì vậy mục đích của việc mang thai hộ không còn là nhân đạo nữa.

Mặt khác, quy định trên khi thực thi cũng còn nhiều vướng mắc về thủ tục pháp lý. Cơ quan nào có thẩm quyền xác nhận cho người nhờ mang thai hộ và người mang thai hộ là “*người thân thích cùng hàng*”? Việc xác nhận này được chứng thực trên những loại giấy tờ gì?...Việc xác nhận này nếu là trách nhiệm của cơ quan hành chính, vậy thì người ký phải chịu trách nhiệm trước pháp luật như thế nào về việc xác nhận đó?

Thứ ba, Luật Hôn nhân và gia đình không có quy định cấm người nước ngoài mang thai hộ tại Việt Nam. Tuy nhiên, tại khoản 3 Điều 1 Nghị định 10/2015/NĐ – CP của Chính phủ đã quy định việc “thực hiện kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm và mang thai hộ tại Việt Nam” áp dụng đối với “cơ quan, tổ chức, cá nhân Việt Nam và cá nhân là người nước ngoài”. Vậy nếu áp dụng cho người nước ngoài mang thai hộ thì nhà nước giải quyết hệ quả của vấn đề pháp lý thế nào khi người đó trở về đất nước họ? Việc này có thể dẫn tới các xung đột về mặt pháp lý liên quan đến các hiệp định hoặc luật pháp quốc tế, liên quan tới luật của nước họ có cho phép mang thai hộ hay không?

Tóm lại, việc cho phép mang thai hộ vì mục đích nhân đạo thật sự đã giúp cho khao khát được làm cha mẹ của không ít cặp vợ chồng được trở thành hiện thực. Về mặt lập pháp, mặc dù đã quy định rõ ràng và hợp lý, hợp tình trong rất nhiều vấn đề về mang thai hộ, nhưng vẫn còn một số quy định chung chung, thiếu hoặc gây

ra nhiều cách hiểu khác nhau nên khi thực hiện có thể không đạt được mục đích “nhân đạo” nữa.

2.2. Về quy định không thừa nhận hôn nhân cùng giới tính

Luật hôn nhân và gia đình 2014 đã bỏ quy định cấm kết hôn giữa hai người cùng giới tính, đồng thời “không thừa nhận quan hệ hôn nhân giữa những người cùng giới tính” (khoản 2 Điều 8). Ở góc độ quyền con người, việc bỏ quy định cấm kết hôn giữa những người cùng giới tính thể hiện tính nhân văn, góp phần giảm sự kỳ thị đối với họ và là cơ sở pháp lý giải quyết hậu quả trên thực tế đối với tình trạng sống chung của một bộ phận người đồng tính. Tuy nhiên, việc không thừa nhận hôn nhân giữa những người cùng giới tính đang phát sinh những hệ lụy do thiếu sự điều chỉnh của pháp luật.

Thứ nhất, nhà nước không thừa nhận hôn nhân cùng giới tính, nghĩa là những người đồng tính có thể tổ chức “đám cưới” theo phong tục truyền thống, nhưng không được đăng ký kết hôn và không được pháp luật bảo vệ theo quan hệ giữa vợ và chồng khi phát sinh tranh chấp. Trên thực tế, gần đây đã có rất nhiều cặp đôi đồng tính lựa chọn hình thức sống chung như vợ chồng.

Cặp “vợ - chồng” này cũng giống như những gia đình khác, có thể phát sinh rất nhiều vấn đề như: vấn đề nuôi con nuôi, vấn đề liên quan đến tài sản chung - riêng, vấn đề cấp dưỡng, vấn đề về thừa kế...Tuy nhiên, về mặt pháp luật, họ không được thừa nhận là vợ chồng hợp pháp nên không thể áp dụng những quy định pháp luật về hôn nhân gia đình làm căn cứ để giải quyết khi có tranh chấp xảy ra.

Thứ hai, một vấn đề nữa nảy sinh cũng do ảnh hưởng của việc “không thừa nhận hôn nhân đồng tính”. Trong thời gian gần đây, số lượng những người đồng tính tiến hành phẫu thuật chuyển đổi giới tính đã tăng lên rất nhiều với một mong muốn là được xã hội thừa nhận, có cơ hội để làm “người bình thường”. Hiện nay, pháp luật Việt Nam đã cho phép “phẫu thuật chuyển đổi giới tính, xác định lại giới tính, thay đổi giới tính trên giấy tờ” (Điều 36, Điều 37 Bộ luật dân sự 2015), nghĩa là những người đồng giới đã phẫu thuật chuyển đổi giới tính và được “xác định lại giới tính” thì sẽ được kết hôn và được công nhận có mối quan hệ giữa vợ và chồng trước pháp luật. Thế nhưng, phẫu thuật chuyển đổi giới tính tuy có tác dụng bên ngoài là tạo hình dáng mong muốn cho người đồng tính nhưng nó lại gần như không có tác dụng thay đổi về “chất” [6]. Ngoài ra, người chuyển giới còn có thể gặp nhiều nguy hiểm trong quá trình

phẫu thuật, trong đó có những đau đớn về thể xác. Trong quãng đời còn lại họ phải đối mặt với việc sử dụng hormone sinh dục thường xuyên, về bề ngoài chỉ giữ được khoảng 7 đến 10 năm và nhanh chóng lão hóa... Đồng thời, chi phí cho phẫu thuật là khá cao so với mức thu nhập bình quân tại nước ta hiện nay.

Thứ ba, luật pháp của một số các quốc gia đã cho phép kết hôn đồng tính, vậy nếu người đồng tính là công dân Việt Nam ở nước ngoài đã kết hôn với người đồng tính nước ngoài thì khi về Việt Nam có được công nhận hay không? Vấn đề này cũng chưa được pháp luật đề cập tới và cũng không quy định việc giải quyết tranh chấp về tài sản, về con ...(nếu có).

Như vậy, rõ ràng các quy định pháp luật chưa bao quát hết vấn đề của xã hội, nhất là khi đó lại là vấn đề cấp thiết, một nhu cầu chính đáng, một vấn đề thuộc về “quyền con người”.

III. MỘT SỐ KIẾN NGHỊ HOÀN THIỆN QUY ĐỊNH PHÁP LUẬT NHẪM BẢO VỆ TỐT HƠN QUYỀN CON NGƯỜI VỀ HÔN NHÂN VÀ GIA ĐÌNH Ở VIỆT NAM HIỆN NAY

Thứ nhất, quy định cho phép mang thai hộ là vấn đề rất mới của pháp luật hôn nhân gia đình Việt Nam nên trong quá trình ban hành, thực thi Luật và các văn bản hướng dẫn thi hành cần có một số lưu ý sau:

- Cần có quy định sau khi sinh bao nhiêu thời gian thì người mang thai hộ phải bàn giao con cho vợ chồng nhờ mang thai hộ vì liên quan đến tình cảm của người mang nặng đẻ đau, đảm bảo cho con được bú sữa mẹ...Theo quy định của pháp luật hiện hành thì thời gian giao nhận con sinh ra do mang thai hộ là do hai bên thỏa thuận, tuy nhiên, trên thực tế nếu giao con cho bên nhờ mang thai hộ ngay sau sinh thì người mang thai hộ sẽ rơi vào trạng thái hụt hẫng, có thể gặp vấn đề về tâm lý và đứa trẻ cũng bị thiệt thòi vì không được bú sữa mẹ, nhưng nếu để thời gian dài quá thì người mang thai hộ sẽ có tâm lý không muốn giao con do bị tác động bởi tình mẫu tử. Theo quy định tại khoản 3 điều 97 thì “Người mang thai hộ được hưởng chế độ thai sản theo quy định của pháp luật về lao động và bảo hiểm xã hội ...đủ 60 ngày”, quy định như vậy để tạo điều kiện cho người mang thai hộ được nghỉ ngơi, tình dưỡng sau sinh, nhưng về tâm lý họ cũng muốn nâng niu, chăm sóc cho đứa trẻ do mình “mang nặng, đẻ đau” một thời gian nhất định. Cho nên, theo chúng tôi nên quy định sau 60 ngày bên mang thai hộ phải bàn giao con cho vợ chồng nhờ mang thai hộ, bởi vì

trong khoảng thời gian đó người mang thai hộ sẽ dần ổn định tâm lý, tình cảm, họ nhận thức một cách rõ ràng được ý nghĩa của việc mang thai hộ là nhân văn, nhân đạo nên họ sẽ vui vẻ trao đứa trẻ cho gia đình nhờ mang thai hộ. Đồng thời, đứa trẻ cũng được bú sữa mẹ trực tiếp dù chỉ là hai tháng. Và có thể, trong một số trường hợp, đây cũng là cơ sở để giải quyết tranh chấp về việc giao nhận con của bên mang thai hộ và bên nhờ mang thai hộ.

- Bổ sung điểm b, khoản 2 Điều 95 như sau: *"Vợ chồng đang không có con chung hoặc không thể sinh con thứ hai"*. Quy định như vậy sẽ mở lối cho hai đối tượng gia đình, thứ nhất đối với những gia đình có con thứ nhất nhưng bị tật nguyền cũng có cơ hội sinh con thứ hai để chăm sóc, phụng dưỡng cha mẹ lúc về già cũng như chăm sóc người anh, chị khuyết tật kia; thứ hai, đối với những gia đình đã có một con (bao gồm cả trường hợp có con do nhờ mang thai hộ - vì luật chỉ cấm người mang thai hộ lần thứ hai chứ không cấm người nhờ mang thai hộ lần thứ hai) có cơ hội có thêm con thứ hai theo nguyện vọng mà vẫn phù hợp với chính sách, pháp luật về dân số của nhà nước.

- Bổ cụm từ "cùng hàng" trong quy định: *"a) Là người thân thích cùng hàng của bên vợ hoặc bên chồng nhờ mang thai hộ;"*, bởi vậy điểm a, khoản 3 Điều 95 được sửa đổi, bổ sung như sau: *"a) Là người thân thích của bên vợ hoặc bên chồng nhờ mang thai hộ;"*, bởi vì có gia đình người "thân thích cùng hàng" của bên vợ hoặc bên chồng nhờ mang thai hộ không đồng ý mang thai hộ vì họ có nhiều lý do khác nhau. Có gia đình thì cả vợ và chồng đều không có chị em gái hoặc có nhưng không đủ điều kiện để nhờ mang thai hộ. Trên thực tế, ngày 22 tháng 01 năm 2016, chúng ta đã chào đón đứa trẻ đầu tiên sinh ra do mang thai hộ là con của anh Huy và chị Hà (Ninh Bình). Người mang thai hộ cho vợ chồng anh chị là người cô họ của anh Huy (46 tuổi). Ở các quốc gia cho phép mang thai hộ thì quy định về đối tượng được phép mang thai hộ cũng rất rộng, hầu như chỉ cần có mối quan hệ huyết thống. Cho nên, luật và các văn bản hướng dẫn nên mở rộng đối tượng mang thai hộ là những người phụ nữ có mối quan hệ huyết thống của bên vợ hoặc bên chồng nhờ mang thai hộ, nếu họ có đủ các điều kiện khác, không nhất thiết phải là "người thân thích cùng hàng".

Cơ quan hành chính cấp xã xác nhận mối quan hệ giữa những người này vì đây là đơn vị quản lý cơ sở dữ liệu về hộ tịch, sẽ kiểm tra thông tin về hộ tịch của cặp vợ chồng nhờ mang

thai hộ cũng như của người mang thai hộ được chính xác và hiệu quả. Đồng thời, cũng phải quy định chế tài để xử lý các trường hợp cố ý vi phạm pháp luật.

- Cần quy định rõ tư cách của các đối tượng tham gia quan hệ pháp luật về mang thai hộ. Nghị định 10/2015/NĐ - CP cho phép người nước ngoài tham gia quan hệ pháp luật mang thai hộ với tư cách là người mang thai hộ. Nhưng trên thực tế phát sinh rất nhiều vấn đề như vợ chồng người nước ngoài có quyền nhờ người nước ngoài mang thai hộ tại Việt Nam không khi mà họ cùng sống và làm việc ở Việt Nam? Vợ chồng người nước ngoài có quyền nhờ người Việt Nam mang thai hộ không? hay các cặp vợ chồng nước ngoài - Việt Nam có quyền nhờ người Việt Nam hay người nước ngoài mang thai hộ không? Theo quy định trên thì người nước ngoài được phép mang thai hộ các cặp vợ chồng người Việt Nam hoặc các cặp vợ chồng người nước ngoài. Vì vậy, cần quy định chỉ cho phép người nước ngoài mang thai hộ tại Việt Nam nếu luật pháp quốc gia họ cho phép.

Tóm lại, để quy định mang thai hộ vì mục đích nhân đạo thật sự là giải pháp tốt, thân thiện và ít tranh chấp nhằm giúp cho các cặp vợ chồng vô sinh hoặc vô sinh thứ phát có được một đứa con theo nguyện vọng chính đáng thì nhà làm luật cần nghiên cứu và hoàn thiện thêm quy định pháp luật trong thời gian tới. Có như vậy, pháp luật điều chỉnh quan hệ mang thai hộ mới có sức sống lâu dài và ổn định, đồng thời nâng cao niềm tin của nhân dân vào pháp luật.

Thứ hai, nhà nước cần xây dựng một lộ trình phù hợp để hợp pháp hóa hôn nhân đồng giới nhằm bảo vệ tốt nhất quyền con người, đồng thời vẫn giữ gìn được bản sắc văn hóa truyền thống dân tộc.

Trước hết, Luật cần có quy định về giải quyết hậu quả của việc chung sống giữa những người cùng giới tính như trường hợp chung sống như vợ chồng không đăng ký kết hôn, nhưng có đặc điểm riêng. Đó là: *"Quyền, nghĩa vụ đối với con; quan hệ tài sản, nghĩa vụ và hợp đồng của các bên trong quan hệ chung sống như vợ chồng giữa những người cùng giới tính được giải quyết theo thỏa thuận của các bên; nếu không có thỏa thuận thì theo quy định của Bộ luật dân sự và các luật khác có liên quan. Việc giải quyết quan hệ tài sản phải bảo đảm quyền, lợi ích hợp pháp của con; công việc nội trợ và công việc khác có liên quan để duy trì đời sống chung được coi như lao động có thu nhập"*.

Sau đó, Luật hôn nhân và gia đình nên xóa bỏ sự phân biệt đối xử về giới, cho phép những

người đồng giới tính kết hôn với nhau theo những quy định pháp luật cụ thể. Điều này mang nhiều ý nghĩa quan trọng trong việc bảo vệ quyền con người về hôn nhân gia đình. Bởi vì:

- Khi quan hệ đồng giới được hợp pháp hóa, họ được đảm bảo quyền bình đẳng như quyền có tài sản chung, quyền có con (do nhờ mang thai hộ), quyền nhận nuôi con nuôi, quyền thừa kế, và các quyền khác mà pháp luật đang đảm bảo cho quan hệ khác giới. Đây là một cơ hội để cộng đồng người đồng tính giành được sự thừa nhận và đối xử bình đẳng của nhà nước và xã hội. Theo ông Lê Quang Bình – Viện trưởng Viện ISEE thì “thực tế đã chỉ ra rằng người đồng tính phải chịu những hậu quả nặng nề về sức khỏe tâm thần và thể chất do thái độ kỳ thị dẫn đến phân biệt đối xử như: Bị gia đình hắt hủi, bạo hành, mất bạn bè, mất việc làm. Vì e ngại sự kỳ thị của xã hội, nhiều người đã phải sống trong vỏ bọc, kết hôn với người khác giới và sinh con trong những cuộc hôn nhân không hạnh phúc, ảnh hưởng đến cuộc sống hạnh phúc của nhiều người khác”.

- Đảm bảo quyền tự do hôn nhân là đảm bảo quyền con người. Đây là một nhu cầu chính đáng được khẳng định bản thân, được cộng đồng thừa nhận của người đồng tính. Nhà nước phải có trách nhiệm tạo điều kiện để những người thuộc giới tính thứ ba được hòa nhập với cộng đồng, có cơ hội phát triển như bao người bình thường khác.

- Chấp nhận hôn nhân đồng tính là một trong những biện pháp hạn chế tình trạng phẫu thuật chuyển giới. Trên thế giới, tại các quốc gia công nhận và cho phép “hôn nhân đồng tính”, số lượng người phẫu thuật chuyển giới không nhiều. Họ tự tin kết hôn với nhau một cách công khai, không cần trải qua bất cứ một phẫu thuật nào để khẳng định bản thân. Việc hạn chế tình trạng phẫu thuật chuyển đổi giới tính là điều cần thiết, giúp người đồng tính không bị ảnh hưởng về tâm lý, thể chất cũng như về kinh tế.

- Việc thừa nhận hôn nhân cùng giới cũng không thể làm suy thoái nòi giống như ý kiến của nhiều người bởi vì người đồng tính chỉ chiếm khoảng 3% trong tổng dân số của xã hội, nếu được phép kết hôn họ hoàn toàn có thể nhờ mang thai hộ khi thực hiện biện pháp cho – nhận tinh trùng, noãn hoặc phôi hoặc họ có thể nhận con nuôi.

- Cho phép kết hôn sẽ đáp ứng được nguyện vọng nhu cầu của người đồng tính và bắt kịp với xu hướng phát triển của xã hội hiện đại. Các nước Châu Á hoặc ASEAN cũng đã dần thừa

nhận hôn nhân đồng tính (Indônêxia, Nhật Bản...) để theo xu thế chung của thế giới trong việc bảo vệ quyền con người.

Cuối cùng, có thể khẳng định rằng “việc theo đuổi, ghi nhận quyền bình đẳng đầy đủ của cộng đồng người LGBT (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender) nói chung và người đồng tính nói riêng còn cần rất nhiều thời gian với nhiều thử thách nữa. Nhưng chúng ta có thể tin rằng, giá trị nhân văn của pháp luật dẫu nhanh hay chậm cũng sẽ ngày càng được bồi đắp, và một ngày nào đó họ sẽ được công nhận đầy đủ các quyền bình đẳng của mình như những người khác”[7].

IV. KẾT LUẬN

Tóm lại, Luật Hôn nhân và gia đình 2014 đã thể chế hóa các quan điểm của Đảng; đáp ứng kịp thời yêu cầu khách quan của thực tiễn đời sống xã hội; đảm bảo tính đồng bộ, thống nhất của hệ thống pháp luật và các nguyên tắc cơ bản về quyền con người, quyền công dân trong lĩnh vực hôn nhân, gia đình đã được ghi nhận trong Hiến pháp và các điều ước quốc tế liên quan mà Việt Nam là thành viên. Tuy nhiên, khi đi vào thực tế cuộc sống, Luật này bộc lộ khá nhiều bất cập trong các quy định về tài sản chung – riêng giữa vợ và chồng, căn cứ ly hôn, truy nhận cha cho con, xác nhận tình trạng hôn nhân, hạn chế quyền ly hôn của người chồng, mang thai hộ, hôn nhân đồng giới...do vậy, chưa thực sự bảo vệ quyền con người về hôn nhân gia đình. Với những quan điểm sửa đổi bổ sung các quy định của Luật hôn nhân và gia đình như đã nêu và phân tích ở trên, chúng tôi mong các nhà lập pháp quan tâm để có cơ sở hoàn thiện các quy định pháp luật nhằm bảo vệ tốt nhất quyền con người nói chung và quyền con người về hôn nhân gia đình nói riêng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ luật dân sự 2015;
2. Chính phủ (2015), *Nghị định 10/2015/NĐ-CP ngày 28 tháng 01 năm 2015 quy định về kỹ thuật sinh con trong ống nghiệm và điều kiện mang thai hộ vì mục đích nhân đạo*;
3. Huỳnh Thị Trúc Giang (2015), “Vài suy nghĩ về quy định mang thai hộ trong Luật hôn nhân và gia đình năm 2014”, *Tạp chí Khoa học Trường Đại học Cần Thơ, Phần D: Khoa học Chính trị, Kinh tế và Pháp luật*: 40 (2015);
4. Hiến pháp sửa đổi, bổ sung năm 2013;
5. Luật hôn nhân và gia đình năm 2014, Quốc hội khóa XIII, kỳ họp thứ 7 thông qua ngày 19 tháng 6 năm 2014;
6. [http://www.baoxaydung.com.vn/news/vn/p-hap-luat/hon-nhan-dong-tinh % E2% 80% 93 –khi -phap-luat-chua-song-hanh-voi-thuc-tien.html](http://www.baoxaydung.com.vn/news/vn/p-hap-luat/hon-nhan-dong-tinh-%E2%80%93khi-phap-luat-chua-song-hanh-voi-thuc-tien.html)
7. <http://moj.gov.vn/qt/tintuc/Pages/nguyen-cuu-trao-doi.aspx>.

NGHIÊN CỨU VI KHUẨN HIẾU KHÍ TRONG VIÊM MŨI XOANG Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN TAI MŨI HỌNG TRUNG ƯƠNG

Đỗ Hoàng Quốc Chính*, Nguyễn Thị Khánh Vân**

TÓM TẮT

Vi khuẩn hiếu khí gặp phổ biến trong viêm mũi xoang ở trẻ em trong nghiên cứu là *Haemophilus influenzae* (38,2%), *Coagulase negative Staphylococcus* (23,81%), *S. aureus* và *S. pneumoniae* (14,28%), *Streptococcus* (9,52%). Kháng sinh Amoxicillin + Acid clavulanic còn nhạy cảm với *H. influenzae*, *Coagulase negative Staphylococcus* và *S. pneumoniae*, *Streptococcus*.

SUMMARY

STUDY ANAEROBIC BACTERIA OF RHINOSINUSITIS IN CHILDREN IN CENTRAL E.N.T HOSPITAL

The most common anaerobic bacteria in rhinosinusitis in children in this study are *H. influenzae* (38,2%), *Coagulase negative Staphylococcus* (23,81%), *S. aureus* and *S. pneumoniae* (14,28%), *Streptococcus* (9,52%). **Amoxicillin + Acid. clavulanic** is sensitive to *H. influenzae*, *Coagulase negative Staphylococcus* and *S. pneumoniae*, *Streptococcus*.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mũi xoang ở trẻ em thường khởi đầu do nhiễm virus, sau đó tới 80% số viêm xoang do virus phát triển thành viêm mũi xoang nhiễm khuẩn. Vi khuẩn thường gặp trong viêm mũi xoang cấp tính ở trẻ em là phế cầu (*S. pneumoniae*), *Haemophilus influenzae*, *M. catarrhalis* và tụ cầu vàng (*S. aureus*). Cũng có một vài loại liên cầu khác và vi khuẩn kỵ khí. Viêm mũi xoang mạn tính ở trẻ em hay gặp nhất là vi khuẩn liên cầu và tụ cầu vàng, tiếp theo là phế cầu (*S. pneumoniae*), *Haemophilus influenzae*, *M. catarrhalis*. Vi khuẩn kỵ khí gặp khoảng 6%.

Trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu về bệnh viêm mũi xoang ở trẻ em, cũng như Việt Nam. Trong thực tế, việc điều trị viêm mũi xoang trẻ em vẫn còn gặp nhiều khó khăn. Ở Việt Nam, trong những năm gần đây, các bệnh lý nhiễm khuẩn hô hấp nói chung và bệnh viêm mũi xoang ở trẻ em nói riêng ngày càng gia tăng do môi trường ngày càng ô nhiễm nặng nề. Đồng thời, trong thời đại bùng nổ kháng sinh, và

việc sử dụng kháng sinh một cách bừa bãi, tùy tiện không đúng và đủ liều của người dân Việt Nam làm cho tình trạng đề kháng kháng sinh ngày càng nghiêm trọng hơn. Do đó việc điều trị các bệnh lý về nhiễm khuẩn trong đó có viêm mũi xoang ở trẻ em càng trở nên khó khăn và phức tạp hơn. Để góp phần vào chẩn đoán và điều trị bệnh Viêm mũi xoang ở trẻ em, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Định danh vi khuẩn hiếu khí và kháng sinh đồ trong viêm mũi xoang ở trẻ em.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: là những bệnh nhân dưới 15 tuổi được khám và chẩn đoán viêm mũi xoang. Bệnh nhân chưa dùng kháng sinh hoặc ngừng dùng kháng sinh trên 7 ngày.

2. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương

3. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 7 năm 2014 đến tháng 9 năm 2015.

4. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả từng trường hợp.

Phương tiện nghiên cứu:

Bộ nội soi mũi xoang Karl Storz

Bộ dụng cụ thử vi khuẩn của mũi xoang:

- Tăm bông và ống đựng tăm bông vô khuẩn.

- Kính hiển vi.

- Môi trường nuôi cấy vi khuẩn: Là môi trường phong phú bao gồm Blood agar (tạo ra 2 môi trường thạch máu và chocolate) và Mueller-hinton (tạo ra môi trường thạch thường).

- Các kháng sinh cần làm kháng sinh đồ.

5. Phương pháp xử lý số liệu: Theo phương pháp toán thống kê y học, nhập số liệu và xử lý bằng chương trình SPSS v.20

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Tỷ lệ nuôi cấy vi khuẩn: Từ dịch mũi lấy ở khe giữa của bệnh nhân, tiến hành nuôi cấy và định danh vi khuẩn. Tỷ lệ nuôi cấy vi khuẩn dương tính và phân bố theo đặc điểm nhuộm Gram được trình bày dưới bảng sau:

Bảng 3.1. Tỷ lệ nuôi cấy vi khuẩn

Kết quả nuôi cấy		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Âm tính		13	23,6
Dương	Gram(+)	26	47,3

*Đại học Quốc Gia Hà Nội

**Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Khánh Vân

Email: khanhvantmtw@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 28.3.2018

Ngày duyệt bài: 20.4.2018

tính	Gram(-)	16	29,1
Tổng		55	100,0

Trong số vi khuẩn phát hiện được trong nghiên cứu này có 47,3% là vi khuẩn Gram (+), 29,1% là vi khuẩn Gram (-).

3.2. Sự phân bố các chủng vi khuẩn

Bảng 3.2. Sự phân bố các chủng vi khuẩn

Vi Khuẩn	Tuổi <6 tuổi		6-10 tuổi		11-15 tuổi		Tổng	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
H. influenzae	5	9,1	15	27,3	1	1,8	21	38,2
Streptococcus	1	1,8	2	3,6	0	0,0	3	5,5
S.pneumoniae	3	5,5	2	3,6	0	0,0	5	9,1
S.aureus	1	1,8	3	5,5	1	1,8	5	9,1
Coagulase negative Staphylococcus	2	3,6	5	9,1	0	0,0	7	12,7
M. Catarrhalis	1	1,8	0	0,0	0	0,0	1	1,8
Tổng số	13	23,6	27	49,1	2	3,6	42	76,4

Chủng vi khuẩn gặp nhiều nhất là Haemophilus influenzae với 38,2%, tiếp đến là Coagulase negative Staphylococcus 12,7%. Các chủng xuất hiện với tỷ lệ thấp là Staphylococcus aureus và Streptococcus pneumoniae đều là 9,1%, Streptococcus với 5,5%, gặp ít nhất là M. Catarrhalis với 1,8%.

Theo Lê Thị Hoa (2001), tỷ lệ phân lập được Streptococcus pneumoniae là cao nhất (60%), sau đó đến Moraxella catarrhalis (38,4%) và Haemophilus influenzae (31,5%) [26].

Như vậy đã có rất nhiều tác giả nghiên cứu về vi khuẩn gây viêm mũi xoang trẻ em, những kết quả thu được cho thấy đã có những xu hướng chuyển dịch về sự phân bố vi khuẩn trong mũi họng trẻ em, góp phần quan trọng trong việc chẩn đoán và điều trị đúng bệnh viêm mũi xoang ở trẻ em.

3.3. Mức độ nhạy cảm của vi khuẩn dựa trên kết quả kháng sinh đồ.

3.3.1. Mức độ nhạy cảm với kháng sinh của Tụ cầu trắng (Coagulase negative Staphylococcus).

Bảng 3.3. Mức độ nhạy cảm với kháng sinh của Tụ cầu trắng (n=7)

Tên kháng sinh	Ký hiệu	(S)	(I)	(R)
Amo+A.clavulanic	AMC	7		
Cefuroxime	CXM	7		
Cefotaxime	CTX	7		
Ceftriaxone	CRO	1	5	1
Vancomycin	VAN	3	2	2
Cefoperazol	Cf	7		
Ceftazidime	CAZ	5		
Cefepime		3		
Cefopime		3		
Clindamycin	CLI	1	2	2
Erythromycine	ERY			7

Doxycyclin	DO	6		1
Ciprofloxacin	CIP	4	1	
Ofloxacin	OFX	7		
Gentamycin	GM	2	2	2
Amikacin	AN	2	5	
Co-trimoxazol	SXT		3	2
Meropenem	MEM	1		2

Tụ cầu trắng còn nhạy cảm với Amo+A.clavulanic, Cefuroxime, Cefotaxime, Cefoperazol, Ceftazidime, Ofloxacin, Doxycyclin. Kháng hầu hết với Erythromycine và Co-trimoxazol, Clindamycin, thậm chí có nhiều chủng kháng với vòng vô khuẩn là không có nghĩa là không có một chút tác dụng gì. Trong đó có 2/3 chủng kháng với Meropenem, một loại kháng sinh rất mới.

3.3.2. Mức độ nhạy cảm với kháng sinh của Tụ cầu vàng (S. aureus)

Bảng 3.4. Mức độ nhạy cảm với kháng sinh của S. aureus : n=5

Tên kháng sinh	Ký hiệu	(S)	(I)	(R)
Penicillin	PEN			5
Oxacillin	OXA			2
Ampixilline	AM	2		
Methicillin	FOX			5
Meropenem	MEM			5
Cephalothin	CEF			5
Cefuroxime	CXA	3		2
Ceftazidime	CAZ	3		2
Ceftriaxone	CRO		1	4
Cefotaxime	CTX		1	4
Cefoperazol	Cf	3		
Amo+A.clavulanic	AMC	4		1
Ampi+ Sulbactam	SAM			5
Piper+ Tazobactame	TZP			5
Erythromycine	ERY			5

Azithromycine	AZM			2
Doxycyclin	DO	2		
Clindamycin	CLI			5
Moxifloxacin	MOX	3		
Ciprofloxacin	CIP	3		
Levofloxacin	LVX	3		
Vancomycin	Va	2	1	
Gentamycin		1		
Amykacin		3		
Co-trimoxazol	SXT			2

Tụ cầu vàng kháng hầu hết với Penicillin, Methicillin, Erythromycin, Meropenem, Cephalosporin thế hệ 1,2,3,4, Ampicillin+Sulbactam, Piperacillin+Tazobactam, Clindamycin. Chỉ còn nhạy với Doxycyclin và Moxifloxacin, Ciprofloxacin, Levofloxacin. Như vậy, tụ cầu vàng đã kháng với các loại kháng sinh mới.

3.3.3. Mức độ nhạy cảm với kháng sinh của Phế cầu (*S.pneumoniae*)

Bảng 3.5. Mức độ nhạy cảm với kháng sinh của *S. pneumoniae*: n=5

Tên kháng sinh	Ký hiệu	(S)	(I)	(R)
Amo+A.clavulanic	AMC	4	1	
Cefuroxime	CXM	3	2	
Cefotaxime	CTX	3	2	
Vancomycin	VAN	3	1	1
Ceftriaxone	CRO	3	2	
Cefoperazone	CF	5		
Ceftazidime	CAZ	5		
Clindamycin	CLI		2	3
Erythromycin	ERY	1	2	2
Azithromycin	Az	3		
Doxycyclin	DO	2	3	
Ofloxacin	OFX	3	2	
Gentamycin	GM	1	2	1
Amikacin	AN	2	1	1
Co-trimoxazol	SXT		2	3
Ampicillin	AM		3	
cephalothine	CF	3		
Cefepime	FEP	3		
Tobramycin				3

Phế cầu trong nghiên cứu này còn nhạy cảm với dòng β lactam, trong đó nhạy nhất là Cefoperazone, Ceftazidime (5/5 mẫu) và cũng còn nhạy cảm với Azithromycin. Không còn nhạy với Clindamycin, Co-trimoxazol và các kháng sinh còn lại cũng đã kháng rất nhiều. Theo Tinkelman 1989 [6], năm trong số tám chủng *S. pneumoniae* là tương đối kháng penicillin và kháng với Trimethoprim-sulfamethoxazole.

3.3.4. Mức độ nhạy cảm với kháng sinh của *H. influenzae*

Bảng 3.6. Mức độ nhạy cảm với kháng

sinh của *H. influenzae*: n=21

Tên kháng sinh	Ký hiệu	(S)	(I)	(R)
Cefuroxime	CXM	3	4	14
Ceftazidime	CAZ	5		16
Ceftriaxone	CRO	3	5	14
Cefotaxime	CTX	3	5	14
Cefoperazone	CF		3	18
Amo+A.clavulanic	AMC	2	10	10
Vancomycin	VAN			17
Gentamycin	GEN		11	7
Amikacin	AN		13	6
Ciprofloxacin	CIP	17	4	
Ofloxacin	OFX	13	3	
Levofloxacin	LVX	13	3	
Moxifloxacin	MOX	9		
Chloramphenicol	CL	2	5	7
Doxycyclin	DO	17	4	
Erythromycin	ERY		5	14
Azithromycin	AZM	6	2	12
Clindamycin	CLI		2	17
Co-trimoxazol	SXT	2	2	8
Meropenem	MEM	6	6	
Ampicillin	AM			11
Cefaclor	CR		1	8
Cefepime	FEP		1	8
Tobramycin			1	7

Haemophilus influenzae kháng hầu hết với nhóm Cephalosporin và Vancomycin. Còn nhạy cảm với nhóm Quinolon (gồm Ciprofloxacin, Ofloxacin, Levofloxacin, Moxifloxacin) và Doxycyclin.

3.3.5. Mức độ nhạy cảm với kháng sinh của Liên cầu (*Streptococcus*)

Bảng 3.7. Mức độ nhạy cảm với kháng sinh của *Streptococcus*: n=3

Tên kháng sinh	Ký hiệu	(S)	(I)	(R)
Amo+A.clavulanic	AMC	3		
Cefuroxime	CXM	3		
Cefotaxime	CTX	3		
Ceftriaxone	CRO	3		
Vancomycin	VAN	2		1
Cefoperazone	CF	3		
Ceftazidime	CAZ	2		1
Clindamycin	CLI			3
Erythromycin	ERY			3
Azithromycin				3
Doxycyclin	DO	2	1	
Ofloxacin	OFX	1	2	
Gentamycin	GM			3
Amikacin	AN		1	2
Co-trimoxazol	SXT		1	2
Cefepime	FEP	1		
Tobramycin				1

Liên cầu còn nhạy cảm với Amo+A.clavulanic, Cefuroxime, Cefotaxime, Ceftriaxone (3/3 mẫu). Đã kháng hầu hết với Clindamycin, Gentamycin, Amikacin (3/3 mẫu)

3.3.6. Mức độ nhạy cảm với kháng sinh của *Moraxella catarrhalis*

Bảng 3.8. Mức độ nhạy cảm với kháng sinh của *Moraxella catarrhalis*: n=1

Tên kháng sinh	Ký hiệu	(S)	(I)	(R)
Amo+A.clavulanic	AMC	1		
Cefuroxime	CXM		1	
Cefotaxime	CTX	1		
Ceftriaxone	CRO	1		
Vancomycin	VAN			1
Cefoperazol	Cf	1		
Ceftazidime	CAZ	1		
Clindamycin	CLI			1
Erythromycine	ERY			1
Azithromycine				1
Doxycyclin	DO		1	

Kháng sinh đồ:

Chủng vi khuẩn	Nhạy cảm	Kháng
Coagulase negative Staphylococcus	Amo+A.clavulanic Cefuroxime, Cefotaxime Cefoperazol, Ceftazidime Doxycyclin, Ofloxacin	Erythromycine Co-trimoxazol
S. aureus	Doxycyclin Moxifloxacin	Meropenem, Cephalosporin thế hệ 1-3 Amo+A.clavulanic Ampi+ Sulbactam Piper+Tazobactam. Clindamycin
S. pneumoniae	Amoxicillin+A.clavulanic, Cefoperazol, Ceftazidime	Clindamycin Erythromycin
H. influenzae	Quinolon Doxycyclin	Cephalosporin thế hệ 1-3 Vancomycin.
Streptococcus	Amoxicillin + A. clavulanic Cefuroxime, Cefotaxime, Ceftriaxone	Clindamycin, Gentamycin Amikacin

Amo+A.clavulanic còn nhạy cảm với tụ cầu trắng, phế cầu, liên cầu và H. influenzae

Doxycyclin và Fluoroquinolon còn nhạy cảm với hầu hết các chủng VK phân lập được trong VMX TE.

Lincosamid đã bị kháng hầu hết với các chủng VK trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Paton P, Pornthep K, Supawan L, et al. (2013). Chronic rhinosinusitis and emerging treatment options, *IJGM (International Journal of General Medicine)*.
2. Ellen R.W, Gregory J.M, Bowen A.D et al. (1981). Acute Maxillary Sinusitis in Children, *N Engl J Med* 1981, 304, pp 749-754.
3. Tinkelman D.G, Howard J.S (1989). Clinical

Ofloxacin	OFX	1		
Gentamycin	GM	1		
Ampixilline	AM		1	
Cefopime		1		

Chỉ gặp 01 trường hợp vi khuẩn *Moraxella catarrhalis* còn nhạy cảm với các dòng kháng sinh mới Amo + A.clavulanic, Cefotaxime, Ceftriaxone, Cefoperazol, Ceftazidime, Ofloxacin, Gentamycin. Đã kháng với Erythromycin, Azithromycine, Clindamycin, Vancomycin.

IV. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu tình hình vi khuẩn hiếu khí của 55 bệnh nhân dưới 15 tuổi được chẩn đoán viêm mũi xoang tại bệnh viện Tai Mũi Họng TW, chúng tôi có một số kết luận như sau: Tỷ lệ nuôi cấy vi khuẩn hiếu khí dương tính là 76,4%.

Các vi khuẩn gây viêm mũi xoang trẻ em hay gặp lần lượt là: H. influenzae (38,2 %), Coagulase negative Staphylococcus (23,81%), S. aureus và S. pneumoniae (14,28%), Streptococcus (9,52%).

and Bacteriologic Features of Chronic Sinusitis in Children, *Am J Child*, No. 143, p 938-941

4. Ramadan HH(2005). Pediatrics sinusitis: update, *J Otolaryngol*, 2005 Jun, 34 Supplement 1: pp 14-17.
5. Lê Công Định (1993), *Bước đầu tìm hiểu tình hình viêm xoang trẻ em tại viện Tai Mũi Họng Trung Ương 1987-1993*, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
6. Chan J, Hadley J (2001). The microbiology of chronic rhinosinusitis: results of a community surveillance study, *Ear, Nose, and Throat Journal*, 80(3), 143-145.
7. Lê Thị Hoa (2001) Nghiên cứu độ nhạy cảm với kháng sinh của Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae và Moraxella catarrhalis phân lập từ họng mũi trẻ em dưới 5 tuổi ở một số cộng đồng dân cư sống xa đô thị, Luận văn thạc sỹ y học, Trường đại học Y Hà Nội.

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG CỔ MỨC ĐỘ NHẸ VÀ VỪA BẰNG ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP THUỐC HOÀN CHỈ THỐNG

Nguyễn Vinh Quốc¹, Nguyễn Đức Minh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá hiệu quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ mức độ nhẹ và vừa bằng điện châm kết hợp thuốc Hoàn chỉ thống. **Đối tượng và phương pháp:** 60 bệnh nhân tuổi từ 24 – 68 được chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cột sống cổ mức độ nhẹ và vừa, không phân biệt giới tính, nghề nghiệp, tình nguyện tham gia nghiên cứu. Nhóm nghiên cứu dùng điện châm kết hợp thuốc Hoàn chỉ thống, nhóm đối chứng điều trị bằng điện châm đơn thuần. So sánh kết quả trước và sau 15 ngày điều trị. **Kết quả:** ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu, tỷ lệ đạt hiệu quả tốt và khá chiếm 83,3%. Biên độ hoạt động cột sống cổ và sức cơ đều cải thiện, điểm VAS trung bình giảm từ $6,5 \pm 0,7$ (điểm) trước điều trị xuống còn $3,2 \pm 0,8$ (điểm) sau điều trị, điểm NPQ trung bình đã giảm từ $16,1 \pm 3,2$ (điểm) trước điều trị xuống còn $5,8 \pm 1,4$ (điểm) sau điều trị, khác biệt có ý nghĩa thống kê. **Kết luận:** điện châm kết hợp thuốc Hoàn chỉ thống có hiệu quả tốt trong điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ mức độ nhẹ và vừa.

Từ khóa: thoát vị đĩa đệm cột sống cổ, điện châm, hoàn chỉ thống.

SUMMARY

THE EFFECT ON TREATING HERNIATED IN THE NECK AT MILD AND MODERATE LEVEL OF ELECTRIC ACUPUNCTURE COMBINED WITH "HOAN CHI THONG"

Objective: to evaluate aftereffect of cervical herniated disc at mild and moderate level's therapy by the combination of electric acupuncture and "Hoan chi thong" on patients. **Subjects and methods:** 60 volunteered patients aged from 24 to 68 diagnosed with cervical disc herniation, regardless of gender or occupation, were participated in the study. Researchers combined electric acupuncture using with "Hoan chi thong", while the control group was treated with electric acupuncture only. Comparing the results before and after 15 days treatment. **Result:** the treating method by using the combination of electric acupuncture with "Hoan chi thong" worked efficiency, indicated by the 83.3% rate of good and effective results. The VAS score reduced from 6.5 ± 0.7 (points) before the treatment to 3.2 ± 0.8 (points) after the study; the average NPQ score decreased from 16.1 ± 3.2 (points) pre-treatment to 5.8 ± 1.4 (points) post-treatment. **Conclusion:** the treating method

using electric acupuncture combined with "Hoan chi thong" show pleasing outcome during treatment for cervical herniated disc.

Keyword: cervical disc herniation, electric acupuncture, hoan chi thong.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm (TVĐĐ) cột sống cổ là một bệnh lý khá phổ biến ở Việt Nam cũng như trên thế giới, tỷ lệ mắc bệnh cao đứng hàng thứ hai sau TVĐĐ cột sống thắt lưng [1]. Bệnh thường gặp ở đối tượng đang trong độ tuổi lao động, gây ảnh hưởng không tốt tới năng suất lao động cũng như chất lượng cuộc sống của người bệnh. Nếu không được điều trị hoặc không điều trị đúng có thể dẫn tới các di chứng nặng nề, tạo gánh nặng cho bản thân người bệnh, cho gia đình và xã hội [1]. Theo Y học cổ truyền (YHCT), TVĐĐ cột sống cổ được xếp vào phạm vi Chứng tý. Điều trị bệnh lý này có rất nhiều phương pháp mang lại hiệu quả tốt trong đó có phương pháp dùng thuốc kết hợp châm cứu, xoa bóp bấm huyệt... [2], [3].

Hoàn chỉ thống là thuốc YHCT được sản xuất tại Viện YHCT Quân đội thuộc đề tài nghiên cứu cấp Bộ Quốc phòng "Nghiên cứu xây dựng quy trình bào chế và đánh giá tác dụng chống viêm giảm đau của thuốc Hoàn chỉ thống trong điều trị một số bệnh lý xương khớp". Nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu đánh giá hiệu quả điều trị TVĐĐ cột sống cổ mức độ nhẹ và vừa bằng điện châm kết hợp thuốc Hoàn chỉ thống.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu

- Thuốc Hoàn chỉ thống bào chế dạng viên hoàn mềm 8,5g/viên do Khoa Dược/Viện YHCT Quân đội sản xuất, gồm các vị thuốc: Dây gấm, Dây đau xương, Bạch chỉ, Ngưu tất, Quế chi, Kê huyệt đẳng. Thuốc đã được Viện kiểm nghiệm thuốc Trung ương – Bộ Y tế thẩm định đạt tiêu chuẩn cơ sở.

- Máy điện châm KWD - TN09 - T06; Thước đo thang điểm VAS (Visual analogue scale).

- Kim châm cứu 1 lần các cỡ phù hợp với yêu cầu kỹ thuật, pince, bông, cồn 70°.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: 60 bệnh nhân (BN) tuổi từ 24-68, không phân biệt giới tính, nghề nghiệp, được chẩn đoán TVĐĐ cột sống cổ mức độ nhẹ và vừa, có chỉ định điều trị bảo tồn

¹Viện Y học cổ truyền Quân đội,

²Bệnh viện Châm cứu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vinh Quốc

Email: quocnguyenvinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 5.4.2018

Ngày duyệt bài: 13.4.2018

[1]. Điều trị tại Khoa Lão khoa/Bệnh viện Chăm cứu Trung ương từ 08/2016 tới 6/2017. Không đưa vào nghiên cứu các BN có đau vùng vai gáy không do TVĐĐ cột sống cổ, TVĐĐ mức độ nặng có chỉ định can thiệp phẫu thuật, tăng huyết áp, suy gan, suy thận, suy tim, đái tháo đường, BN mắc các bệnh về thần kinh, tâm thần, rối loạn cảm giác, ung thư, phụ nữ có thai, loãng xương, nhiễm khuẩn tại chỗ.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiền cứu, thử nghiệm lâm sàng mở. So sánh kết quả trước và sau điều trị và có nhóm đối chứng. Chọn mẫu có chủ đích theo phương pháp ghép cặp tương đồng về mức độ đau theo thang điểm VAS. Các BN được chia thành 2 nhóm, mỗi nhóm 30 BN:

- Nhóm đối chứng (NĐC): điều trị đơn thuần bằng điện châm theo phác đồ châm bổ các huyết Phong trì, Đại chùy, Đại trử, Kiên tỉnh, Giáp tích, Hợp cốc, A thị huyết bên đau.

- Nhóm nghiên cứu (NNC): điều trị như NĐC kết hợp uống Hoàn chỉ thống ngày 04 viên, chia 2 lần, mỗi lần 02 viên, sau khi ăn sáng và ăn tối 1 giờ.

Liệu trình điều trị: 15 ngày, mỗi ngày 1 lần x 30 phút (*thứ 7, chủ nhật và ngày lễ nghỉ*).

Chỉ tiêu theo dõi và đánh giá:

- Đặc điểm chung các BN nghiên cứu (tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, vị trí tổn thương trên phim chụp cộng hưởng từ cột sống cổ). Các chỉ tiêu theo dõi lâm sàng được đánh giá tại thời điểm trước điều trị (D_0), khi kết thúc điều trị (D_{15}).

- Đánh giá kết quả: so sánh điểm các chỉ tiêu theo dõi lâm sàng trước và sau điều trị, phân thành loại tốt (tổng số điểm sau điều trị giảm >80% so với trước điều trị); Khá (tổng số điểm sau điều trị giảm 61-80% so với trước điều trị); Trung bình (tổng số điểm sau điều trị giảm 40-60% so với trước điều trị); Kém (tổng số điểm sau điều trị giảm <40% so với trước điều trị) [2].

2.4. Xử lý số liệu: Các số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học bằng phần mềm SPSS 16.0 for Windows. Các thuật toán được áp dụng: tính tỷ lệ phần trăm, tính số trung bình, độ lệch chuẩn, so sánh số trung bình theo thuật toán T-Student.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung các đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung các đối tượng nghiên cứu

Chỉ tiêu		NNC ⁽¹⁾ (n=30)		NĐC ⁽²⁾ (n=30)		p ₁₋₂
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Tuổi	≤ 30	02	6,7	01	3,3	>0,05
	31 - 40	05	16,7	07	23,3	>0,05
	41 - 50	08	26,7	07	23,3	>0,05
	51 - 60	11	36,7	10	33,3	>0,05
	≥ 60	04	13,3	05	16,7	>0,05
	($\bar{X} \pm SD$)	48,3 ± 11,3		49,2 ± 9,7		>0,05
Giới tính	Nam	16	53,3	17	56,7	>0,05
	Nữ	14	46,7	13	43,3	>0,05
Nghề nghiệp	Nông dân	02	6,7	03	10,0	>0,05
	Công nhân	06	20,0	07	23,3	>0,05
	Lái xe	07	23,3	05	16,7	>0,05
	Văn phòng	11	36,7	12	40,0	>0,05
	Khác	04	13,3	03	10,0	>0,05
Thời gian mắc bệnh	< 6 tháng	04	13,3	05	16,7	>0,05
	6 - 12 tháng	15	50,0	13	43,3	>0,05
	≥ 12 tháng	11	36,7	12	40,0	>0,05
Vị trí thoát vị trên MRI cột sống cổ	C3 - C4	13	22,4	10	18,2	>0,05
	C4 - C5	18	31,0	17	30,9	>0,05
	C5 - C6	23	39,7	21	38,2	>0,05
	C6 - C7	04	6,9	07	12,7	>0,05

Tuổi thấp nhất là 24, cao nhất là 68. Tuổi trung bình các BN NNC là 48,3±11,3 (năm), NĐC là 49,2±9,7 (năm). Độ tuổi mắc bệnh từ 41- 68 chiếm tỷ lệ cao ở cả 2 nhóm BN nghiên cứu (63,4% ở NNC và 56,6% ở NĐC), tuổi mắc bệnh

trung bình cũng như phân bố BN theo nhóm tuổi của NNC và NĐC là tương đương ($p>0,05$). Tỷ lệ BN mắc bệnh là nam giới chiếm trên 50% ở cả 2 nhóm, không khác biệt về tỉ lệ nam/nữ ở NNC và NĐC ($p>0,05$).

Tỷ lệ BN bị bệnh có đặc thù công việc thường xuyên ngồi cố định một tư thế (lái xe, cán bộ văn phòng) chiếm tỷ lệ cao, 60% ở NNC và 56,7% ở NĐC. Phần lớn các đối tượng tới điều trị có thời gian mắc bệnh từ 6 tháng trở lên, trong đó 36,7% BN ở NNC và 40% BN ở NĐC có thời gian mắc bệnh trên 1 năm. Chưa nhận thấy khác

biệt giữa nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh giữa hai nhóm BN nghiên cứu ($p>0,05$).

Về vị trí TVĐĐ cột sống cổ nhận thấy, vị trí C4-C5 và C5-C6 chiếm tỷ lệ cao (70,7% ở NNC và 69,1% ở NĐC), không khác biệt về vị trí tổn thương trên phim cộng hưởng từ cột sống cổ giữa hai nhóm BN nghiên cứu ($p>0,05$).

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 2. Mức độ đau (VAS) sau điều trị

VAS	NNC (n=30)					NĐC (n=30)					p ₂₋₄
	D ₀ ⁽¹⁾		D ₁₅ ⁽²⁾		p ₁₋₂	D ₀ ⁽³⁾		D ₁₅ ⁽⁴⁾		p ₃₋₄	
	n	%	n	%		n	%	n	%		
Không đau	0	0	18	60,0	<0,05	0	0	09	30,0	<0,05	<0,05
Nhẹ	08	26,7	09	30,0	>0,05	07	23,3	17	56,7	<0,05	<0,05
Trung bình	16	53,3	03	10,0	<0,05	18	60,0	03	10,0	<0,05	>0,05
Nặng	06	20,0	0	0	<0,05	05	16,7	01	3,3	<0,05	>0,05
X̄ ±SD	6,5±0,7		3,2±0,8		<0,05	6,6±0,8		4,6±1,1		<0,05	<0,05

Sau điều trị, mức độ đau theo thang điểm VAS ở hai nhóm BN nghiên cứu đều được cải thiện. Điểm VAS trung bình ở NNC đã giảm từ 6,5±0,7 (điểm) trước điều trị xuống còn 3,2±0,8 (điểm) sau điều trị, ở NĐC điểm VAS giảm từ 6,6±0,8 (điểm) xuống 4,6±1,1 (điểm) sau điều trị, khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Hiệu quả giảm đau sau 15 ngày điều trị của NNC tốt hơn NĐC ($p<0,05$).

Bảng 3. Thay đổi sức cơ sau điều trị

Sức cơ	NNC (n=30)					NĐC (n=30)					p ₂₋₄
	D ₀ ⁽¹⁾		D ₁₅ ⁽²⁾		p ₁₋₂	D ₀ ⁽³⁾		D ₁₅ ⁽⁴⁾		p ₃₋₄	
	n	%	n	%		n	%	n	%		
Bình thường	15	50,0	24	80,0	<0,05	14	46,7	22	73,3	<0,05	>0,05
Giảm nhẹ	13	43,3	6	20,0	<0,05	12	40,0	7	23,3	<0,05	>0,05
Giảm trung bình	02	6,7	0	0	<0,05	04	13,3	1	3,3	<0,05	>0,05
Giảm nặng	0	0	0	0		0	0	0	0		

Tình trạng của sức cơ của cả hai nhóm BN nghiên cứu đều cải thiện khá tốt sau điều trị, không còn BN nào ở NNC có tình trạng sức cơ giảm mức độ trung bình hoặc giảm nặng, trong khi đó ở NĐC chỉ còn 1 BN có tình trạng sức cơ giảm mức độ trung bình, khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Sức cơ sau điều trị ở NNC và NĐC không khác biệt ($p>0,05$).

Bảng 4. Thay đổi biên độ hoạt động cột sống cổ sau điều trị

Động tác	NNC (n=30)			NĐC (n=30)			p2-4
	D ₀ ⁽¹⁾	D ₁₅ ⁽²⁾	p1-2	D ₀ ⁽³⁾	D ₁₅ ⁽⁴⁾	p3-4	
Cúi	28,1±8,9	35,8±3,9	<0,05	27,5±9,5	33,3±3,5	<0,05	>0,05
Ngửa	28,3±9,7	37,2±2,5	<0,05	28,5±8,5	35,2±2,7	<0,05	>0,05
Nghiêng	32,8±7,0	43,3±3,0	<0,05	30,2±8,5	41,7±4,9	<0,05	>0,05
Quay	33,7±6,2	42,2±3,4	<0,05	33,2±6,9	41,2±3,8	<0,05	>0,05

Biên độ hoạt động cột sống cổ ở các động tác cúi, ngửa, nghiêng, quay đều tăng so với trước điều trị ở cả hai nhóm BN nghiên cứu ($p<0,05$). Thay đổi biên độ hoạt động cột sống cổ sau điều trị ở NNC và NĐC không khác biệt ($p>0,05$).

Bảng 5. Cải thiện chức năng sinh hoạt theo thang điểm NPQ sau điều trị

Mức độ ảnh hưởng	NNC (n=30)					NĐC (n=30)					p2-4
	D ₀ ⁽¹⁾		D ₁₅ ⁽²⁾		p1-2	D ₀ ⁽³⁾		D ₁₅ ⁽⁴⁾		p3-4	
	n	%	n	%		n	%	n	%		
ĐỘ I	0	0	16	53,3	<0,05	0	0	10	33,3	<0,05	<0,05
ĐỘ II	0	0	08	26,7	<0,05	0	0	10	33,3	<0,05	>0,05
ĐỘ III	11	36,7	05	16,7	<0,05	12	40,0	07	23,3	<0,05	>0,05
ĐỘ IV	13	43,3	01	3,3	<0,05	14	46,7	03	10,0	<0,05	<0,05
ĐỘ V	06	20,0	0	0	<0,05	04	13,3	0	0	<0,05	>0,05
X ±SD	16.1 ± 3.2		5.8 ± 1.4		<0.05	15.5 ± 3.4		10.8 ± 3.7		<0.05	<0.05

Trước điều trị, 100% BN bị ảnh hưởng tới chức năng sinh hoạt do đau, điểm NPQ trung bình trước điều trị là $16,1 \pm 3,2$ (điểm) ở NNC và $15,5 \pm 3,4$ (điểm) ở NĐC. Sau điều trị, chức năng sinh hoạt ở cả 2 nhóm BN nghiên cứu đều cải thiện, chỉ còn 3,3% BN ở NNC và 10% BN ở NĐC chức năng sinh hoạt bị ảnh hưởng mức độ nhiều và rất nhiều. Điểm NPQ trung bình sau điều trị giảm còn $5,8 \pm 1,4$ (điểm) ở NNC và $10,8 \pm 3,7$ (điểm) ở NĐC, khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Mức độ cải thiện chức năng sinh hoạt sau điều trị ở NNC tốt hơn NĐC ($p < 0,05$).

Bảng 6. Hiệu quả điều trị chung

Kết quả	NNC ⁽¹⁾		NĐC ⁽²⁾		p ₁₋₂
	n	%	n	%	
Tốt	19	63,3	10	33,3	<0,05
Khá	6	20	12	40	<0,05
Trung bình	5	16,7	7	23,3	>0,05
Kém	0	0	1	3,3	>0,05
Cộng	30	100	30	100	

Sau điều trị, số BN đạt kết quả tốt và khá chiếm 83,3% ở NNC và 60% ở NĐC, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung các đối tượng nghiên cứu:

Tuổi trung bình các BN NNC là $48,3 \pm 11,3$ (năm), NĐC là $49,2 \pm 9,7$ (năm). Độ tuổi mắc bệnh từ 41- 68 chiếm tỷ lệ cao, 63,4% ở NNC và 56,6% ở NĐC, đây là những người đang trong độ tuổi lao động do vậy gây ảnh hưởng nhiều chất lượng lao động và sinh hoạt của người bệnh. Kết quả này phù hợp với nhận định của Hồ Hữu Lương (2006), Nguyễn Quốc Dũng (2005),... [1], [2], [4]. Theo lý luận YHCT, vào lứa tuổi này chính khí cơ thể bắt đầu suy giảm, công năng tạng phủ, khí huyết hư suy, dinh vệ, tấu lý sơ hở... tà khí ở bên ngoài dễ xâm phạm vào mà gây bệnh [5], [6].

Tỷ lệ BN mắc bệnh là nam giới chiếm trên 50% ở cả 2 nhóm, một số tác giả khi nghiên cứu bệnh lý TVĐĐ cột sống cổ cũng cho rằng bệnh gặp nhiều ở nam giới [2],[4]. Chúng tôi chưa thấy lý do đặc biệt nào để giải thích khác biệt này, đây có thể do đặc điểm thu dung điều trị BN tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương.

Về tính chất nghề nghiệp, kết quả nghiên cứu cho thấy TVĐĐ cột sống cổ có thể gặp ở tất cả các nghề, nhưng nhóm BN mắc bệnh có đặc thù công việc yêu cầu thường xuyên ngồi lâu cố định một tư thế (lái xe, cán bộ văn phòng) chiếm tỷ lệ cao. Đây là những đối tượng đòi hỏi đầu và cổ phải chịu đựng một tư thế bất buộc kéo dài, không sinh lý dẫn đến các biến đổi bệnh lý của cột sống cổ, nhận xét này cũng phù hợp kết quả theo dõi của một số tác giả khác (Nguyễn Quốc Dũng – 2005, Nguyễn Thị Tâm – 2001...) [2],[4]. Do vậy, tạo môi trường làm việc thoải mái, thời gian làm việc khoa học hợp lý, tư thế làm việc đúng cho nhóm đối tượng có nguy cơ cao là hết sức cần thiết, góp phần hạn chế tỷ lệ mắc bệnh và nâng cao chất lượng cuộc sống cho người

bệnh.

Về thời gian mắc bệnh, phần lớn các đối tượng tới điều trị có thời gian mắc bệnh từ 6 tháng trở lên, trong đó có tới 36,7% BN ở NNC và 40% BN ở NĐC có thời gian mắc bệnh trên 1 năm. Như vậy có thể thấy TVĐĐ cột sống cổ là một bệnh mạn tính dai dẳng, gây ảnh hưởng nhiều tới chất lượng cuộc sống cũng như ảnh hưởng tới hiệu suất lao động của người bệnh [1], [2]. Điều này cũng cho thấy mức độ quan tâm của người bệnh đối với bệnh lý này còn chưa thực sự sâu sắc, cần có các giải pháp tuyên truyền nhằm nâng cao ý thức phòng và điều trị bệnh nói chung và TVĐĐ cột sống cổ nói riêng trong cộng đồng.

Về vị trí TVĐĐ cột sống cổ, kết quả chụp công hưởng từ cho thấy vị trí C4-C5 và C5-C6 chiếm tỷ lệ cao (70,7% ở NNC và 69,1% ở NĐC), kết quả này cũng phù hợp với Hồ Hữu Lương (71,4%), Nguyễn Thị Tâm (67,7%), Nguyễn Quốc Dũng (63,4%) [1],[2],[4]. Các tác giả đều cho rằng tỷ lệ TVĐĐ cột sống cổ cao tại các vị trí này là do tác động của trọng lực lên vùng đĩa đệm này lớn và vị trí này đóng một vai trò như một điểm tựa trong sự vận động đầu cổ.

4.2. Kết quả điều trị

*Về cải thiện mức độ đau theo thang điểm VAS sau điều trị: Trong TVĐĐ cột sống cổ, đau là triệu chứng chính khiến người bệnh phải tới bệnh viện khám và điều trị [1]. Để đánh giá hiệu quả điều trị, cần phải đánh giá mức độ giảm đau của BN. Thang điểm VAS là thang điểm thông dụng để đánh giá mức độ đau được lựa chọn trong nghiên cứu này. Kết quả nghiên cứu cho thấy mức độ đau theo thang điểm VAS ở hai nhóm BN nghiên cứu đều được cải thiện sau điều trị, điểm VAS trung bình trước và sau điều trị khác biệt có ý nghĩa thống kê. Hiệu quả giảm

đau sau 15 ngày điều trị của NNC ($3,2 \pm 0,8$ điểm) tốt hơn có ý nghĩa so với NĐC ($4,6 \pm 1,1$ điểm). Kết quả này chứng tỏ phương pháp điều trị bằng điện châm đơn thuần hoặc thuốc YHCT kết hợp điện châm đã có hiệu quả giảm đau. Về lý luận, điện châm có thể thông qua tác động tại chỗ, phản ứng tiết đoạn và phản ứng toàn thân kích thích phản ứng cơ thể làm giảm hàm lượng Cathecholamin, tăng hàm lượng Achetylcholin và làm sản sinh Endorphin nội sinh, từ đó đạt được hiệu quả giảm đau [6]. Mặt khác, thuốc Hoàn chỉ thống được xây dựng từ những vị dược liệu có tác dụng hoạt huyết hóa ứ, giảm đau chống viêm mạnh, kết quả nghiên cứu thực nghiệm cũng đã chứng minh tác dụng giảm đau của Hoàn chỉ thống [7]. Như vậy, có thể nhận định điện châm kết hợp thuốc Hoàn chỉ thống có tác dụng giảm đau rõ rệt.

***Về cải thiện biên độ hoạt động cột sống cổ và sức cơ:** Cột sống cổ có tầm vận động rộng và linh hoạt, hạn chế vận động trong TVĐĐ cột sống cổ chủ yếu nguyên nhân do tác nhân viêm gây phản xạ co rút hệ dây chằng, các cơ cạnh sống, ngoài ra đĩa đệm bị thoái hóa hoặc thoát vị sẽ làm giảm chiều cao khoang gian đốt... [1] [3]. Trước điều trị, các động tác vận động vùng cổ của các BN đều hạn chế. Biên độ hoạt động cột sống cổ ở các động tác cúi, ngửa, nghiêng, quay sau điều trị đều tăng so với trước điều trị ở cả hai nhóm BN nghiên cứu, chưa nhận thấy khác biệt về thay đổi biên độ hoạt động cột sống cổ sau điều trị ở NNC và NĐC. Kết quả này phù hợp với nhận định của nhiều tác giả [3]. Theo nhận định của chúng tôi, do tác dụng giảm đau, giãn cơ của điện châm kết hợp thuốc Hoàn chỉ thống đã giúp cho biên độ hoạt động cột sống cổ các tư thế được cải thiện đáng kể sau điều trị. Mức độ cải thiện biên độ hoạt động cột sống cổ sau điều trị cũng là minh chứng thuyết phục cho tình trạng cải thiện sức cơ ở các BN nghiên cứu sau điều trị.

***Về cải thiện chức năng sinh hoạt theo thang điểm NPQ:** Bộ câu hỏi NPQ thường được sử dụng để đánh giá mức độ đau và ảnh hưởng của đau vùng cổ lên các chức năng sinh hoạt hàng ngày của người bệnh. Đây là phương pháp đơn giản, dễ sử dụng và là công cụ đo đặc khách quan. Sau điều trị, chức năng sinh hoạt theo thang điểm NPQ ở cả 2 nhóm BN nghiên cứu đều cải thiện, chỉ còn 3,3% BN ở NNC và 10% BN ở NĐC chức năng sinh hoạt bị ảnh hưởng mức độ nhiều và rất nhiều. Điểm NPQ trung bình sau điều trị giảm còn $5,8 \pm 1,4$ (điểm) ở NNC và $10,8 \pm 3,7$ (điểm) ở NĐC, khác biệt trước và sau

điều trị có ý nghĩa thống kê. Mức độ cải thiện chức năng sinh hoạt sau điều trị ở NNC tốt hơn NĐC. Như vậy, điện châm kết hợp thuốc Hoàn chỉ thống đã góp phần nâng cao chất lượng sinh hoạt và chất lượng lao động cho người bệnh. Đây cũng là nhận định của nhiều tác giả - Kết hợp điện châm với thuốc YHCT đạt được hiệu quả tốt trong điều trị các chứng đau mạn tính [2],[3].

***Về hiệu quả điều trị chung:** Từ kết quả thay đổi điểm NPQ, sự thay đổi các triệu chứng lâm sàng trước và sau điều trị, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ BN đạt kết quả tốt và khá chiếm 83,3% ở NNC và 60% ở NNC sau 15 ngày điều trị, khác biệt có ý nghĩa thống kê. Như vậy, điện châm kết hợp thuốc Hoàn chỉ thống có tác dụng tốt đối với các BN TVĐĐ cột sống cổ, kết quả này cũng phù hợp với lý luận YHCT về cơ chế tác dụng của thuốc Hoàn chỉ thống cũng như phương pháp điện châm là thông kinh lạc, hoạt huyết, khứ ứ, lý khí chỉ thống...[5], [6],[7].

V. KẾT LUẬN

Điện châm kết hợp thuốc Hoàn chỉ thống có hiệu quả tốt trong điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ mức độ nhẹ và vừa và tốt hơn có ý nghĩa so với phương pháp điện châm đơn thuần. Tỷ lệ kết quả tốt và khá sau 15 ngày điều trị chiếm 83,3%. Điểm VAS trung bình giảm từ $6,5 \pm 0,7$ (điểm) trước điều trị xuống còn $3,2 \pm 0,8$ (điểm) sau điều trị. Biên độ hoạt động cột sống cổ và sức cơ đều cải thiện có ý nghĩa sau điều trị. Chức năng sinh hoạt theo thang điểm NPQ được cải thiện, điểm NPQ trung bình đã giảm từ $16,1 \pm 3,2$ (điểm) trước điều trị xuống còn $5,8 \pm 1,4$ (điểm) sau điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hồ Hữu Lương (2006).** *Thoát vị đĩa đệm*, NXB Y học, Hà Nội.
2. **Nguyễn Thị Tâm (2001).** Nhận xét bước đầu về kết quả điều trị nội khoa thoát vị đĩa đệm cột sống cổ. *Tạp chí Y học thực hành*, 9 (36-38),
3. **Nguyễn Văn Chương và Đỗ Danh Thắng (2012).** Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ và những định hướng nghiên cứu mới. *Tạp chí Y học thực hành*, 830, 46-49.
4. **Nguyễn Quốc Dũng (2005).** Một số nhận xét về hình ảnh cộng hưởng từ thoát vị đĩa đệm cột sống cổ. *Tạp chí Y học thực hành*, 503 (2), 65-68.
5. **Viện Y học cổ truyền Quân đội (2013).** *Một số chuyên đề nội khoa Y học cổ truyền*, NXB Quân đội nhân dân, Hà Nội.
6. **Bộ môn Y học cổ truyền - Trường đại học Y Hà Nội (2005).** *Châm cứu*, NXB Y học, Hà Nội.
7. **Nguyễn Vinh Quốc và Trần Thị Tuyết Nhung (2017).** Đánh giá tác dụng giảm đau của thuốc Hoàn chỉ thống trên thực nghiệm. *Tạp chí Y học thực hành*, 325, 49-52.

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG QUỸ KHÁM CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2016

Đặng Thị Mai Linh¹, Vũ Trung Kiên², Vũ Phong Túc²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng sử dụng quỹ khám chữa bệnh bảo hiểm y tế tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định. **Đối tượng nghiên cứu:** Hồ sơ bệnh án, sổ sách, báo cáo về số liệu khám chữa bệnh, số tiền thanh quyết toán từ quỹ Bảo hiểm y tế của bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định năm 2016. **Phương pháp nghiên cứu:** phương pháp mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Số lượng thẻ bảo hiểm y tế được phân bổ cho bệnh viện có xu hướng tăng qua các năm. Hầu hết người bệnh đến khám đúng tuyến (chiếm 98,4%). Tỷ lệ bệnh nhân đến khám ngoại trú chiếm 81%. Ba nhóm bệnh được thanh toán bảo hiểm y tế ngoại trú nhiều nhất là bệnh về nội tiết, dinh dưỡng, chuyển hóa; bệnh tuần hoàn; bệnh sinh dục tiết niệu. Ba nhóm bệnh được bảo hiểm y tế thanh toán nội trú nhiều nhất là bệnh hô hấp; bệnh tiêu hóa; bệnh tuần hoàn. Khoa có số tiền thanh toán bảo hiểm nội trú nhiều nhất là khoa Nội tổng hợp.

Từ khóa: Khám chữa bệnh bảo hiểm y tế, quỹ bảo hiểm y tế.

SUMMARY

CURRENT SITUATION OF USING HEALTH INSURANCE FUND AT GENERAL HOSPITAL OF NAM DINH PROVINCE IN 2016

Objective: To describe the current situation of using health insurance fund in General Hospital of Nam Dinh Province. **Study subjects:** medical records, books, reports on medical examination and treatment, amount paid from the Health Insurance Fund in General Hospital of Nam Dinh Province in 2016. **Methodology:** Descriptive cross-sectional survey. **Research results:** The number of health insurance cards contracted to hospitals tended to increase over the years. Most of the patients came to the hospital on the right track (98.4%). Outpatient visits accounted for 81%. The three highest health insurance paid outpatient disease groups were endocrine, nutrition, metabolism; circulatory diseases; and diseases of urinary tract. The three highest health insurance paid inpatient disease groups were respiratory diseases; digestive diseases; circulatory diseases. The Department with the highest in-patient insurance payment amount was Department of General Internal Medicine.

¹Bảo hiểm xã hội tỉnh Nam Định

²Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thị Mai Linh

Email: danglinhbhxhnd@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 30.3.2018

Ngày duyệt bài: 10.4.2018

Key words: Medical examination, health insurance.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Công bằng trong chăm sóc sức khỏe nhân dân được hiểu là mọi người đều được tiếp cận và sử dụng các dịch vụ y tế cơ bản có chất lượng, không phụ thuộc vào khả năng tài chính của từng cá nhân. Để đạt được mục tiêu này, các nước trên thế giới có hai lựa chọn: hoặc sử dụng cơ chế tài chính y tế dựa trên thuế (ngân sách nhà nước) hoặc cơ chế tài chính y tế dựa trên Bảo hiểm y tế (BHYT) bắt buộc. Tại Việt Nam, BHYT được thành lập năm 1992 theo Nghị định 299/HDB ngày 15/8/1992 Hội đồng Bộ trưởng (nay là Chính phủ). Ngay lập tức, BHYT đã xác định được vai trò quan trọng không thể thiếu trong thanh toán chi phí khám, chữa bệnh nói riêng và trong tổng thể chăm sóc sức khỏe nhân dân nói chung. Vì năm 2016 nhiều chính sách mới được áp dụng nên phát sinh nhiều khó khăn, vướng mắc trong quản lý và tổ chức thực hiện như: khó khăn trong quản lý KCB thông tuyến, giá dịch vụ y tế (DVYT) tăng... Với mong muốn tìm hiểu thực trạng cũng như xác định được những tồn tại vướng mắc, các nguyên nhân làm cơ sở để đưa ra giải pháp, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Mô tả thực trạng sử dụng quỹ khám chữa bệnh bảo hiểm y tế tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

- *Địa điểm nghiên cứu:* Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định.

- *Đối tượng nghiên cứu:* Hồ sơ bệnh án, sổ sách, báo cáo về số liệu khám chữa bệnh, số tiền thanh quyết toán từ quỹ Bảo hiểm y tế của bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định năm 2016.

- *Thời gian nghiên cứu:* Nghiên cứu được thực hiện từ 10/2017 – 5/2018.

2. Phương pháp nghiên cứu

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. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Tiến hành chọn toàn bộ số lưu thống kê, báo cáo số liệu KCB tháng, quý năm, thu chi viện phí, BHYT năm 2016, báo cáo tài chính năm 2016 của bệnh viện.

2.3. Kỹ thuật áp dụng trong nghiên cứu

*Trích lục thông tin bệnh án: Thông tin trong bệnh án được ghi nhận đầy đủ vào phiếu điều tra bệnh án đã được chuẩn bị sẵn bao gồm 12 thông tin về hành chính, 8 thông tin về chi phí.

*Thu thập thông tin từ sổ lưu báo cáo khám, chữa bệnh BHYT năm 2016: Điều tra viên thu nhận tất cả những thông tin cần thiết từ sổ lưu trữ, báo cáo bệnh viện tháng quý năm theo quy định của Bộ Y tế và cơ quan BHXH vào mẫu điều tra đã được chuẩn bị sẵn.

2.4. Xử lý số liệu: Làm sạch số liệu từ phiếu. Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1. Các số liệu thu thập được xử lý theo thuật toán thống kê Y sinh học, sử dụng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Tổng số thẻ BHYT được phân bổ cho BVĐK tỉnh Nam Định trong 5 năm từ 2013 – 2017

Năm	2013	2014	2015	2016	2017
Số lượng thẻ	65.812	69.745	70.376	75.412	76.548

Kết quả bảng 3.1 cho thấy số thẻ phân bổ cho Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định có xu hướng tăng hàng năm. Từ 65812 thẻ năm 2013 lên 76548 thẻ năm 2017.

Bảng 3.2 Tổng số tiền khám chữa bệnh BHYT tại BVĐK tỉnh Nam Định năm 2016

Chỉ số	Tổng số tiền
Quỹ Khám chữa bệnh theo thẻ	12.777.611.300
Khám chữa bệnh tại chỗ	52.827.177.500

Bảng 3.5. Phân bố 10 nhóm bệnh được Bảo hiểm y tế thanh toán ngoại trú nhiều nhất

Stt	Nhóm bệnh theo ICD	Số lượt	BHYT thanh toán
1	Bệnh về nội tiết, dinh dưỡng, chuyển hóa	29.476	17.717.364.843
2	Bệnh tuần hoàn	39.798	14.517.464.800
3	Bệnh hệ sinh dục -tiết niệu	11.420	7.679.830.908
4	Bệnh xương khớp	5.884	2.865.830.312
5	Bệnh về thần kinh	5.560	2.423.125.462

Kết quả bảng trên cho thấy số lượt bệnh nhân và số tiền bảo hiểm y tế đã thanh toán ngoại trú cho 10 nhóm bệnh có số lượng nhiều nhất tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định năm 2016 lần lượt là: bệnh nội tiết, dinh dưỡng, chuyển hóa; bệnh tuần hoàn; bệnh hệ tiết niệu sinh dục; Bệnh xương khớp; Bệnh về thần kinh; Bướu tân sinh, Bệnh về máu; Bệnh tiêu hóa; Bệnh hô hấp; Bệnh về mắt; Bệnh da. Bệnh có số tiền bảo hiểm thanh toán trung bình cho 1 lượt điều trị nhiều nhất là bệnh hệ sinh dục tiết niệu với 672.490 đồng; tiếp theo là bệnh về nội tiết, dinh dưỡng, chuyển hóa,...

Bảng 3.6. Phân bố 10 nhóm bệnh được Bảo hiểm y tế thanh toán nội trú nhiều nhất

Stt	Nhóm bệnh theo ICD	Số lượt	BHYT thanh toán
1	Bệnh hô hấp	4.510	25.991.304.840
2	Bệnh tiêu hóa	5.449	22.189.111.623
3	Bệnh tuần hoàn	5.558	14.901.105.517
4	Bướu tân sinh, Bệnh về máu	2.707	9.740.250.000
5	Bệnh xương khớp	1.604	8.608.898.029

Đa tuyến đến	119.122.092.600
Đa tuyến đi	40.825.249.900

Qua bảng 3.2 cho thấy Tổng số tiền khám bệnh, chữa bệnh BHYT được phân bổ cho bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định năm 2016 là 12.777.611.300 đồng. Tổng số tiền khám chữa bệnh BHYT tại chỗ là 52.827.177.500 đồng. Tổng số tiền khám bệnh, chữa bệnh đa tuyến đến là 119.122.092.600 đồng và Tổng số tiền khám bệnh, chữa bệnh đa tuyến đi là 40.825.249.900 đồng.

Bảng 3.3. Tỷ lệ đối tượng đi khám đúng tuyến, trái tuyến có trình thẻ BHYT

Chỉ số	Số lượng	Tỷ lệ %
Lượt KCB đúng tuyến	160.772	98,4
Lượt KCB trái tuyến	2.568	1,6
Tổng lượt KCB	163.340	100,0

Kết quả bảng 3.3 cho thấy năm 2016 bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định đã khám chữa bệnh cho 163.340 lượt bệnh nhân bảo hiểm y tế. Trong đó, có 160.772 lượt bệnh nhân khám chữa bệnh đúng tuyến chiếm 98,4% và 2.568 lượt bệnh nhân khám chữa bệnh trái tuyến chiếm 1,6%.

Bảng 3.4. Tỷ lệ các loại hình khám bệnh, chữa bệnh có trình thẻ BHYT

Chỉ số	Số lượng	Tỷ lệ %
Lượt ngoại trú	132.266	81,0
Lượt nội trú	31.074	19,0
Tổng lượt KCB	163.340	100,0

Qua bảng 3.4 cho thấy năm 2016 bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định đã khám chữa bệnh cho 163.340 lượt bệnh nhân bảo hiểm y tế. Trong đó, có 132.266 lượt bệnh nhân khám chữa bệnh ngoại trú chiếm 81% và 31.074 lượt bệnh nhân khám chữa bệnh nội trú chiếm 19%.

Kết quả bảng trên cho thấy số lượt bệnh nhân và số tiền bảo hiểm y tế đã thanh toán nội trú cho 10 nhóm bệnh có số lượng nhiều nhất tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định năm 2016 lần lượt là: Bệnh hô hấp; Bệnh tiêu hóa; bệnh tuần hoàn; Bướu tân sinh, Bệnh về máu; Bệnh xương khớp; bệnh hệ tiết niệu sinh dục; Bệnh về mắt;

Bệnh về thần kinh; bệnh nội tiết, dinh dưỡng, chuyển hóa; Bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng. Bệnh có số tiền bảo hiểm thanh toán trung bình cho 1 lượt điều trị nhiều nhất là bệnh hô hấp với mức chi trung bình là 5.763.039 đồng; tiếp theo là bệnh xương khớp (5,367,143 đồng); bệnh sinh dục tiết niệu (4,412,045 đồng).

Bảng 3.7. Phân bố bệnh nhân theo khoa/phòng điều trị nội trú được bảo hiểm y tế thanh toán.

Khoa	Số lượt	BHXH thanh toán
Nội tổng hợp	4.078	22.633.488.616
Ngoại tổng hợp	3.154	15.087.193.483
Chấn thương	1.873	15.430.124.733

Kết quả bảng trên cho thấy số lượt bệnh nhân và số tiền bảo hiểm y tế đã thanh toán nội trú cho các khoa điều trị. Trong đó, 3 khoa có số tiền bảo hiểm chi nhiều nhất là Nội tổng hợp (22.633.488.616 đồng); Ngoại tổng hợp (15.087.193.483 đồng) và chấn thương (15.430.124.733).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định là bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh với 37 khoa, phòng (21 khoa lâm sàng, 9 khoa cận lâm sàng, khoa dược và 7 phòng chức năng), năm 2016 chỉ tiêu giao 800 giường bệnh, nguồn nhân lực của Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định trong những năm qua tương đối ổn định đã giúp cho Bệnh viện có điều kiện ngày càng phát triển vững mạnh. Kết quả bảng 1 cho thấy số lượng thẻ được phân bổ cho bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định có xu hướng tăng hàng năm. Từ 65812 thẻ năm 2013 lên 76548 thẻ năm 2017. Số lượng thẻ tăng lên sẽ kéo theo nhu cầu khám chữa bệnh tăng cao đòi hỏi bệnh viện phải không ngừng cải thiện cả về nhân lực và vật lực để đáp ứng được nhu cầu chăm sóc và bảo vệ sức khỏe nhân dân. Bảng 3.2 cho thấy Tổng số tiền khám bệnh, chữa bệnh BHYT được phân bổ cho bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định năm 2016 là 12.777.611.300 đồng. Tổng số tiền khám chữa bệnh BHYT tại chỗ là 52.827.177.500 đồng. Tổng số tiền khám bệnh, chữa bệnh đa tuyến đến là 119.122.092.600 đồng và Tổng số tiền khám bệnh, chữa bệnh đa tuyến đi là 40.825.249.900 đồng. Như vậy, tổng số tiền đa tuyến đến tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định là rất lớn.

Kết quả bảng 3.3 cho thấy năm 2016 bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định đã khám chữa bệnh cho 163.340 lượt bệnh nhân bảo hiểm y tế. Trong đó, có 160.772 lượt bệnh nhân khám chữa bệnh đúng tuyến chiếm 98,4% và 2.568 lượt bệnh nhân khám chữa bệnh trái tuyến chiếm 1,6%. Qua đây có thể thấy Bảo hiểm xã hội tỉnh Nam Định đã làm khá tốt công tác quản lý khám

chữa bệnh của người bệnh có thẻ bảo hiểm y tế, tình trạng khám vượt tuyến là rất ít.

Trong năm 2016 bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định đã khám chữa bệnh cho 163.340 lượt bệnh nhân bảo hiểm y tế. Trong đó, có 132.266 lượt bệnh nhân khám chữa bệnh ngoại trú chiếm 81% và 31.074 lượt bệnh nhân khám chữa bệnh nội trú chiếm 19%. Như vậy, số lượng bệnh nhân điều trị ngoại trú là rất cao, điều này đòi hỏi bệnh viện cần trú trọng đầu tư cho khoa khám bệnh để nâng cao chất lượng bệnh viện.

V. KẾT LUẬN

- Số lượng thẻ bảo hiểm y tế được khoán cho bệnh viện có xu hướng tăng qua các năm.
- Hầu hết người bệnh đến khám đúng tuyến (chiếm 98,4%).
- Tỷ lệ bệnh nhân đến khám ngoại trú chiếm 81%.
- Ba nhóm bệnh được thanh toán bảo hiểm y tế ngoại trú nhiều nhất là bệnh về nội tiết, dinh dưỡng, chuyển hóa; bệnh tuần hoàn; bệnh sinh dục tiết niệu.
- Ba nhóm bệnh được bảo hiểm y tế thanh toán nội trú nhiều nhất là bệnh hô hấp; bệnh tiêu hóa; bệnh tuần hoàn.
- Khoa có số tiền thanh toán bảo hiểm nội trú nhiều nhất là khoa Nội tổng hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013), Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2013.
2. Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định (2017), Báo cáo tổng kết công tác bệnh viện năm 2016.
3. Tạ Văn Đạt (2010), Thực trạng sử dụng thẻ bảo hiểm y tế của người dân tại 4 phường/xã thành phố Phủ Lý, tỉnh Hà Nam, năm 2010, Luận văn thạc sĩ y tế công cộng, Trường Đại học Y Thái Bình

4. Lê Thị Minh Huệ (2014), Thực trạng công tác khám chữa bệnh bảo hiểm y tế tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2014, Luận văn thạc sĩ y tế công cộng, Trường Đại học Y Dược Thái Bình..
5. Quốc hội (2014), Luật số 46/2014/QH13 về "Sửa đổi, bổ sung một số điều của Luật Bảo hiểm y tế"

6. Ngan Do, Juhwan Oh, and Jin-Seok Lee (2013), Moving toward Universal Coverage of Health Insurance in Vietnam: Barriers, Facilitating Factors, and Lessons from Korea, Korean Lessons for Universal Health Coverage in Vietnam.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CHỤP CỘNG HƯỞNG TỪ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ TIỀN LƯỢNG Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU THÂN NÃO GIAI ĐOẠN CẤP

Võ Hồng Khôi*, Lê Văn Thính*, Đặng Huy Du**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh chụp cộng hưởng từ và một số yếu tố có giá trị tiên lượng nặng ở bệnh nhân nhồi máu thân não giai đoạn cấp. **Đối tượng:** Chúng tôi chọn 93 bệnh nhân được chẩn đoán là nhồi máu thân não giai đoạn cấp tại Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 7/2016 - 7/2017. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu, theo dõi dọc. **Kết quả:** Trên phim cộng hưởng từ, vị trí tổn thương ở cầu não chiếm tỷ lệ 41,93%, tổn thương ở hành não chiếm 25,81%, và các vị trí kết hợp là 25,81%. Trên thì T1 chủ yếu là đồng tín hiệu (75,27%), số ít là giảm tín hiệu nhẹ; trên thì T2 chủ yếu là tăng tín hiệu nhẹ (73,12%), đồng tín hiệu (26,68%), trên xung FLAIR 100% tăng tín hiệu nhẹ, quan trọng nhất là trên xung Diffusion thấy 100% tăng tín hiệu. Tuổi trên 60, điểm hôn mê Glasgow từ 3 đến 8 điểm, điểm NIHSS trên 20 điểm, rối loạn hô hấp, rối loạn nuốt, liệt nửa người hai bên là những yếu tố có giá trị tiên lượng nặng. **Kết luận:** Chẩn đoán hình ảnh học và tiên lượng nhồi máu thân não giai đoạn cấp luôn là một thử thách lớn do các triệu chứng và các dấu hiệu rất thay đổi, biểu hiện hình ảnh học đa dạng. Hình ảnh chụp cộng hưởng từ não đóng vai trò hết sức quan trọng trong chẩn đoán nhồi máu thân não. Điểm hôn mê Glasgow, điểm NIHSS, liệt nửa người hai bên, rối loạn hô hấp, rối loạn nuốt là những yếu tố tiên lượng bệnh nặng.

Từ khóa: Nhồi máu não, nhồi máu thân não giai đoạn cấp, hình ảnh cộng hưởng từ và yếu tố tiên lượng.

SUMMARY

STUDY ON MRI CHARACTERISTIC AND SOME PROGNOSTIC FACTORS IN PATIENTS WITH BRAIN STEM ISCHEMIC STROKE DURING THE ACUTE PHASE

Objective: To determine the MRI imaging characteristics and some prognostic factors in patients with brain stem ischemic stroke during the acute phase. **Subjects:** We selected 93 patients with brain

stem ischemic stroke in the acute phase at Bach Mai Hospital from July 2016 to July 2017. **Methods:** The prospective, longitudinal descriptive study. **Results:** On MRI, pons lesion was the most common lesion, accounted for 41.93%. The figure for medulla oblongata lesion was 25.81% and for other combined lesion was 25.81%. On T1 sequence, the same signal intensity was the most common (75.27%). On T2 sequence, the most common was slightly high signal intensity (73.12%), same signal intensity (26.68%), on FLAIR sequence, slightly high signal intensity accounted for 100%, and the most important was 100% high signal intensity on Diffusion sequence. Age over 60, Glasgow coma score between 3 and 8, NIHSS score more than 20, respiratory disorder, swallowing disorder, two-sided paralysis, seizure, functional disorder of sphincter muscle were severe prognostic factors. **Conclusions:** MRI imaging and prognosis of brain stem ischemic stroke in the acute phase were due to various clinical symptoms and signs, and imaging characteristics. MRI imaging characteristics played an important role in acute brain stem ischemic stroke. Glasgow coma score, NIHSS score, respiratory disorder, swallowing disorder, two-sided paralysis were prognostic factors in severity.

Key words: ischemic stroke, brainstem ischemic stroke in the acute phase, MRI imaging and prognostic factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ nhiều thế kỷ nay tai biến mạch não (TBMN) luôn là vấn đề thời sự được giới y học hết sức quan tâm, do tỷ lệ thường gặp và tính chất nặng nề của loại bệnh lý này, tỷ lệ tử vong do TBMN đứng hàng thứ ba sau ung thư và bệnh tim, mặt khác tỷ lệ mắc TBMN ngày càng gia tăng, chính vì vậy đây là vấn đề luôn thách thức đối với y học. Nhồi máu thân não là một trong những bệnh lý cấp cứu thần kinh do có nguy cơ tử vong cao hoặc để lại di chứng nặng nề. Thân não là khu vực giải phẫu đặc biệt quan trọng nên khi xảy ra nhồi máu thân não các triệu chứng lâm sàng thường rất nặng nề, đe dọa tử vong nhanh chóng, khả năng phục hồi kém và đa số có chỉ định điều trị nội khoa [1].

Kỹ thuật tạo hình ảnh cộng hưởng từ ra đời

*Bệnh viện Bạch Mai

**Bệnh viện Đa khoa Lạng Sơn.

Chịu trách nhiệm chính: Võ Hồng Khôi

Email: drvohongkhoei@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 23.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 6.4.2018

Ngày duyệt bài: 13.4.2018

từ đầu thập kỷ 80 cho phép thực hiện các lớp cắt ở nhiều mặt phẳng không gian và thấy được cấu trúc trong sọ ở mọi hướng, cả tầng trên và dưới lều. Chụp cộng hưởng từ có thể phát hiện tổn thương từ giai đoạn rất sớm cũng như phát hiện được những tổn thương nhỏ, tổn thương vùng hố sau, khi mà chụp cắt lớp vi tính còn chưa thể thấy được. Trong thực hành lâm sàng, hình ảnh cộng hưởng từ và một số yếu tố tiên lượng bệnh rất quan trọng đối với thầy thuốc trước một trường hợp nhồi máu thân não [3].

Vì vậy, để góp phần tìm hiểu về đặc điểm của nhồi máu thân não giai đoạn cấp, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ não và một số yếu tố có giá trị tiên lượng nặng ở bệnh nhân nhồi máu thân não giai đoạn cấp.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Chúng tôi chọn 93 bệnh nhân được chẩn đoán là nhồi máu thân não giai đoạn cấp tại Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 7/2016 - 7/2017.

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiên cứu, theo dõi dọc.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Một số đặc điểm chung về bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi (trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn)	63,4 $\pm$ 14,2
Số bệnh nhân nam (Tỷ lệ %)	56 (60,22%)
Số bệnh nhân nữ (Tỷ lệ %)	37 (39,78%)

Trong 93 bệnh nhân nghiên cứu: tuổi trung bình là 63,4 $\pm$ 14,2. Tỷ lệ nam/nữ là 1,44/1. Nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (58,07%).

Bảng 2: Vị trí ổ nhồi máu não trên phim cộng hưởng từ.

Vị trí ổ nhồi máu não		Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Cuống não		6	6,45
Cầu não		39	41,93
Hành não		24	25,81
Kết hợp	Cuống - Cầu não	3	3,23
	Cầu - Hành não	3	3,23
	Thân não - tiểu não	10	10,75
	Thân não - Đại não	8	8,60
Tổng		93	100,0

Nhận xét: Vị trí tổn thương ở cầu não gặp nhiều nhất chiếm tỷ lệ 41,93%, tỷ lệ tổn thương ở hành não chiếm 25,81%, và các vị trí kết hợp là 25,81%.

Bảng 3: Đặc điểm ổ nhồi máu não trên xung T1 và xung T2-FLAIR và Diffusion

Tín hiệu	Giảm tín hiệu		Đồng tín hiệu		Tăng tín hiệu	
	Số trường hợp	Tỷ lệ %	Số trường hợp	Tỷ lệ %	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Chuỗi xung						
T1	23	24,73	70	75,27	0	0
T2	0	0	25	26,68	68	73,12
FLAIR	0	0	0	0	93	100
Diffusion	0	0	0	0	93	100

Nhận xét: Trên thì T1 chủ yếu là đồng tín hiệu (75,27%), số ít là giảm tín hiệu nhẹ, trên T2 chủ yếu là tăng tín hiệu nhẹ (73,12%), đồng tín hiệu (26,68%), trên xung FLAIR 100% tăng tín hiệu nhẹ, quan trọng nhất là trên xung khuếch tán Diffusion thấy tăng tín hiệu sớm nhất (100%), giúp cho chẩn đoán được chính xác nhất.

Bảng 4: Hẹp, tắc động mạch thân nền trên xung TOF

Xung TOF động mạch Thân nền	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Hẹp, tắc động mạch thân nền.	24	25,81
Không tắc, hẹp động mạch thân nền.	69	74,19

Nhận xét: Số bệnh nhân có hẹp tắc động mạch thân nền trên xung TOF là 25,81%.

Bảng 5: Điểm hôn mê Glasgow lúc vào viện và tiến triển

Nhóm	Tình trạng (Số trường hợp (tỷ lệ %))		P
	Sống	Nặng xin về	
Điểm hôn mê Glasgow 15	52 (98,11)	1 (1,89)	<0,01
Điểm hôn mê Glasgow 9- 14	13 (68,42)	6 (31,58)	
Điểm hôn mê Glasgow 3- 8	4 (19,05)	17 (80,95)	
Tổng	69 (74,19)	24 (25,81)	

Nhận xét: Có sự khác biệt về tỷ lệ sống giữa ba nhóm điểm hôn mê glasgow (với p < 0,01). Điểm hôn mê glasgow càng cao thì tỷ lệ sống càng lớn.

Bảng 6: Điểm NIHSS lúc vào viện và tiến triển

Nhóm	Tình trạng		P
	Sống n (%)	Nặng xin về n (%)	
>20 điểm	7 (25,93)	20 (74,07)	<0.01
15 đến ≤ 20 điểm	15 (88,24)	2 (11,76)	
10 đến ≤14 điểm	32 (94,12)	2 (5,88)	
≤ 9 điểm	15 (100,0)	0 (0,0)	
Tổng	69 (74,19)	24 (25,81)	

Có sự khác biệt về tỷ lệ sống giữa bốn nhóm điểm NIHSS với $p < 0,01$, nhóm điểm NIHSS trên 20 tỷ lệ nặng xin về chiếm 74,04%.

Bảng 7. Liệt nửa người hai bên và tiến triển

Liệt vận động		Tiến triển xấu	Tiến triển tốt	Tổng số	OR (CI95%)	P
Liệt nửa người hai bên	Số BN (n) (Tỷ lệ %)	20 (80,0)	5 (20,0)	25 (100,0)	64 (13,38-356,25)	<0,01
Liệt nửa người hoặc các dây sọ não đơn thuần	Số BN (n) (Tỷ lệ %)	4 (5,88)	64 (94,12)	68 (100,0)		

Nhận xét: Liệt nửa người hai bên có tỷ lệ tiến triển xấu cao nhất chiếm 80,0%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với liệt nửa người hoặc các dây thần kinh sọ đơn thuần (với $p < 0,01$, OR 64, CI 13,38 - 356,25).

Bảng 8: Kết quả phân tích hồi quy đa biến các yếu tố tiên lượng bệnh nhân:

Yếu tố liên quan	OR	CI 95%		p
		Thấp nhất	Cao nhất	
Tuổi trên 60	1,71	1,02	1,64	< 0,05
Glasgow từ 3- 8 điểm	8,34	3,91	28,56	
Điểm NIHSS trên 20	12,33	1,01	21,65	
Liệt nửa người hai bên	15,62	2,45	31,79	
Rối loạn hô hấp	12,4	1,12	13,66	
Rối loạn nuốt	5,10	1,72	25,5	
Hẹp, tắc động mạch thân nền	4,5	3,3	18,54	
Kích thước ổ nhồi máu ở hành não, vị trí kết hợp	1,4	0,88	2,22	

Nhận xét: Các yếu tố có giá trị tiên lượng tiến triển xấu là: Tuổi trên 60, điểm Glasgow từ 3 đến 8, điểm NIHSS trên 20, liệt nửa người hai bên, rối loạn hô hấp, nuốt khó, kích thước ổ nhồi máu trên 20mm ở vị trí hành não, các vị trí kết hợp, hẹp tắc động mạch thân nền trên TOFCó giá trị tiên lượng bệnh nhân nặng.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm chung: Qua nghiên cứu 93 trường hợp chúng tôi thấy tuổi hay gặp nhất là ở nhóm trên 60 tuổi (58,07%), nhóm dưới 40 tuổi ít gặp nhất (6,45%). Tuổi mắc trung bình là 63,4, trong đó tuổi trẻ nhất 23 tuổi và cao nhất 98 tuổi. Như vậy sự phân bố nhồi máu thân não có xu hướng tăng dần theo tuổi. Thorleif Etgen và Helga Grafin von Einsiedel nhận xét qua 43 trường hợp cũng thấy tỷ lệ mắc cao trong nhóm trên 60 tuổi và độ tuổi trung bình là 62,5 [4].

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi nhồi máu thân não gặp ở nam 56 trường hợp chiếm 60,22%, nữ là 37 trường hợp chiếm 39,78%. Tỷ lệ Nam/Nữ là 1,44. Theo nghiên cứu của Lê Văn Bình tỷ lệ nam/nữ là 2,26 [5].

4.2. Đặc điểm hình ảnh học trên phim CHT

Vị trí tổn thương não trên phim chụp

CHT: Trong nghiên cứu này vị trí tổn thương chiếm đa số ở cầu não, với 39/93 trường hợp (chiếm 41,93%). Tỷ lệ này là 70,8% trong nghiên cứu của Thorleif Etgen [2]. Tỷ lệ tổn thương ở hành não đứng thứ hai (chiếm 25,81%), và tỷ lệ này là 25% trong nghiên cứu của Thorleif Etgen [2]. Tổn thương ở cuống não trong nghiên cứu của chúng tôi có 6 trường hợp (chiếm 6,45%) và tỷ lệ này là 4,2% trong nghiên cứu của Thorleif Etgen [2]. Các vị trí kết hợp là 25,81%. Trong nghiên cứu của Lê Văn Bình tổn thương gặp ở cầu não gặp nhiều nhất chiếm 64,5%, tỷ lệ tổn thương ở hành não thấp nhất (chiếm 10%), tổn thương ở cuống não có 7 trường hợp chiếm 11%, kết hợp 13,2% [3].

Đặc điểm ổ nhồi máu não trên một số chuỗi xung CHT: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hình ảnh ổ nhồi máu não trên xung T1 giảm tín hiệu là 24,73%, đồng tín hiệu 75,27%. Trên T2 Đồng tín hiệu 26,68%, tăng tín hiệu là 73,12%. Trên xung FLAIR và xung Diffusion là tăng tín hiệu 100%. Theo nghiên cứu của Wilhelm Kuker, có 45 bệnh nhân có tỷ lệ chụp cộng hưởng từ sớm hơn nghiên cứu của chúng tôi thì tỷ lệ phát hiện tổn thương là 88,89%. Trên xung mạch não TOF có 24 trường hợp hẹp tắc động mạch thân nền, các trường hợp này đối chiếu lâm sàng đều có bệnh cảnh rất nặng nề [4]. Nguyễn Duy Trinh nghiên cứu 145 bệnh nhân nhồi máu não giai đoạn cấp tính được chụp CHT sọ não cho biết độ nhạy của chuỗi xung DW đối với nhồi máu não cấp là 91% đối với nhồi máu giai đoạn sớm. Chuỗi xung tưới máu có độ nhạy trong chẩn đoán nhồi máu não cấp là 75% [5].

4.3. Các yếu tố tiên lượng nặng

Trong nghiên cứu của chúng tôi số bệnh nhân có điểm hôn mê Glasgow từ 3 đến 8 điểm diễn biến nặng xin về là 17 (chiếm 80,95% trong nhóm). Đây là những bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ, tổn thương nhiều ổ, vị trí kết hợp. Tỷ lệ này thấp hơn kết quả nghiên cứu của Lê Thị Mỹ là 88,9% [6]. Chúng tôi sử dụng thang điểm NIHSS để đánh giá bệnh nhân lúc nhập viện nhằm tiên lượng bệnh nhân, kết quả có 74,04% số bệnh nhân có điểm NIHSS trên 20 điểm là nặng xin về.

Trong nghiên cứu này những bệnh nhân liệt nửa người hai bên có tỷ lệ triển tiến xấu cao nhất (chiếm 80,0%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với liệt nửa người hoặc các dây sọ não đơn thuần (với $P < 0,01$). Vì đây đa phần là những bệnh nhân nặng, tổn thương gặp nhiều ở hành não, nhiều ổ nhồi máu, hai bên, kết hợp nhiều vị trí, hoặc là các tổn thương lớn trên 20mm.

Phân tích hồi quy đa biến với các yếu tố tiên lượng bệnh nhân: Các yếu tố có giá trị tiên lượng bệnh nhân nặng sau khi đã được kiểm tra ở phương trình đơn biến, được đưa vào phân tích phương trình hồi quy đa biến sử dụng phương thức khử gradient. Chúng tôi đã thu được kết quả: Tuổi trên 60, điểm Glasgow từ 3 đến 8, điểm NIHSS trên 20, liệt nửa người hai bên, rối loạn hô hấp, nuốt khó, kích thước ổ nhồi máu trên 20mm ở vị trí hành não, các vị trí kết hợp, hẹp tắc động mạch thân nền trên TOF có giá trị tiên lượng bệnh nhân nặng. Chúng tôi đã xác định được nhiều yếu tố nguy cơ hơn nghiên cứu

của Lê Văn Bình là điểm hôn mê Glasgow dưới 8, liệt tứ chi, hội chứng giao bên là tiên lượng xấu cho bệnh nhân [3]. Nghiên cứu của Lê Thị Mỹ đã nêu ra: Rối loạn ý thức, bất thường đồng tử, rối loạn nuốt, nói khó là các yếu tố tiên lượng nặng. Không có mối liên quan của cách khởi phát, hội chứng giao bên, liệt vận động với tiên lượng bệnh [6].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 93 trường hợp, tuổi trung bình là 63,4, trong đó tuổi thấp nhất 23 tuổi và cao nhất 98 tuổi. Tỷ lệ Nam/Nữ là 1,44.

Trong nghiên cứu này tổn thương ở cầu não nhiều nhất chiếm tỷ lệ 41,93%, tỷ lệ tổn thương ở hành não chiếm 25,81% và các vị trí kết hợp là 25,81%. Trên thì T1 chủ yếu là đồng tín hiệu (75,27%), số ít là giảm tín hiệu nhẹ, trên T2 chủ yếu là tăng tín hiệu nhẹ (73,12%), đồng tín hiệu (26,68%), trên xung FLAIR 100% gặp tăng tín hiệu nhẹ, quan trọng nhất là trên xung Diffusion thấy 100% tăng tín hiệu.

Theo các phân tích đơn biến và hồi quy đa biến, một số yếu tố có giá trị tiên lượng ở bệnh nhân nhồi máu thân não giai đoạn cấp là: tuổi trên 60; điểm Glasgow từ 3 đến 8; điểm NIHSS trên 20; rối loạn hô hấp, rối loạn nuốt; kích thước ổ nhồi máu trên 20mm ở vị trí hành não; kích thước ổ nhồi máu trên 20mm ở các vị trí kết hợp; trên xung mạch TOF có hẹp tắc động mạch thân nền là những yếu tố có giá trị tiên lượng bệnh nhân nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Chương (2004), "Đặc điểm lâm sàng của đột quỵ não: Những số liệu qua 150 bệnh nhân", *Tạp san Thần kinh học*. (7), 78 - 82.
2. Thorleif Etgen; Helga Graf von Einsiedel (2004): "Detection of acute brainstem infarction by using DWI/MRI"
3. Lê Văn Bình (2012), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ của nhồi máu thân não", Luận văn Thạc Sĩ, Đại Học Y Hà Nội.
4. Kuker W., Weise J. (2002), "MRI characteristics of acute and subacute brainstem and thalamic infarctions: value of T2- and diffusion-Weighted sequences".
5. Nguyễn Duy Trinh (2015), "Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị của cộng hưởng từ 1,5 TESLA trong chẩn đoán và tiên lượng nhồi máu não giai đoạn cấp tính" Luận án tiến sĩ y học- Đại học Y Hà Nội.
6. Lê Thị Mỹ (2015) "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh mạch máu của nhồi máu não thuộc hệ động mạch sống - nền" Luận văn bác sĩ nội trú, Đại Học Y Hà Nội.

MỤC LỤC

TẠP CHÍ Y HỌC VIỆT NAM TẬP 465 - THÁNG 4 - SỐ 2 - 2018

VIETNAM MEDICAL JOURNAL N^o2 - APRIL - 2018

1. **Điều trị hẹp bao quy đầu bằng kỹ thuật cắt vòng xơ, bảo tồn bao quy đầu** 1
Treatment phimosis with fiber ring cutting technique and conservation of the circumcision
Nguyễn Việt Hoa, Vũ Hồng Tuân
2. **Nghiên cứu thử kích ứng da, niêm mạc và khả năng làm lành vết thương của bài thuốc VL1 dạng cồn thuốc trên thực nghiệm** 4
Study on skin irritation, mucosal and possibility of wound healing of VL1 prescription drugs in experiment
Lê Thị Minh Nguyệt, Phạm Bá Tuyên, Trần Trọng Dương
3. **Bước đầu đánh giá vai trò cộng hưởng từ trong mối liên quan giữa rách vòng sợi và thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng ở người cao tuổi** 7
Prevalence of the role of magnetic resonance imaging for the relative between annulus fibrosus tear and lumbar disc herniation in the elderly patient
Lê Đức Nam, Đặng Vĩnh Hiệp, Nguyễn Quốc Dũng
4. **Khảo sát hình thái động mạch chủ ngực và các biến thể giải phẫu vùng cung động mạch chủ** 11
Assessment of the thoracic aorta morphological characteristics and anatomical variant of the aortic arch
Nông Hữu Thọ, Võ Nguyễn Thành Nhân, Phạm Thọ Tuấn Anh
5. **Đặc điểm lâm sàng và dịch não - tủy giai đoạn sớm của hội chứng Guillain - Barré** 15
Clinical features and cerebrospinal fluid of Guillain-Barré syndrome in early stage
Phan Tiến Lộc, Võ Hồng Khôi
6. **Đánh giá kiến thức, thái độ của cha/mẹ hoặc người chăm sóc chính về phát hiện sớm khuyết tật ở trẻ em tại huyện Quỳnh Phụ tỉnh Thái Bình** 18
An evaluation on knowledge, attitudes of parents or primary caretakers on early detection of disability in children in Quỳnh Phụ District, Thai Binh Province
Phạm Thị Tĩnh, Phạm Thị Dung, Phạm Bích Phương
7. **Nghiên cứu ảnh hưởng của viên nén "thanh não I" đến chức năng và hình thể gan, thận trên thỏ thực nghiệm** 23
Research to impact of compressors "thanh nao I" to functionality and hepatitis in rabbit experiment
Phạm Bá Tuyên, Trần Trọng Dương
8. **Nghiên cứu hiệu quả kiểm soát tiến triển cận thị trên bệnh nhân đặt kính Ortho-K** 26
Study of myopia control in patients using Ortho-K
Nguyễn Đình Ngân, Lê Xuân Cung
9. **Kết quả điều trị trượt đốt sống thắt lưng L₄L₅ bằng phẫu thuật lấy đĩa đệm, cố định cột sống và ghép xương liên thân đốt** 30
Outcome of transforaminal lumbar interbody fusion surgery for L₄L₅ spondylolisthesis
Hoàng Gia Du, Nguyễn Văn Trung, Vũ Xuân Phước, Nguyễn Đức Hoàng
10. **Thực trạng suy dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi tại xã Nghi Văn huyện Nghi Lộc tỉnh Nghệ An năm 2017** 36
The situation of malnutrition of the children under 5 years of age in Nghi Văn commune, Nghi Loc District, Nghe An Province in 2017
Vũ Trung Kiên, Ninh Thị Nhung

11. **Đánh giá tác dụng kháng một số dòng tế bào ung thư của Altretamin tổng hợp tại Việt Nam** 40
To evaluate resistance effect with some cancer cells of synthesized Altretamine in Viet Nam
Phạm Thị Mận, Nguyễn Sơn Nam, Vũ Bình Dương
12. **Nghiên cứu khả năng kháng khuẩn, kháng nấm của chế phẩm trà thảo mộc từ lá chè và quả cọ** 46
Study of the antibacterial and antifungal of herb tea from camellia sinensis and livistona saribus
Nguyễn Trần Hoàng Anh, Kiều Thanh Hằng
13. **Nghiên cứu các biến chứng của phương pháp tái thông mạch bằng dụng cụ cơ học điều trị bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp do tắc nhánh lớn động mạch nội sọ** 50
Complications of mechanical thrombectomy for acute ischemic stroke due to large vessel occlusion: a retrospective 141 patients
Nguyễn Văn Phương, Lưu Quang Minh, Hoàng Mạnh Vững, Vũ Duy Minh, Lê Văn Trường
14. **Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân lao cột sống cổ** 55
Some clinical and paraclinical features of cervical spinal tuberculosis
Nguyễn Xuân Diễn, Nguyễn Công Tô, Khương Văn Duy
15. **Nhồi máu cơ tim cấp st chênh lên ở bệnh nhân xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch: Một trường hợp lâm sàng** 59
Acute st elevation myocardial infarction in patients with immune thrombocytopenia purpura: A case report
Nguyễn Hoàng Tài My, Mai Trí Luận, Hoàng Văn Sỹ
16. **Kiến thức và thực hành vệ sinh an toàn thực phẩm người trực tiếp chế biến, phục vụ tại bếp ăn tập thể của các trường mầm non trên địa bàn thành phố Sơn La** 63
Knowledge and practice about food safety of direct processing, serving at collective kitchen of the preschool in Son La City
Lù Thị Hoa, Phạm Thị Dung, Phạm Thị Tĩnh
17. **Phát hiện bệnh tuyến vú bằng phương pháp khám lâm sàng và tế bào học chọc hút kim nhỏ dưới hướng dẫn siêu âm** 68
Detection of breast disease by clinical examination and fine-needle aspiration under ultrasound guidance
Trần Mạnh Hà, Nguyễn Văn Hưng
18. **Nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân nhồi máu thân não giai đoạn cấp** 72
Study on some prognostic factors in patients with brain stem ischemic stroke during the acute phase
Đặng Huy Du, Võ Hồng Khôi, Lê Văn Thính
19. **Tỷ lệ mất ngủ và những yếu tố liên quan ở phụ nữ quanh tuổi mãn kinh đến khám tại Bệnh viện Từ Dũ** 76
Prevalence of insomnia and risk factors among women around menopause age coming for examination at Tu Du Hospital
Huỳnh Minh Thắng, Võ Minh Tuấn
20. **Thần kinh thanh quản không quặt ngược: Nhân hai trường hợp phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện K** 80
Non-recurrent laryngeal nerve: A report of two cases with thyroid cancer in K Hospital
Ngô Quốc Duy, Lê Văn Quảng, Ngô Xuân Quý, Đinh Xuân Cường, Nguyễn Quốc Dũng, Ma Chính Lâm, Đàm Bảo Trung, Trần Đức Toàn

21. **Đánh giá tình trạng khúc xạ giác mạc sau ghép giác mạc xuyên** 83
Assesment the corneal refraction after penetrating keratoplasty
Lê xuân Cung, Phạm Ngọc Đông, Nguyễn Đình Ngân
22. **Đánh giá kết quả phẫu thuật thay đĩa đệm nhân tạo trong điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ** 87
Results of total disc replacement surgery in the treatment of cervical disc herniation
Hoàng Gia Du
23. **Thực trạng điều kiện cơ sở, trang thiết bị, dụng cụ tại các bếp ăn tập thể trường mầm non thị trấn Mộc Châu và thị trấn Nông Trường huyện Mộc Châu năm 2017** 91
Curent status of facilities and equipment in the collective kitchen of kindergarten schools at Mocchau Town and Farm town, Moc Chau District in 2017
Ninh Thị Nhung, Vũ Trung Kiên
24. **Vai trò của siêu âm trước sinh trong quản lý bệnh tắc tá tràng bẩm sinh tại Bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2010 – 2015** 95
The roles of prenatal diagnosis in management of congenital duodenal obstruction in Viet Duc Hospital from 2010 to 2015
Nguyễn Việt Hoa, Vũ Hồng Tuân
25. **Tối ưu hóa quy trình chiết xuất mangiferin từ bài thuốc bạch hổ nhân sâm thang gia vị - GN16 bằng phần mềm tin học modde 8.0** 98
Optimization of mangiferin extraction from added bach ho nhan sam remedy by modde 8.0 softwave
Vũ Bình Dương, Ngô Thị Tuyết Mai, Nguyễn Sơn Nam
26. **Đánh giá kiến thức, thực hành của người bệnh điều trị nội trú về quyền lợi bảo hiểm y tế tại khoa nội Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2017** 102
Assessment of knowledge and practice of inpatients on health insurance benefits at internal medicine department of General Hospital of Nam Dinh Province in 2017
Đặng Thị Mai Linh, Vũ Trung Kiên, Vũ Phong Túc
27. **Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ ở bệnh nhân xơ cứng rải rác thể tủy sống** 106
Mri characteristics in patients with multiple sclerosis of the spinal cord
Võ Hồng Khôi, Hồ Thị Dung
28. **Hiệu quả điều trị phẫu thuật lcsc lồng trước bằng thay thân đốt sống nhân tạo** 109
Effectivity of the anterior surgery of cervical spine tuberculosis by replacing anterior distraction device implants
Nguyễn Xuân Diễn, Nguyễn Công Tô, Khương Văn Duy
29. **Vai trò của siêu âm tim trong đánh giá áp lực cuối tâm trương thất trái ở bệnh nhân có phân suất tống máu thất trái giảm** 114
The role of echocardiography in estimation left ventricular end diastolic pressure in patients with left ventricular ejection fraction
Trần Lê Uyên Phương, Trần Nguyễn Phương Hải, Hoàng Văn Sỹ
30. **Hiệu quả can thiệp tư vấn dinh dưỡng và cung cấp chế độ ăn cho người bệnh thận nhân tạo chu kỳ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình** 119
Effectively intervene nutritional counseling and provide diet for hemodialysis patients at Thai Binh General Hospital
Trần Khánh Thu, Lê Bạch Mai, Phạm Thị Dung, Phạm Thị Tĩnh
31. **Nghiên cứu một số tác động có lợi của chế phẩm trà thảo mộc từ lá chè và quả cọ** 124
Study of some health benefit of herb tea from camellia sinensis and livistona saribus
Nguyễn Trần Hoàng Anh, Kiều Thanh Hằng

32. **Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn trẻ em tại khoa nhi Bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2015 - 2017** 131
The result of treatment of inguinal hernia in children in Viet Duc Hospital in the period 2015-2017
Nguyễn Việt Hoa, Võ Tá Chung, Vũ Hồng Tuân
33. **Tác dụng điều trị rối loạn ngôn ngữ trên bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não sau giai đoạn cấp của điện châm** 135
The electric acupuncture effect on aphasia treatment applied on patients in the after stage of stroke
Nguyễn Đức Minh, Nguyễn Vinh Quốc
34. **Áp dụng phân độ tế bào học của robinson trong chẩn đoán ung thư vú** 139
Application of robinson's cytological grading system on fine-needle aspiration for breast cancer
Trần Mạnh Hà, Nguyễn Văn Hưng
35. **Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân dính buồng điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương** 143
Study on clinical and subclinical characteristics of patients with intrauterine adhesion at National Hospital of Obstetrics and Gynaecology
Phạm Thị Mỹ Dung, Nguyễn Quảng Bắc, Lê Thị Thanh Vân
36. **Liên quan giữa lâm sàng, hình ảnh học với mức độ hẹp tắc do vữa xơ động mạch cảnh đoạn ngoài sọ ở bệnh nhân nhồi máu não hệ cảnh** 146
Relation between clinical, imaging features and grades of carotid stenosis of patients suffering from anterior circulation ischemic stroke
Võ Hồng Khôi, Lê Na, Trương Tuấn Anh
37. **Giá trị phương pháp nội soi phóng đại có nhuộm màu indigo carmine trong chẩn đoán polyp đại trực tràng** 149
The value of magnifying endoscopy with indigo carmine for diagnosing colorectal polyps
Phạm Bình Nguyên, Vũ Trường Khanh, Đào Văn Long
38. **Cần bảo vệ tốt hơn quyền con người trong luật hôn nhân và gia đình ở Việt Nam hiện nay** 154
Need to better protect human rights in the law of marriage and family in Vietnam today
Trần Thị Thu Hằng
39. **Nghiên cứu vi khuẩn hiếu khí trong viêm mũi xoang ở trẻ em tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương** 159
Study anaerobic bacteria of rhinosinusitis in children in Central E.N.T Hospital
Đỗ Hoàng Quốc Chính, Nguyễn Thị Khánh Vân
40. **Hiệu quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống cổ mức độ nhẹ và vừa bằng điện châm kết hợp thuốc hoàn chỉ thông** 163
The effect on treating herniated in the neck at mild and moderate level of electric acupuncture combined with "hoan chi thong"
Nguyễn Vinh Quốc, Nguyễn Đức Minh
41. **Thực trạng sử dụng quỹ khám chữa bệnh bảo hiểm y tế tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2016** 168
Current situation of using health insurance fund at general Hospital of Nam Dinh Province in 2016
Đặng Thị Mai Linh, Vũ Trung Kiên, Vũ Phong Túc
42. **Đặc điểm hình ảnh chụp cộng hưởng từ và một số yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân nhồi máu thân não giai đoạn cấp** 171
Study on mri characteristic and some prognostic factors in patients with brain stem ischemic stroke during the acute phase
Võ Hồng Khôi, Lê Văn Thính, Đặng Huy Du