



Y HỌC

VIỆT NAM

Năm thứ sáu mươi tư

VIETNAM MEDICAL JOURNAL



THÁNG 5 - SỐ 1
2018

TẬP 466

TỔNG HỘI Y HỌC VIỆT NAM
VIETNAM MEDICAL ASSOCIATION

68A Bà Triệu - Hà Nội; Tel/Fax: 84-4-39439323; Tel: 39431866
email: vgamp@fpt.vn; website: www.tonghoiyhoc.vn

TẠP CHÍ
Y HỌC VIỆT NAM
VIETNAM MEDICAL JOURNAL

TỔNG BIÊN TẬP

Nguyễn Thị Xuyên

PHÓ TỔNG BIÊN TẬP

Nguyễn Thị Ngọc Dung

Đinh Ngọc Sỹ

Lê Gia Vinh

HỘI ĐỒNG CỐ VẤN

Hoàng Bảo Châu (Chủ tịch Hội đồng)	
Trần Quán Anh	Đỗ Kim Sơn
Lê Đức 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 Vương

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)
Nguyễn Duy Bắc
Nguyễn Tiến Dũng

Huỳnh Anh Lan
Nguyễn Quốc Trường

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.tonghoiuhoc.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

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ NỒNG ĐỘ NT-proBNP HUYẾT TƯƠNG Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP

Trương Đình Cẩm¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nồng độ NT-proBNP huyết tương ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp điều trị tại Bệnh viện Quân Y 175. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu, mô tả cắt ngang trên 44 bệnh nhân NMCT cấp được điều trị thông tim, chụp và can thiệp động mạch vành (ĐMV). **Kết quả:** Đau ngực điển hình chiếm ưu thế (90,9%). 93,8% số bệnh nhân <55 tuổi và 82,1% trong số các bệnh nhân ≥ 55 tuổi có mức suy tim cấp theo Killip độ I-II; 86,4% bệnh nhân có đặc điểm điện tim với ST chênh lên; Nồng độ trong huyết tương các dấu ấn sinh học (Troponin T, CK, CK-MB) cao hơn giá trị điểm cắt có giá trị chẩn đoán với $p < 0,05$. 81,8% bệnh nhân có tổn thương từ 2-3 nhánh ĐMV. Nồng độ NT-proBNP huyết tương trung bình ở thời điểm 72 giờ sau nhập viện là $4382,9 \pm 5861,5$ pg/ml, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với thời điểm nhập viện ($1499,1 \pm 2799,7$ pg/ml). Có sự tương quan thuận giữa nồng độ NT-proBNP huyết tương giữa 2 thời điểm ($r = 0,555$ và $p < 0,001$).

Từ khóa: Nhồi máu cơ tim cấp, NT-proBNP, can thiệp ĐMV.

SUMMARY

THE CLINICAL AND LABORATORY FEATURES AND PLASMA NT-proBNP CONCENTRATION INPATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Objective: To investigate some clinical and laboratory features and plasma NT-proBNP concentration in patients with acute myocardial infarction (MI) who were treated in military hospital 175. **Subjects and methods:** Prospective, cross-sectional study conducted in 44 patients with acute MI undergoing percutaneous coronary intervention. **Results:** - Typical chest pain occurred in almost patients (90,9%). 93,8% patients < 55 years old and 82,1% patients ≥ 55 years old had mild heart failure (Killip class I-II). - 86,4% patients had ST segment elevation on ECG. - Plasma concentration of biomarkers (Troponin T, CK, CK-MB) were higher than the diagnostic cut-off point ($p < 0,05$). 81,8% patients had 2 to 3 injured coronary branches. - The plasma NT-proBNP concentration at 72 hours after hospital admission time was $4382,9 \pm 5861,5$ pg/ml and statistically significantly higher than that at hospital admission time ($1499,1 \pm 2799,7$ pg/ml). There was a positive correlation between the plasma NT-proBNP concentrations at two times ($r = 0,555$; $p < 0,001$).

¹Bệnh viện Quân Y 175

Chịu trách nhiệm chính: Trương Đình Cẩm

Email: truongcam1967@gmail.com

Ngày nhận bài: 22/3/2018

Ngày phản biện khoa học: 17/4/2018

Ngày duyệt bài: 3/5/2018

Key words: Acute myocardial infarction, NT-proBNP, percutaneous coronary intervention.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim cấp là một cấp cứu tim mạch rất nặng, có thể gây ra nhiều biến chứng nguy hiểm như sốc tim, rối loạn nhịp, ngừng tim và tử vong. Bệnh ngày càng có xu hướng gia tăng nhanh chóng với tỉ lệ mắc và tử vong khá cao [1]. NT-proBNP là chất chỉ điểm sinh học có vai trò trong chẩn đoán sớm và phân tầng nguy cơ ở bệnh nhân NMCT, là yếu tố dự đoán mức độ nghiêm trọng của tổn thương ĐMV. Ở bệnh nhân NMCT cấp, nồng độ NT-proBNP huyết tương là yếu tố tiên lượng chính và độc lập về tình trạng tử vong và suy tim, phản ánh độ rộng của vùng nhồi máu và mức độ suy giảm LVEEF, là yếu tố tiên lượng dự báo biến cố và đánh giá hiệu quả của điều trị can thiệp ĐMV qua da [2]. Vì sự phát triển nhanh và chuẩn xác về phương pháp định lượng nồng độ NT-proBNP huyết thanh nên hiện nay nồng độ NT-proBNP huyết thanh được sử dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng. Vì vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nồng độ NT-proBNP huyết tương ở bệnh nhân NMCT cấp.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 44 bệnh nhân NMCT cấp được điều trị thông tim, chụp và can thiệp ĐMV được điều trị tại khoa nội Tim mạch-Bệnh viện Quân Y 175 từ 01/2016 đến 05/2017.

1.1. Tiêu chuẩn chọn

- BN được chẩn đoán NMCT cấp theo tiêu chuẩn chẩn đoán NMCT cấp năm 2012 của WHO/WFH/ESC/AHA/ACC: Bệnh nhân xét nghiệm có sự tăng và/hoặc giảm dấu ấn sinh học ít nhất ở giới hạn trên 99% bách phân vị của nó và kèm theo ít nhất một trong các dấu hiệu sau:

+ Có đau ngực điển hình trên lâm sàng.

+ Thay đổi ECG điển hình.

+ Rối loạn vận động vùng do thiếu máu cơ tim mới xảy ra được phát hiện bằng phương pháp chẩn đoán hình ảnh (ECHO, MRI...).

+ Có bằng chứng huyết khối trong lòng ĐMV trên phim chụp qua đường ống thông.

- BN được làm đủ xét nghiệm NT-proBNP huyết tương ở 2 thời điểm: lúc nhập viện và 72

giờ sau đó.

- Bệnh nhân được chụp ĐMV và can thiệp tái tưới máu cấp cứu (Chụp và can thiệp tái tưới máu qua đường ống thông).

1.2 Tiêu chuẩn loại trừ.

- Bệnh nhân không phải NMCT cấp, không hợp tác nghiên cứu hoặc chống chỉ định chụp ĐMV.

- Bệnh nhân có các bệnh kết hợp ảnh hưởng đến nồng độ NT-proBNP huyết tương: Tai biến mạch máu não, suy thận, tiền sử hẹp hở chủ, hẹp hở 2 lá, suy tim không do bệnh ĐMV, rung nhĩ hoặc cuồng nhĩ, thuyên tắc phổi, tăng áp phổi, nhiễm trùng nặng, bông...

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp tiến cứu, mô tả cắt ngang.

2.2. Phương pháp xét nghiệm nồng độ NT-proBNP huyết thanh.

Xét nghiệm NT-proBNP huyết thanh bằng phương pháp miễn dịch điện hóa quỳnh quang ECLIA (Electro chemiluminescence immuno assay) hoàn toàn tự động trên máy Roche Elecsys 2010 tại khoa Sinh hóa, bệnh viện Quân y 175. Kỹ thuật phân tích xét nghiệm miễn dịch bằng MODULAR ANALYTICS E170.

2.3. Phương pháp chụp mạch vành.

- 44 bệnh nhân được chụp và can thiệp ĐMV thì đầu tại khoa chẩn đoán hình ảnh Bệnh viện Quân Y 175. Máy chụp DSA Phillip Intergrids Allura.

- Đánh giá độ nặng của tổn thương mạch vành dựa theo thang điểm Gensini.

Chỉ số Gensini được tính bằng tổng điểm số của tổn bộ các tổn thương sau khi nhân với hệ số.

2.4. Phân tích số liệu. Số liệu thu được xử lý theo các thuật toán thường dùng trong thống kê y sinh học sử dụng phần mềm SPSS 22.0 (Chicago, IL, Hoa Kỳ).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung về tuổi và giới của nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1 Đặc điểm về tuổi và giới

Tuổi \ Giới	n	$\bar{X} \pm SD$	p	Tỉ lệ Nam/Nữ
Nam (n)(%)	35 (79,5%)	57,0 ± 12,3	0,130	35/9 = 3,9/1
Nữ (n)(%)	9 (20,5%)	64,4 ± 10,5		
Chung	44	58,5 ± 12,8		

Theo Trường môn Tim Mạch Học và Hội tim mạch Hoa Kỳ, tuổi trên 55 là một trong những yếu tố nguy cơ chính, độc lập của bệnh lí ĐMV nói chung và NMCT cấp nói riêng. Luis C và cs

(2014) nghiên cứu về giá trị tiên lượng của điểm TIMI so với điểm GRACE ở nhồi máu cơ tim có đoạn ST chênh lên, trong 152 BN thì nam giới chiếm 72%, tỉ lệ Nam/Nữ = 2,57/1, tuổi trung bình là 63 ± 13 [5]. Nguyễn Văn Tân (2015) nghiên cứu 157 bệnh nhân NMCT cấp ≤ 65 tuổi thấy tỉ lệ Nam/Nữ = 4,23/1[2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi các đối tượng nghiên cứu có tuổi trung bình là 58,52 ± 12,18, tỉ lệ Nam/Nữ = 3,89. Nhìn chung không có sự khác biệt có ý nghĩa về tuổi giữa hai giới trong nhóm đối tượng nghiên cứu. So sánh với kết quả của các nghiên cứu chúng tôi thấy kết quả của chúng tôi thu được là tương đương.

2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nồng độ NT-proBNP

Bảng 3.2 Đặc điểm về đau ngực.

Đau ngực	Đặc điểm	
	Điển hình	Không điển hình
n	40	4
(%)	90,9	9,1

Đau ngực điển hình là triệu chứng cơ năng thường gặp và đặc trưng trong NMCT cấp. Nguyễn Văn Tân (2015) nghiên cứu về triệu chứng đau ngực ở bệnh nhân NMCT cấp thì tỷ lệ bệnh nhân nhập viện vì đau ngực là 77,94%. Nguyễn Thị Thanh Trung (2014) nghiên cứu 76 bệnh nhân NMCT cấp có đoạn ST chênh lên có 82,1% BN có đau ngực điển hình và 17,9% BN có đau ngực không điển hình [3]. Kết quả nghiên cứu chúng tôi có 90,9% BN có đau ngực điển hình; 9,1% BN đau ngực không điển hình. So với kết quả các nghiên cứu trên chúng tôi thấy đặc điểm đau ngực điển hình chiếm ưu thế và tỉ lệ cao hoàn toàn phù hợp.

Bảng 3.3 Đặc điểm suy tim cấp theo Killip.

Nhóm tuổi	Killip I-II	Killip III-IV	P
< 55	15(93,8)	1(6,2)	P<0,0001
≥ 55	23(82,1)	5(17,9)	

Đánh giá suy tim cấp theo Killip lúc nhập viện chúng tôi nhận thấy có 86,4% bệnh nhân được xác định ở mức Killip I-II và 13,6% được xác định ở mức III-IV. Như vậy đa số bệnh nhân lúc nhập viện mức độ suy tim cấp chỉ ở mức Killip I-II. Nguyễn Văn Tân (2015) khi nghiên cứu NMCT cấp ở quần thể bệnh nhân dưới 65 tuổi thì mức Killip lúc nhập viện là 89,33% ở mức Killip I-II và chỉ 10,67% ở mức Killip III-IV [2]. Luis C và cs (2014) nghiên cứu 152 bệnh nhân NMCT cấp có đoạn ST chênh lên lúc nhập viện có 87,9% bệnh nhân mức Killip I-II và 12,1% Killip III-IV [5]. So sánh với kết quả của các nghiên cứu chúng tôi thấy

kết quả của chúng tôi không có sự khác biệt.

Bảng 3.4 Đặc điểm về điện tim.

	ST chênh lên	RL nhịp thất	RL nhịp nhĩ	Block A-V
n	38	3	5	6
%	86,4	6,8	11,4	13,6

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 38 bệnh nhân NMCT cấp có đoạn ST chênh lên chiếm 86,36%, NMCT cấp không có đoạn ST chênh lên là 13,64%. Tỷ lệ này của chúng tôi cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Tân (2015) ở nhóm bệnh nhân dưới 65 tuổi tỷ lệ NMCT có đoạn ST chênh lên là 66,9% và không

có đoạn ST chênh lên là 33,1% [2]. Trên điện tim lúc nhập viện chúng tôi còn ghi nhận các biến chứng-triệu chứng điện tim như có 11,4% (5BN) rối loạn nhịp nhĩ, 6,8% (3BN) rối loạn nhịp thất, 13,6% (6BN) có rối loạn dẫn truyền nhĩ-thất (Block A-V các mức độ). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đối phù hợp với Linda Marangmei và cs (2014) khi nghiên cứu về loạn nhịp tim ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp tính trong vòng 48 giờ kể từ khi nhập viện thấy có 15% block A-V, 7% rối loạn nhịp thất, 21% nhịp chậm xoang và nhiều loại rối loạn nhịp khác [6].

Bảng 3.5 Đặc điểm các dấu ấn sinh học chỉ điểm cơ tim.

	$\bar{x} \pm SD$	Tăng (n, %)	Không tăng (n, %)	Giá trị tham chiếu	One-Sample T test
Troponin T(ng/ml)	1.27 ± 1.95	39(88,6)	5(11,4)	0 - 0,014	p<0,001
CK(Pg/ml)	701,10 ± 899,18	31(70,5)	13(29,5)	<171	p<0,001
CK-MB(U/L)	118,21 ± 218,25	29(65,9)	15(31,1)	< 24	p=0,006

Cơ tim bị hoại tử sẽ phóng thích các dấu ấn sinh học phản ánh tình trạng đó. Các dấu ấn hoại tử cơ tim bao gồm Creatinin Kinase, CK-MB, Troponin I và T... Trong đó, Troponin là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán tổn thương cơ tim và là chìa khóa cho các quyết định điều trị xâm lấn hay bảo tồn trong NMCT. Plasma creatine kinase (CK) là men được giải phóng nhanh chóng khi cơ bị tổn thương, CK cũng tăng ở những bệnh nhân NMCT. Các tiến bộ trong điện di cho phép xác định các iso enzyme của CK, cơ tim có mức CK-MB cao hơn (25-30%) so với cơ xương (1%) do

vậy nó đặc hiệu hơn CK trong đánh giá tổn thương cơ tim. Nghiên cứu của chúng tôi, tần suất tăng dấu ấn hoại tử cơ tim Troponin T, CK và CK-MB lần lượt là 88,6% - 70,5% và 69,5%. Nồng độ Troponin huyết tương trung bình là 1,27 ± 1,95 (ng/ml). Nồng độ CK-MB huyết tương là 118,21 ± 218,25U/L. Giá trị nồng độ Creatinin Kinase huyết tương là 701,10 ± 899,18U/L. Nồng độ trong huyết tương các dấu ấn sinh học cao hơn giá trị điểm cắt có giá trị chẩn đoán với p < 0,05.

Bảng 3.6 Đặc điểm tổn thương ĐMV thủ phạm.

Nhóm tuổi	n	Số nhánh ĐMV tổn thương			Chi-square Test - p
		1	2	3	
< 55 tuổi (%)	16	4 (25,0)	5 (31,2)	7 (43,8)	0,096
≥ 55 tuổi (%)	28	4 (14,3)	14 (50,0)	10 (35,7)	
TỔNG	44 (100%)	8 (18,2)	19 (43,2)	17 (38,6)	

Bảng 3.7 Liên quan điểm Gensini và số nhánh ĐMV bị tổn thương.

	n	Điểm Gensini		p
		$\bar{x} \pm SD$	Trung vị	
Tổn thương 1 nhánh	8	28,3 ± 11,8	10,9	0,002
Tổn thương 2 nhánh	19	59,9 ± 23,1	20,8	
Tổn thương 3 nhánh	17	49,5 ± 20,2	29,8	
TỔNG	44	47,1 ± 23,0	22,4	

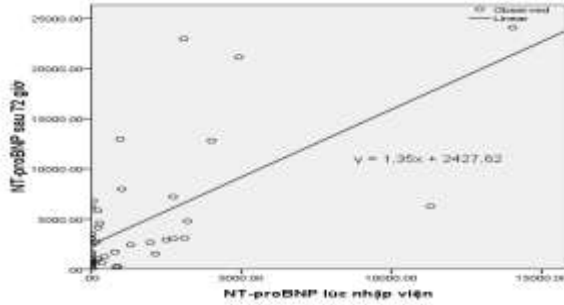
Nguyễn Văn Tân (2015) nghiên cứu về tổn thương nhánh ĐMV trong NMCT cấp thấy tỷ lệ tổn thương 1 nhánh ĐMV là 23,42%, tổn thương 2 nhánh là 26,22% và tổn thương 3 nhánh là 38,46% [2]. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi tổn thương 1 nhánh ĐMV là 18,2%, 2 nhánh là 43,2% và 3 nhánh là 38,6%. Khi so sánh có sự khác biệt do cách chia và tính tần suất vị trí tổn thương, nhưng vẫn có điểm chung là tỷ lệ tổn

thương ≥ 2 nhánh ĐMV nhiều hơn tổn thương 1 nhánh trong NMCT cấp.

Điểm Gensini trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 47,1 ± 23,0. So với nghiên cứu của Erkan Yildirim điểm số Gensini của chúng tôi tương đương. Chúng tôi cũng thấy giá trị trung vị điểm Gensini tăng dần theo số nhánh ĐMV bị tổn thương với p<0,01.

Bảng 3.8 So sánh cặp nồng độ NT-proBNP huyết tương lúc nhập viện và sau 72 giờ (Wilcoxon Signed Ranks Test).

NT-proBNP	$\bar{X} \pm SD$				p
Thời điểm nhập viện	1499,1 ± 2799,7	228,4	5,0	2095,0	0,000
Sau 72 giờ	4382,9 ± 5861,5	707,3	2553,5	5573,8	2



Biểu đồ 3.1 Tương quan NT-proBNP lúc nhập viện và sau 72 giờ
($r = 0,555$; $p < 0,001$)

NT-proBNP là một peptide được tiết ra chủ yếu từ cơ thất khi có tình trạng gia tăng sức căng thành tim và thiếu oxy cơ tim, nó phản ánh rối loạn tái cấu trúc thất trái sau NMCT. Trong NMCT cấp, NT-proBNP vừa chỉ điểm tình trạng thiếu máu cơ tim và phản ánh sức căng thành tim. Nồng độ NT-proBNP huyết tương có giá trị ước đoán độ rộng của vùng nhồi máu. Động học của NT-proBNP trong NMCT cấp gồm pha sớm và pha dài hạn. Nồng độ NT-proBNP huyết tương trong giai đoạn sớm được đo từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 6 từ khi khởi phát NMCT và nó có giá trị dự báo độc lập cho tình trạng tái rối loạn cấu trúc thất trái. Ở những bệnh nhân có ổ nhồi máu lớn nồng độ NT-proBNP huyết tương có 2 đỉnh: sau khởi phát NMCT 20 giờ và đỉnh thứ 2 vào ngày thứ 5 của bệnh, đỉnh thứ 2 phản ánh tình trạng rối loạn tái cấu trúc thất trái.

Mrinal Kunj và cs (2017) nghiên cứu 40 bệnh nhân NMCT có đoạn ST chênh lên, nồng độ trung bình NT-proBNP huyết tương thời điểm nhập viện được ghi nhận là $1585.65 \pm 99.9.133$ pg/ml [4]. Nồng độ NT-proBNP huyết tương trong nghiên cứu của Trần Việt An (2011) ở nhóm bệnh nhân NMCT có đoạn ST chênh lên là $2149,0 \pm 2,5$ (pg/ml) và ở nhóm bệnh nhân NMCT không ST chênh lên là $1310,3 \pm 2,0$ (pg/ml) [1].

Nghiên cứu 44 BN nhồi máu cơ tim cấp chúng tôi nhận thấy nồng độ trung bình NT-proBNP huyết tương thời điểm nhập viện là $1499,1 \pm 2799,7$ pg/mL, tương đương với giá trị NT-

proBNP trong nghiên cứu năm 2017 của Mrinal Kunj và cs. Nồng độ NT-proBNP huyết tương được định lượng khi nhập viện và ở các thời điểm lúc nhập viện và sau đó 72 giờ có sự tương quan thuận mức độ tương đối chặt với các hệ số tương quan $r = 0,55$ với $p < 0,001$.

V. KẾT LUẬN

- Đau ngực điển hình chiếm ưu thế (90,9%), đa số bệnh nhân nhập viện có mức suy tim cấp theo Killip độ I-II (93,8% trong số các bệnh nhân <55 tuổi và 82,1% trong số các bệnh nhân ≥ 55 tuổi).

- Phần lớn bệnh nhân có đặc điểm điện tim với ST chênh lên (86,4%)

- Nồng độ trong huyết tương các dấu ấn sinh học (Troponin T, CK, CK-MB) cao hơn giá trị điểm cắt có giá trị chẩn đoán với $p < 0,05$.

- Đa số (81,8%) bệnh nhân có tổn thương từ 2-3 nhánh ĐMV (2 nhánh 43,2% và 3 nhánh là 38,6%).

- Nồng độ NT-proBNP huyết tương trung bình ở thời điểm nhập viện là $1499,1 \pm 2799,7$ pg/ml, chỉ số này tăng có ý nghĩa thống kê ở thời điểm 72 giờ sau đó ($4382,9 \pm 5861,5$ pg/ml). Có sự tương quan thuận có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ NT-proBNP huyết tương giữa 2 thời điểm ($r = 0,555$ và $p < 0,001$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Việt An (2011)**, *Nghiên cứu vai trò của NT-proBNP huyết thanh trong đánh giá tổn thương động mạch vành và tiên lượng hội chứng vành cấp*, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại Học Y Dược Huế.
2. **Nguyễn Văn Tân (2015)**, *Nghiên cứu sự khác biệt về lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị nhồi máu cơ tim cấp ở bệnh nhân trên và dưới 65 tuổi*, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại Học Y Dược Tp.HCM.
3. **Nguyễn Thị Thanh Trung (2014)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, kết quả điều trị bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có đoạn ST chênh lên tại Bệnh viện Đa khoa Thái Bình", *Y Học Thực Hành*, 2(905), tr. 16-19.
4. **Mrinal Kunj, Bindey Kumar, Anshu Kumar (2017)**, "N-Terminal Pro-Brain Natriuretic Peptide as a Predictor of Complication and Mortality in Acute ST Segment Elevation Myocardial Infarction", *International Journal of Contemporary Medical Research*, 4(5), ISSN (Online): 2393-915X; (Print): 2454-7379.
5. **Luis C. L, Correia, et al (2014)**, "Prognostic Value of TIMI Score versus GRACE Score in ST-segment Elevation Myocardial Infarction", *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 103(2), pp. 98-106.
6. **Linda Marangmei, Salam Kenny Singh, et al (2014)**, "Profile of cardiac arrhythmia in acute myocardial infarction patients within 48 hours of admission: A hospital based study at RIMS Imphal", 28(3), pp. 175-179.
7. **Faheem Abd EL Azim Rageb, Dalia Mohammed Rageb, Ahmed Hossam Moafy,**

et al (2017), "Detection of severity of Acute Coronary Syndrome using N Terminal PRO-BNP

and as a prognostic marker", *Journal of American Science* 13(2), pp. 43-48.

KHẢO SÁT NGUY CƠ SUY DINH DƯỠNG QUA CHỈ SỐ NRI Ở BỆNH NHÂN SUY TIM MẠN TÍNH

Vũ Thanh Tâm¹, Nguyễn Hữu Dũng², Lê Việt Thắng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát nguy cơ suy dinh dưỡng bằng chỉ số NRI (Nutritional Risk Index) và mối liên quan với một số đặc điểm bệnh nhân suy tim mạn tính, điều trị tại Bệnh viện đa khoa Thống nhất, Đồng nai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang trên 87 bệnh nhân suy tim mạn tính do bệnh van tim, tăng huyết áp và bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính. **Kết quả:** Điểm NRI trung bình là 93,0 điểm. Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng là 78,2%. Trong số bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng, tỷ lệ nguy cơ cao là 20,6%, nguy cơ vừa 67,7% và nguy cơ thấp là 11,8%. Nguy cơ suy dinh dưỡng liên quan với BMI thấp, tình trạng thiếu máu, với tăng nồng độ NT-proBNP huyết tương có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$. **Kết luận:** Nguy cơ suy dinh dưỡng là phổ biến ở bệnh nhân suy tim mạn tính.

Từ khóa: Suy tim mạn tính, NRI, thiếu máu, BMI

SUMMARY

SURVEY OF MALNUTRITION RISK USING NUTRITIONAL RISK INDEX IN CHRONIC HEART FAILURE PATIENTS

Objective: To investigate the malnutrition risk using nutritional risk index (NRI) and its relation with some features of chronic heart failure patients, who treated at Thong Nhat Hospital, Dong Nai province. **Subjects and methods:** A prospective, cross-sectional study of 87 patients with chronic heart failure due to valve heart diseases, primary hypertension, and chronic ischemic heart disease. **Results:** Average NRI of heart failure patients was 93,0 points. Ratio of patients with malnutrition risk was 78.2%. In patients with malnutrition risk, high risk was 20.6%, moderate risk was 67.7% and low risk was 11.8%. Malnutrition risk related significantly low BMI, anemia and increase of serum NT-proBNP, $p < 0.05$. **Conclusion:** Malnutrition risk was common in chronic heart failure patients.

Keywords: Chronic heart failure, NRI, anemia, BMI.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là hậu quả cuối cùng của các bệnh tim mạch và một số bệnh khác. Mặc dù gần đây đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, nhưng sự tiến triển và tiên lượng của suy tim mạn tính vẫn còn là một thách thức. Tiến triển

và tiên lượng bệnh nhân suy tim liên quan đến nhiều yếu tố: nguyên nhân gây suy tim, mức độ suy tim, bệnh lâm sàng kết hợp và đáp ứng điều trị suy tim. Trong thực hành lâm sàng cho thấy, bệnh nhân suy tim mạn tính thường có tỷ lệ và mức độ suy dinh dưỡng cao do chế độ ăn kiêng, bệnh nhân mệt mỏi ăn uống kém... Ở các nước tiên tiến trên thế giới, dinh dưỡng được quan tâm và đề ra chế độ ăn phù hợp với từng loại bệnh là một yêu cầu trong điều trị. Các nhà khoa học trên thế giới đã sử dụng nhiều phương pháp để đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân. Phát hiện sớm bệnh nhân có suy dinh dưỡng là một chẩn đoán khó, bởi có nhiều chỉ số đánh giá dinh dưỡng, trong đó các chỉ số này thường có nhiều yếu tố ảnh hưởng. Để sàng lọc và chẩn đoán tình trạng này, các nhà khoa học đã sử dụng chỉ số nguy cơ suy dinh dưỡng (Nutritional Risk Index – NRI) trong lâm sàng, đánh giá trên bệnh nhân suy tim mạn tính. Chỉ số đánh giá nguy cơ suy dinh dưỡng là một chỉ số được các nhà lâm sàng sử dụng rộng rãi, áp dụng trên nhiều đối tượng bệnh nhân mắc bệnh mạn tính trong đó có bệnh nhân suy tim mạn tính. Chỉ số đánh giá nguy cơ suy dinh dưỡng có các mức đánh giá khác nhau. Nhóm bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng sẽ được khám và làm các xét nghiệm để chẩn đoán chắc chắn suy dinh dưỡng, được tư vấn thực hiện chế độ ăn hợp lý. Chưa có nghiên cứu nào sử dụng chỉ số NRI để đánh giá nguy cơ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân suy tim mạn tính. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: "Khảo sát nguy cơ suy dinh dưỡng và mối liên quan của nó với một số đặc điểm bệnh nhân suy tim mạn tính do bệnh van tim, tăng huyết áp và bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 87 bệnh nhân được chẩn đoán suy tim mạn tính do 3 nguyên nhân: bệnh van tim, bệnh THA nguyên phát và bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất – Đồng Nai.

*Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân được chẩn đoán suy tim mạn tính theo tiêu chuẩn Framingham.
- Nguyên nhân suy tim do: bệnh van tim, THA

¹Bệnh viện Thống Nhất - Đồng Nai

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện 103, Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Dũng

Email: nhdungbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 24/3/2018

Ngày phản biện khoa học: 19/4/2018

Ngày duyệt bài: 2/5/2018

và BTTMCBMT

- Bao gồm cả nam, nữ.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

***Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh nhân suy tim cấp hoặc đợt cấp của suy tim mạn tính
- Đang có những biến chứng nặng như nhiễm khuẩn, nhồi máu cơ tim cấp...
- Những bệnh nhân vừa sử dụng albumin truyền TM trong 7 ngày
- Bệnh nhân không hợp tác nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

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

**Các bước tiến hành và nội dung nghiên cứu*

- Bệnh nhân được khám lâm sàng và xét nghiệm cận lâm sàng đầy đủ, trong đó có các xét nghiệm huyết học, sinh hoá, điện tim, siêu âm Doppler tim.

- Phân độ suy tim theo NYHA
- Xác định chỉ số NRI dựa vào công thức:

$$NRI = (1,519 \times \text{albumin huyết tương, g/dl}) + \{41,7 \times \text{TLHT (kg)} / \text{TLLT (kg)}\}.$$

Trong đó: NRI: Chỉ số nguy cơ dinh dưỡng

TLHT: Trọng lượng hiện tại

TLLT: Trọng lượng lý tưởng

Tính chỉ số cân nặng lý tưởng theo chương trình phần mềm trên máy vi tính: dựa vào 4 chỉ tiêu: tuổi, giới, chiều cao.

- Phân chia mức độ NRI: Dựa vào chỉ số nguy cơ suy dinh dưỡng chia 4 mức độ:

- Nguy cơ cao khi NRI có giá trị < 83,5
- Nguy cơ vừa: NRI từ 83,5 đến < 97,5

- Nguy cơ thấp: NRI từ 97,5 đến < 100
- Không có nguy cơ: NRI ≥ 100.

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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 87 bệnh nhân nghiên cứu có tuổi trung bình là 71,6 tuổi, nam 37,9% và nữ là 62,1%. Về nguyên nhân suy tim có: 31,0% do bệnh van tim, 52,9% do THA và 16,1% do bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính. Mức độ suy tim: 52,9% suy tim độ II, 37,9% độ III và 9,2% độ IV.

Bảng 1. Đặc điểm chỉ số NRI ở nhóm nghiên cứu (n=87)

Đặc điểm	Số BN	Tỷ lệ %
Nguy cơ SDD	68	78,2
Nồng độ hs-CRP trung bình (mg/L)	93,0 ± 11,5	
Min – Max	61,4 – 124,3	

- Giá trị NRI trung bình trong nghiên cứu là 93,0 điểm

- Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ SDD là 78,2%.

Bảng 2. Phân chia bệnh nhân theo mức độ nguy cơ SDD (n=68)

Đặc điểm	Số lượng BN	Tỷ lệ %
Nguy cơ cao (NRI < 83,5)	14	20,6
Nguy cơ vừa (83,5 đến < 97,5)	46	67,7
Nguy cơ thấp (NRI 97,5 đến < 100)	8	11,8

- Trong nhóm bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng, nguy cơ suy dinh dưỡng mức độ vừa có tỉ lệ cao nhất 67,7%, thấp nhất là nguy cơ suy dinh dưỡng thấp chỉ chiếm 11,8%.

Bảng 3. Mối liên quan giữa chỉ số với nguyên nhân và phân độ suy tim

Chỉ số	Nồng độ hs-CRP (mg/L)	P
Nguyên nhân suy tim	Bệnh van tim(n=27) (1)	94,5 ± 8,8
	Tăng huyết áp(n=46) (2)	94,2 ± 12,2
	BTTMCB mạn tính (n=14) (3)	86,6 ± 12,2
Phân độ NYHA	II (n=46) (1)	94,3 ± 9,4
	III (n=33) (2)	91,8 ± 13,8
	IV (n=8) (3)	90,7 ± 12,5
EF%	EF ≥ 50%, (n=54)	94,4 ± 10,2
	EF < 50%, (n=33)	90,9 ± 13,1

- Không có mối liên quan giữa chỉ số NRI với nguyên nhân và mức độ suy tim, EF%.

Bảng 4. Mối liên quan giữa chỉ số NRI với BMI (n=87)

	NRI trung bình	Số BN, Tỷ lệ %	P
BMI ≥ 23, (n=21)	104,6 ± 10,0	6 (28,6)	<0,001, OR=0,03 (0,01-0,10)
BMI < 23, (n=66)	89,4 ± 9,3	62 (93,9)	
P	< 0,001	< 0,001	

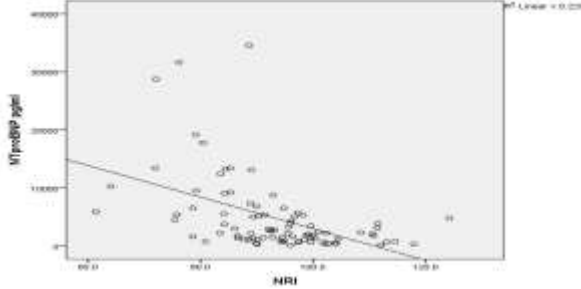
- Nhóm bệnh nhân có BMI < 23 có NRI trung bình thấp hơn và có tỷ lệ nguy cơ SDD cao hơn nhóm bệnh nhân có BMI ≥ 23, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

Bảng 5. Mối liên quan giữa chỉ số NRI với thiếu máu (n=87)

	NRI trung bình	Số BN, Tỷ lệ %	P
Thiếu máu (n=50)	90,5 ± 11,6	43 (86,0)	< 0,05, OR=2,95 (CI: 1,03 – 8,46)
Không TM (n=37)	96,4 ± 10,5	25 (67,6)	

P	< 0,05	< 0,05	
---	--------	--------	--

- Nhóm bệnh nhân thiếu máu có NRI trung bình thấp hơn nhóm bệnh nhân không thiếu máu, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Bệnh nhân thiếu máu có nguy cơ tăng SDD gấp 2,95 lần bệnh nhân không thiếu máu (khoảng tin cậy 95% CI 1,03-8,46).



Biểu đồ 1. Tương quan giữa nồng độ NT-pro BNP máu và NRI ($n=87$)

Nhận xét: Có mối tương quan nghịch mức độ vừa giữa nồng độ NT-proBNP với chỉ số NRI, hệ số tương quan $r=-0,478$, $p<0,001$.

IV. BÀN LUẬN

- Về nguy cơ suy dinh dưỡng qua chỉ số NRI ở nhóm bệnh nhân suy tim mạn tính:

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, điểm NRI trung bình là 93 điểm, có 78,2% bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng. Trong số các bệnh nhân có nguy cơ SDD, thì chỉ có 11,8% bệnh nhân có nguy cơ thấp, có tới 67,7% bệnh nhân có nguy cơ trung bình và 20,6% bệnh nhân có nguy cơ cao. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả nước ngoài đã công bố. Tuy nhiên, chưa có công bố nào nghiên cứu về dinh dưỡng ở bệnh nhân suy tim mạn tính sử dụng chỉ số NRI trong nước nên chúng tôi không có số liệu để so sánh. Phan Thị Thu Hương sử dụng chỉ số NRI để đánh giá nguy cơ suy dinh dưỡng ở 92 bệnh nhân suy thận mạn tính lọc máu chu kỳ, kết quả cho thấy giá trị trung bình chỉ số NRI nhóm nghiên cứu là 95 điểm, có 72,8% bệnh nhân có nguy cơ SDD, và trong số bệnh nhân có nguy cơ cao và vừa cũng chiếm 76,1%. Như vậy, nếu so sánh với nhóm bệnh nhân lọc máu chu kỳ do suy thận mạn thì mức độ và tỷ lệ nguy cơ cao của chúng tôi cao hơn. Lý giải cho điều này chúng tôi cho là hợp lý bởi bệnh nhân suy tim mạn tính nhất là NYHA III, IV, bệnh nhân khó thở thường xuyên, mệt, ăn uống kém, trong khi bệnh nhân lọc máu sau cuộc lọc trở nên khoẻ mạnh, ăn uống sẽ tốt hơn, sẽ làm giảm nguy cơ SDD của bệnh nhân.

- Về mối liên quan giữa nguy cơ suy dinh dưỡng với một số đặc điểm bệnh nhân suy tim mạn tính: Chúng tôi không thấy sự khác biệt có ý nghĩa về điểm NRI ở các bệnh nhân suy tim với các nguyên nhân gây suy tim khác nhau. Thực tế lâm sàng cho thấy, suy tim là hậu quả cuối cùng của hầu hết các bệnh của tim và mạch máu. Khi suy tim mạn tính, có nghĩa các nguyên nhân gây suy tim cần được giải quyết nếu có thể. Trong 3 nguyên nhân suy tim trong nghiên cứu của chúng tôi, không có nguyên nhân nào đặc biệt liên quan đến giảm tổng hợp albumin hay mất albumin qua các đường, do vậy sẽ ít khác biệt về chỉ số NRI, bởi chỉ số này đánh giá chủ yếu qua nồng độ albumin máu. Ngoài albumin, chỉ số NRI còn liên quan đến trọng lượng cơ thể bệnh nhân thực tại, do vậy chỉ số này là một chỉ số đánh giá tương đối toàn diện.

Với mức độ suy tim, chúng tôi nhận thấy mặc dù suy tim nặng, có thể các biểu hiện lâm sàng sẽ nặng nề, bệnh nhân mệt mỏi, chán ăn, gan sẽ giảm chức năng do hội chứng gan tim, đặc biệt ở bệnh nhân suy tim phải và suy tim toàn bộ. Tuy nhiên, hầu hết các bệnh nhân của chúng tôi đều đã được điều trị và được chăm sóc toàn diện, chính vì vậy thay đổi NRI không có ý nghĩa giữa các nhóm với mức độ nặng của suy tim khác nhau. Tuy nhiên, chúng tôi lại thấy mối tương quan giữa chỉ số NRI với nồng độ NT-proBNP ở bệnh nhân suy tim mạn tính.

Với BMI, chúng tôi nhận thấy nhóm bệnh nhân có BMI < 23 có NRI trung bình thấp hơn và có tỷ lệ nguy cơ SDD cao hơn nhóm bệnh nhân có BMI ≥ 23 , sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả khác. Từ kết quả này chúng tôi nhận thấy, ngay cả những bệnh nhân BMI thấp cũng có một tỷ lệ bệnh nhân không có nguy cơ SDD và ngược lại nhóm bệnh nhân thừa cân cũng có những bệnh nhân có nguy cơ SDD. Bệnh nhân suy tim mạn tính là những người bệnh đặc biệt, chất lượng cuộc sống rất thấp. Dinh dưỡng là một vấn đề lớn ở bệnh nhân mắc bệnh mạn tính trong đó có bệnh nhân suy tim. Chỉ số NRI được tính toán dựa trên công thức có sẵn bao gồm giá trị của nồng độ albumin máu, tỷ lệ giữa trọng lượng cân hiện tại và trọng lượng cân lý tưởng của bệnh nhân. Như vậy, các yếu tố trong BMI chỉ có yếu tố trọng lượng có liên quan. Những kết quả này gợi ý cho các nhà lâm sàng cần phải sử dụng các công cụ đánh giá chỉ số nguy cơ suy dinh dưỡng

của bệnh nhân hơn là sử dụng chỉ số BMI.

Với thiếu máu, NRI cũng có mối liên quan với thiếu máu ở bệnh nhân suy tim mạn tính. Thiếu máu sẽ gây giảm cung cấp oxy cho tổ chức, nuôi dưỡng mô sẽ kém, và đặc biệt mô cơ. Chính vì vậy, bệnh nhân thiếu máu thường giảm tỷ lệ mô cơ, đặc biệt thiếu máu mạn tính. Sự xuất hiện teo các cơ ở ô mô cái, ô mô út và mất gai lưỡi thể hiện thiếu máu mạn tính. Mặt khác khi giảm albumin sẽ giảm quá trình tạo hồng cầu bởi albumin có vai trò vô cùng quan trọng trong cơ thể. Như thế mối liên quan giữa chỉ số NRI và thiếu máu là hợp lý và luôn có bởi NRI được tính toán qua albumin máu và trọng lượng cơ thể chủ yếu thể hiện ở các khối cơ.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu nguy cơ suy dinh dưỡng qua chỉ số NRI và mối liên quan với một số đặc điểm của 87 bệnh nhân suy tim mạn tính, chúng tôi có một số nhận xét sau:

- Nguy cơ suy dinh dưỡng là phổ biến ở bệnh nhân suy tim mạn tính: Điểm NRI trung bình là 93,0 điểm. Tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng là 78,2%. Trong số bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng, tỷ lệ nguy cơ cao là 20,6%, nguy cơ vừa 67,7% và nguy cơ thấp là 11,8%.

- Nguy cơ suy dinh dưỡng có liên quan với một số đặc điểm bệnh nhân suy tim mạn tính:

Nguy cơ suy dinh dưỡng liên quan với BMI thấp, tình trạng thiếu máu, với tăng nồng độ NT-proBNP huyết tương có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Phú Kháng (2002), "Suy tim", Bệnh học nội khoa, Tập 1, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, tr 52-65.
2. Phan Thị Thu Hương (2016), "Nghiên cứu nồng độ hs-CRP và nguy cơ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân suy thận mạn tính lọc máu chu kỳ", Luận văn chuyên khoa 2, Học viện Quân y.
3. Abebe TB, Gebreyohannes EA, Bhagavathula AS, et al (2017), "Anemia in severe heart failure patients: does it predict prognosis?" BMC Cardiovasc Disord. 2017 Sep 16;17(1):248. doi: 10.1186/s12872-017-0680-5.
4. Adejumo OL, Koelling TM, Hummel SL (2015), "Nutritional Risk Index predicts mortality in hospitalized advanced heart failure patients." J Heart Lung Transplant. 2015 Nov;34(11):1385-9.
5. Aziz EF, Javed F, Pratap B, et al (2011), "Malnutrition as assessed by nutritional risk index is associated with worse outcome in patients admitted with acute decompensated heart failure: an ACAP-HF data analysis." Heart Int. 2011;6(1):e2. doi: 10.4081/hi.2011.e2.
6. El-Koofy N, Mahmoud AM, Fattouh AM (2017), "Nutritional rehabilitation for children with congenital heart disease with left to right shunt." Turk J Pediatr. 2017;59(4):442-451.
7. <http://www.calculator.net/ideal-weight-calculator.html>

KẾT QUẢ THANG PANSS TRÊN BỆNH NHÂN TÂM THẦN PHÂN LIỆT ĐÁP ỨNG KÉM, ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG CLOZAPINE

Phùng Thanh Hải¹, Cao Tiến Đức¹, Bùi Quang Huy¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đánh giá kết quả điều trị bệnh tâm thần phân liệt đáp ứng điều trị kém bằng Clozapine và đánh giá bằng thang PANSS ở Việt Nam chưa có ai làm. **Đối tượng:** Nghiên cứu trên 61 bệnh nhân tâm thần phân liệt được chẩn đoán là đáp ứng kém với điều trị. **Phương pháp:** Tiến cứu, cắt ngang, mô tả từng trường hợp. So sánh điểm thang PANSS trước và sau điều trị. **Kết quả:** Số ngày điều trị Clozapine là $44,84 \pm 23,74$ ngày, liều lượng $\bar{x} = 228,69 \pm 40,48$ mg/ngày; Điểm tổng thang PANSS trước điều trị là $134,23 \pm 5,68$ (T0), sau điều trị bằng Clozapine là $64,59 \pm 2,88$ (T2). Các triệu chứng của PANSS dương tính (P1 đến P7), PANSS âm tính (N1 đến N7), các

triệu chứng bệnh lý tâm thần chung (G1 đến G16) và các triệu chứng nguy cơ gây hấn (S1 đến S3) trước điều trị và sau điều trị có sự thuyên giảm rõ rệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. **Kết luận:** Clozapin có hiệu quả điều trị tốt với các bệnh nhân tâm thần phân liệt đáp ứng điều trị kém với thuốc an thần kinh cổ điển.

Từ khóa: Tâm thần phân liệt đáp ứng điều trị kém, điểm thang PANSS.

SUMMARY

EVALUATING THE RESULTS OF TREATMENT OF SCHIZOPHRENIA POOR RESPONSE BY CLOZAPINE WITH PANSS SCALE

Objective: Study the results of treatment of schizophrenia poor response to treatment with Clozapine and to evaluate it with PANSS scale. **Subjects:** 61 schizophrenia patients diagnosed with poor response to treatment. **Method:** Cross-sectional prospective study, which describes each specific case. Comparison of PANSS score before and after treatment with Clozapine. **Results:** The number of

¹Bệnh viện 103, Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Thanh Hải

Email: phungthanhhai18@yahoo.com

Ngày nhận bài: 28/3/2018

Ngày phản biện khoa học: 16/4/2018

Ngày duyệt bài: 2/5/2018

days of Clozapine treatment was 44.84±23.74 days, dose of Clozapine is 228.69 ± 40.48 mg/day; The pre-treatment PANSS score was 134.23±5.68 (T0), followed by Clozapine was 64.59±2.88 (T2). Symptoms of PANSS positive (P1 to P7), PANSS negative (N1 to N7), general psychiatric symptoms (G1 to G16) and symptoms of S-PANSS (S1 to S3), there was a clear and significant difference in all surveys with p<0.001. **Conclusion:** Clozapine is effective in treating schizophrenia who are poorly treated with classic neuroleptics.

Key words: Schizophrenia poor response to treatment. PANSS scale.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tâm thần phân liệt là một bệnh loạn thần nặng, cần điều trị liên tục bằng thuốc an thần kinh. Để đánh giá kết quả điều trị tâm thần phân liệt, các nhà tâm thần thường dùng thang PANSS.

Theo Sadock B.J. (2015), thang PANSS không chỉ đánh giá được các triệu chứng dương tính, âm tính khách quan, mà còn đánh giá được các bệnh lý tâm thần chung như trầm cảm, hành vi và trí tuệ chính xác.

Ở Việt Nam, đã có một số công trình nghiên cứu dùng thang PANSS để đánh giá tâm thần phân liệt giai đoạn cấp như Nguyễn Thanh Bình

(2010), nhưng chưa ai nghiên cứu trên các bệnh nhân tâm thần phân liệt đáp ứng điều trị kém với các thuốc an thần kinh cổ điển. Chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả thang PANSS trên bệnh nhân tâm thần phân liệt đáp ứng điều trị kém với thuốc an thần kinh cổ điển, được điều trị bằng Clozapine.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

+Đối tượng nghiên cứu: gồm có 61 bệnh nhân tâm thần phân liệt được chẩn đoán là đáp ứng điều trị kém với thuốc an thần kinh cổ điển và được điều trị nội trú tại Bệnh viện tâm thần Trung ương I từ năm 2014 đến 2017.

+Phương pháp nghiên cứu: bằng phương pháp tiến cứu, cắt ngang, phân tích từng trường hợp bệnh nhân tâm thần phân liệt đáp ứng điều trị kém với thuốc an thần kinh cổ điển. Đánh giá so sánh trước (T2) và sau (T3) điều trị bằng Clozapine.

+Công cụ chẩn đoán: theo ICD-10 năm 1992, mục F20 (tâm thần phân liệt từ F20.0 đến F20.9). Thang PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) năm 1992.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1: Liều lượng và thời gian điều trị bằng Clozapine.

Kết quả	Chỉ số	n	\bar{X}	SD	SE	CI
Số ngày sử dụng Clozapine (ngày)		61	44,84	23,74	3,04	38,75 ÷ 50,92
Liều lượng Clozapine (mg/ngày)		61	228,69	40,48	6,21	216,27 ÷ 241,11

Nhận xét: - Số ngày sử dụng Clozapine 44,84 ± 23,74 ngày; SE (sai số chuẩn) = 3,04; CI (khoảng tin cậy) 38,75 ÷ 50,92 ngày.

- Liều lượng Clozapine (mg/ngày) là \bar{X} = 228,69 ± 40,48 mg/ngày; SE = 6,21; CI = 216,27 ± 241,11 mg/ngày. Kết quả này phù hợp với ý kiến của Bùi Quang Huy (2016) khi cho rằng liều duy trì cho bệnh nhân tâm thần phân liệt là từ 150mg/ngày đến 300mg/ngày.

Bảng 2: Điểm số thang PANSS ở bệnh nhân tâm thần phân liệt điều trị bằng Clozapine qua từng thời điểm khảo sát

PANSS	Thời điểm	Clozapine			P (0-1)	P (1-2)
	T0(n=61)	T1(n=61)	T2(n=61)			
Σ điểm thang PANSS		134,23±5,68	87,21±3,65	64,59±2,88	p<0,001	p<0,001
ΣP Nhóm T/C dương tính		27,11±4,24	13,62±1,47	12,52±1,29		
ΣN Nhóm T/C âm tính		29,25±1,90	26,97±2,07	14,20±1,60		
ΣG Nhóm T/C bệnh lý tâm thần chung		64,64±2,87	40,38±2,15	31,87±1,87		
ΣS Nhóm T/C nguy cơ gây hấn		13,23±1,12	6,25±0,72	6,00±0,00		p<0,05
ΣCụm T/C vô lực		9,38±1,82	7,47±1,26	6,52±0,81		
ΣCụm T/C rối loạn tư duy		13,20±1,75	8,08±0,94	7,26±0,73		p<0,001
ΣCụm T/C rối loạn hoạt động		12,72±0,95	6,49±0,62	5,84±0,37		
ΣCụm T/C paranoid		13,59±1,28	6,59±0,82	5,85±0,36		
ΣCụm T/C trầm cảm		12,54±1,18	8,59±1,19	7,82±0,56		

Σ PANSS (p=0,0000 và t₂-t₃=59,4130; t₃-t₄=54,7158), Σ P (p=0,0000 và t₂-t₃=29,8194; t₃-t₄=7,3646), Σ N (p=0,0000 và t₂-t₃=12,5707; t₃-t₄=55,6429), Σ G (p=0,0000 và t₂-t₃=60,8533; t₃-t₄=39,3340), Σ S (p=0,0000 và t₂-t₃=40,4706; p=0,0100 và t₃-t₄=2,6586), Cụm vô lực (p=0,0000

và $t_2-t_3=15,1836$; $t_3-t_4=10,7090$), Cụm RL Tư duy ($p=0,0000$ và $t_2-t_3=27,1185$; $t_3-t_4=8,3800$), Cụm RL Hoạt động ($p=0,0000$ và $t_2-t_3=55,0975$; $t_3-t_4=6,8266$), Cụm Paranoid ($p=0,0000$ và $t_2-t_3=41,5262$; $t_3-t_4=6,9027$), Cụm Trầm cảm ($p=0,0000$ và $t_2-t_3=31,1563$; $t_3-t_4=7,1261$).

Nhận xét: Điểm số thang PANSS điều trị bằng Clozapine qua 2 lần khảo sát (lần 2 - 3 và lần 3 - 4) đều có sự khác biệt ở các mức độ khác nhau nhưng đều với $p<0,001$, chỉ có lần 3 - 4 ở

thang S-PANSS (nguy cơ gây hấn) thấy có sự khác biệt và có ý nghĩa với $p<0,05$.

Theo Mohammed S. (2005), điểm PANSS vô lực của bệnh nhân trước điều trị là $11,9\pm 3,35$ và sau 3 tháng điều trị bằng Clozapine liều 300mg/ngày là $6\pm 1,34$. Cũng theo tác giả, điểm rối loạn tư duy giảm từ $18,72\pm 3,46$ xuống còn $9,63\pm 2,57$, điểm trầm cảm giảm từ $14,63\pm 3,26$ xuống còn $8,18\pm 1,83$, còn số điểm paranoid giảm từ $14,18\pm 3,54$ xuống còn $7,27\pm 1,27$ điểm.

Bảng 3: Điểm P-PANSS ở nhóm triệu chứng dương tính điều trị bằng Clozapine qua từng thời điểm khảo sát

P-PANSS	Thời điểm	Clozapine			p(0-1)	p(1-2)
		T0(n=61)	T1(n=61)	T2(n=61)		
P1 Hoang tưởng		3,11±1,97	1,56±0,50	1,18±0,39	p<0,001	p<0,001
P2 Sự tan rã các ý niệm		3,97±0,89	2,46±0,53	1,98±0,13		
P3 Áo giặc		2,98±1,87	1,52±0,50	1,20±0,40		
P4 Kích động		4,20±0,51	2,05±0,28	1,84±0,37		
P5 Ý nghĩ khuếch đại, tự cao		3,69±0,50	1,75±0,47	1,36±0,48		
P6 Đa nghi, ý tưởng bị hại		4,72±0,80	2,13±0,34	1,88±0,32		
P7 Thù địch, chống đối		4,44±0,59	2,15±0,40	1,98±0,13		

$P1(t_2 - t_3=8,1682)$ và $(t_3 - t_4=6,0263)$; $P2(t_2 - t_3=19,7952)$ và $(t_3 - t_4=7,3739)$; $P3(t_2 - t_3=8,2257)$ và $(t_3 - t_4=5,4100)$; $P4(t_2 - t_3=30,9056)$ và $(t_3 - t_4=3,6868)$; $P5(t_2 - t_3=48,8566)$ và $(t_3 - t_4=5,8496)$; $P6(t_2 - t_3=25,1715)$ và $(t_3 - t_4=4,0775)$; $P7(t_2 - t_3=27,9442)$ và $(t_3 - t_4=3,4300)$.

Nhận xét: Điểm P-PANSS giữa 2 lần khảo sát (lần 2-3 và lần 3-4) đều có sự khác biệt rất rõ ràng và có ý nghĩa thống kê ở các mức độ khác

nhau đều với $p<0,001$. Chỉ có ở P7-PANSS (lần 3-4) thấy có sự khác biệt với $p<0,01$.

Theo Janakiraman R., (2005), nghiên cứu trên 1 nhóm bệnh nhân tâm thần phân liệt kháng thuốc, được điều trị bằng Clozapine cho thấy sau 20 tháng, điểm thang PANSS P giảm từ $13,2\pm 7,2$ xuống còn $11,1\pm 5$. Còn theo Gollapudi S. (2007), điểm PANSS P trước điều trị bằng Clozapine là 27,10 điểm, sau điều trị 8 tuần còn 24,95 điểm.

Bảng 4: Điểm N-PANSS ở nhóm triệu chứng âm tính điều trị bằng Clozapine qua 2 lần khảo sát

N-PANSS	Thời điểm	Clozapine			p(0-1)	p(1-2)
		T0(n=61)	T1(n=61)	T2(n=61)		
N1 Cùn mòn cảm xúc		2,08±1,61	1,87±1,28	1,33±0,47	p<0,001	p<0,001
N2 Cảm xúc khép kín		4,72±0,55	4,21±0,66	2,02±0,13		
N3 Quan hệ giao tiếp nghèo nàn		4,62±0,49	4,31±0,59	2,02±0,13		
N4 Thụ động, vô cảm/tách khỏi xã hội		4,84±0,61	4,44±0,53	2,23±0,42		
N5 Khó khăn trong tư duy trừu tượng		4,82±0,39	4,47±0,57	2,28±0,45		
N6 Thiếu chủ động và nói không trôi chảy		4,56±0,53	3,95±0,28	2,33±0,47		
N7 Suy nghĩ cứng nhắc		4,18±0,46	3,70±0,49	2,00±0,00		

$N1(t_2 - t_3=4,0311)$ và $(t_3 - t_4=5,1021)$; $N2(t_2 - t_3=7,4034)$ và $(t_3 - t_4=26,2459)$; $N3(t_2 - t_3=5,2099)$ và $(t_3 - t_4=30,5263)$; $N4(t_2 - t_3=6,2385)$ và $(t_3 - t_4=28,3975)$; $N5(t_2 - t_3=5,6125)$ và $(t_3 - t_4=27,3337)$; $N6(t_2 - t_3=9,6177)$ và $(t_3 - t_4=22,9345)$; $N7(t_2 - t_3=7,3739)$ và $(t_3 - t_4=26,9126)$.

Nhận xét: Điểm PANSS ở nhóm triệu chứng âm tính giữa 2 lần khảo sát (lần 2-3 và lần 3-4) đều có sự khác biệt rất rõ và có ý nghĩa thống kê ở các mức độ khác nhau đều với $p<0,001$.

Theo Dragan B.R. (2009) sau 1 năm điều trị cho bệnh nhân tâm thần phân liệt bằng Clozapine nhận thấy điểm PANSS N là $18\pm 4,76$.

Bảng 5: Điểm G-PANSS ở nhóm triệu chứng bệnh lý tâm thần chung điều trị bằng Clozapine qua từng thời điểm khảo sát

	Thời điểm	Clozapine	p(0-1)	p(1-2)
--	-----------	-----------	--------	--------

G-PANSS	T0(n=61)	T1(n=61)	T2(n=61)		
G1 Quan tâm lo lắng đến cơ thể	3,84±0,66	3,39±0,56	1,97±0,36	p<0,001	p<0,001
G2 Lo âu	3,92±0,59	3,38±0,61	1,90±0,30		
G3 Cảm thấy tội lỗi	3,77±0,50	2,84±0,55	1,97±0,18		
G4 Căng thẳng	4,69±0,53	2,85±0,44	2,00±0,00		
G5 Kiểu cách và điệu bộ	3,84±0,37	2,95±0,22	2,00±0,00		
G6 Trầm cảm	3,87±0,34	2,93±0,36	1,98±0,13		
G7 Vận động chậm chạp	3,93±0,31	2,29±0,49	2,18±0,43		
G8 Không hợp tác	4,43±0,56	2,31±0,50	1,98±0,13		
G9 Nội dung tư duy khác thường	4,49±0,50	2,34±0,48	2,00±0,00		
G10 Mất định hướng	0	0	0		
G11 Chú ý kém	4,57±0,50	2,47±0,50	2,33±0,47		
G12 Mất khả năng phán đoán và nhận thức	4,64±0,52	2,74±0,44	2,28±0,45		
G13 Rối loạn hoạt động có ý chí	4,28±0,58	2,11±0,32	2,00±0,00		
G14 Khó kiểm soát xung động	4,82±0,39	2,08±0,28	2,03±0,18		
G15 Luôn bận tâm	3,74±0,44	2,16±0,37	2,03±0,18		
G16 Né tránh hoạt động xã hội	4,82±0,39	2,51±0,54	2,25±0,43		

G1(t₂ - t₃=6,9027) và (t₃-t₄=18,8656); G2 (t₂ - t₃=7,9036) và (t₃ - t₄=22,8846); G3 (t₂ - t₃=18,1158) và (t₃ - t₄=22,8846); G4 (t₂ - t₃=31,5942) và (t₃ - t₄=15,0952); G5 (t₂ - t₃=18,7061) và (t₃ - t₄=34,0588); G6 (t₂ - t₃=14,2500) và (t₃ - t₄=34,0588); G7 (t₂ - t₃=26,4443) và (t₃ - t₄=2,4249); G8 (t₂ - t₃=26,0089) và (t₃ - t₄=5,4100); G9 (t₂ - t₃=26,7032) và (t₃ - t₄=5,6125); G10 (t₂ - t₃=0) và (t₃ - t₄=0); G11 (t₂ - t₃=26,2374) và (t₃ - t₄=3,2225); G12 (t₂ - t₃=24,8635) và (t₃ - t₄=2,7889); G13 (t₂ - t₃=32,3656) và (t₃ - t₄=2,7889); G14(t₂ - t₃=44,5796) và (t₃ - t₄=1,7617); G15 (t₂ - t₃=24,6505) và (t₃ - t₄=3,4300); G16 (t₂ - t₃=29,1067) và (t₃ - t₄=4,6188).

Nhận xét: Điểm G-PANSS giữa 2 lần khảo sát (lần 2-3 và lần 3-4) cho thấy rất đa dạng trừ

Bảng 6: Điểm S-PANSS ở nhóm triệu chứng nguy cơ gây hấn điều trị bằng Clozapine qua từng thời điểm khảo sát

S-PANSS	Thời điểm	Clozapine			p(0-1)	p(1-2)
		T0(n=61)	T1(n=61)	T2(n=61)		
S1 Giận dữ		4,43±0,56	2,11±0,32	2,00±0,00	p < 0,001	p < 0,01
S2 Bực tức khi sự thỏa mãn các đòi hỏi bị chậm chễ		4,21±0,49	2,08±0,28	2,00±0,00		p < 0,05
S3 Cảm xúc không ổn định		4,59±0,50	2,05±0,22	2,00±0,00		p > 0,05

S1(t₂ - t₃=29,1067) và (t₃-t₄=2,7889); S2 (t₂ - t₃=28,1678) và (t₃ - t₄=2,3146); S3 (t₂ - t₃=35,1306) và (t₃ - t₄=1,7617).

Nhận xét: Điểm PANSS ở nhóm triệu chứng nguy cơ gây hấn giữa 2 lần khảo sát (lần 2-3 và lần 3-4) cho thấy lần 2-3 có sự khác biệt rõ rệt với p<0,001. Còn lần 3-4 thì rất đa dạng cụ thể như chỉ có S1 có sự khác biệt rõ với p<0,01; S2 có sự khác biệt với p<0,05 và S3 không có sự khác biệt với p>0,05.

G10 không có biểu hiện mất định hướng, còn lại ở lần khảo sát thứ 2 và 3 tất cả đều có sự khác biệt rất rõ ràng và có ý nghĩa thống kê với p<0,001. Ngược lại ở lần khảo sát thứ 3 và 4 thì rất đa dạng từ G1 đến G6, G8, G9, G12 và G16 có sự khác biệt rất rõ ràng với p<0,001. Còn lại G11, G13 và G15 có sự khác biệt và có ý nghĩa với p<0,01; G4 và G7 có sự khác biệt với p<0,05 và G14 không có sự khác biệt với p>0,05.

Theo Mohammed S. (2005), điểm PANS G của bệnh nhân trước điều trị là 64,27±16,17 và sau 3 tháng điều trị bằng Clozapine liều 300mg/ngày là 32,16±11.1.

Dragan B.R. (2009) sau 1 năm điều trị bệnh nhân tâm thần phân liệt bằng Clozapine, điểm PANSS G giảm từ 41,25±12,55 xuống còn 39,54±11,27 điểm.

Dragan B.R. (2009) sau 1 năm điều trị cho bệnh nhân tâm thần phân liệt bằng Clozapine nhận thấy điểm PANSS S giảm từ 4,8±1,2 xuống còn 3,62±0,97 điểm.

V. KẾT LUẬN

- Số ngày điều trị Clozapine là 44,84 ± 23,74 ngày, liều lượng x̄ = 228,69 ± 40,48mg/ngày;

- Điểm tổng thang PANSS trước điều trị là 134,23±5,68 sau điều trị bằng Clozapine 1 tháng là 87,21±3,65 và sau 2 tháng là 64,59±2,88 điểm.

- Điểm thang P-PANSS giảm từ 27,11±4,24 (T0) xuống còn 12,52±1,29 (T2). Các mục từ P1 đến P7 đều thuyên giảm có ý nghĩa thống kê với $p(0-1)$ và $p(1-2)<0,001$.

- Điểm thang N-PANSS giảm từ 29,25±1,90 (T0) xuống còn 14,20±1,60. Các triệu chứng từ N1 đến N7 đều thuyên giảm có ý nghĩa thống kê với $p(0-1)$ và $p(1-2)<0,001$.

- Điểm thang G-PANSS giảm từ 64,64±2,87 (T0) xuống còn 31,87±1,87 điểm (T2). Các triệu chứng từ G1 đến G16 đều thuyên giảm có ý nghĩa thống kê với $p(0-1)$ và $p(1-2)<0,001$.

- Điểm thang S-PANSS thuyên giảm từ 13,23±1,12 (T0) xuống còn 6,25±0,72 điểm (T1), các triệu chứng S1 đến S3 đều thuyên giảm có ý nghĩa thống kê với $p(0-1)<0,001$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Quang Huy, Đinh Việt Hùng, Phùng Thanh Hải** (2016). Tâm thần phân liệt – Nguyên nhân, chẩn đoán và điều trị. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. trang 92-94.
2. **Dragan B. Ravanic, Slavica M. Djukic Dejanovic** et al (2009). Effectiveness of Clozapine, haloperidol and clopromazine in schizophrenia during a five years period. *Arq Neuropsiquiatr* 2009;67(2-A):195-202
3. **Mohammad S.** (2005). Comparison of Classical and Clozapine Treatment on Schizophrenia Using Positive and Negative Syndrome Scale of Schizophrenia (PANSS) and SPECT Imaging. *International Journal of Medical Sciences*. ISSN 1449-1907 www.medsci.org 2005 2(2):79-86.
4. **Janakiraman R., John V.S. K., Chandrasekaran R.** (2005). Effectiveness of Clozapine in treatment-resistant schizophrenia. *Indian J Psychiatry* 2005;47:102-105.
5. **Gollapudi S., Carmen N.** (2007) Positive and Negative Syndrome Scale as a long-term outcome measurement tool in patients receiving Clozapine ODT- A Pilot Study. *Pharmacy Practice*;5(1): 42-45.

NGHIÊN CỨU ĐỘC TÍNH THẬN TRÊN BỆNH NHÂN ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG COLISTIN TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN E

Đỗ Thị Huệ¹, Vũ Hải Vinh¹, Nguyễn Đình Thuần¹,
Vũ Đức Định¹, Nguyễn Trung Nghĩa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá độc tính thận trên bệnh nhân điều trị bằng kháng Colistin. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu quan sát ở 56 bệnh nhân được điều trị bằng Colistin tại Khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện E từ năm 2016 đến năm 2017. **Kết quả:** Viêm phổi bệnh viện gặp 88,29%; nhiễm khuẩn huyết 8,93%; nhiễm khuẩn thần kinh 3,57%, nhiễm khuẩn ổ bụng 7,14%; nhiễm khuẩn tiết niệu 8,93%; nhiễm khuẩn khác 1,79%. Đặc điểm vi khuẩn: số bệnh phẩm phân lập được 71,43%. Chúng vi khuẩn: *Acinetobacter baumannii* 50%; *Pseudomonas aeruginosa* 22,5%; *Klebsiella pneumoniae* 20%; *Escherichia coli* 2,5%; khác 5%. Kết quả điều trị: đỡ/khỏi: 71,43%, nặng xin về/ tử vong 28,57%. **Kết luận:** Về độc tính thận, thời gian khởi phát độc tính: 5 ngày; mức độ độc tính: nguy cơ 57%, tổn thương 26 %; suy 17%.

Từ khóa: Colistin, độc tính thận

SUMMARY

¹Bệnh viện E, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Huệ

Email: dothihuemoh@gmail.com

Ngày nhận bài: 24/3/2018

Ngày phản biện khoa học: 20/4/2018

Ngày duyệt bài: 5/5/2018

STUDY ON NEPHROTOXICITY IN PATIENTS TREATED WITH COLISTIN AT THE INTENSIVE CARE DEPARTMENT OF HOSPITAL E

Colistin is an old antibiotic, which was discovered in 1949 but it was revealed that colistin has side effects of nephrotoxicity; therefore, the use of this antibiotic was stopped and it was replaced by other antibiotics which were effective and were effective and were considered safer at the time. The incidence of colistin-induced nephrotoxicity was reported to range from 0 to 76,1%. At E hospital, Colistin has been used in the intensive care unit since 2012. In this study, the onset of nephrotoxicity is fifth day. 20/56 patients experienced nephrotoxicity: Risk 57%, Injury 26%, Failure 17%.

Key word: Colistin, nephrotoxicity

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Colistin là một kháng sinh cũ được tìm ra vào năm 1949 nhưng ít sử dụng do độc tính thận cao và sự sẵn có của các kháng sinh thay thế khác an toàn hơn [1]. Tỷ lệ gặp độc tính với thận trên bệnh nhân sử dụng colistin ghi nhận từ các nghiên cứu trên thế giới rất khác nhau, dao động trong khoảng từ 0% đến 76,1%. Trước sự kháng thuốc gia tăng của các chủng vi khuẩn như đối với các vi khuẩn đa kháng như: *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii*..., các bác sĩ lâm

sàng sẽ dùng liều cao hơn nhằm đảm bảo hiệu quả và sự đề kháng kháng sinh. Khi đó, sử dụng thuốc lại trở thành mối lo ngại đáng kể, đặc biệt là độc tính trên thận ở bệnh nhân [2].

Độc tính trên thận được xác định theo tiêu chuẩn RIFLE (Risk – Injury – Failure – Loss – Endstage renal diseases. Tiêu chuẩn này dựa trên thông số nồng độ SCr và lượng nước tiểu, tùy theo sự thay đổi creatinin và lượng nước tiểu để phân loại thành 3 mức độ tổn thương gồm có: nguy cơ (R), tổn thương (I) và suy (F), đồng thời phân loại 2 mức độ hậu quả là mất chức năng thận (L) và bệnh thận giai đoạn cuối (E). Tiêu chuẩn RIFLE vẫn là công cụ được ứng dụng phổ biến để xác định độc tính thận của thuốc nhờ các tiêu chí: dễ áp dụng trên lâm sàng, nhạy và đặc hiệu, có xét đến sự dao động của creatinin huyết thanh nền và cân nhắc cả thay đổi cấp tính ở bệnh thận mạn tính [3].

Tại Bệnh viện E, colistin chủ yếu được sử dụng tại khoa Hồi sức tích cực từ năm 2012. Tuy nhiên hiện nay chưa có nghiên cứu nào đánh giá độc tính trên thận của kháng sinh Colistin. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *"Nghiên cứu độc tính thận trên bệnh nhân được điều trị bằng Colistin tại khoa Hồi sức tích cực – Bệnh viện E"* với mục tiêu:

1. *Đặc điểm nhiễm khuẩn và tác nhân gây bệnh ở các bệnh nhân được điều trị bằng Colistin.*
2. *Mô tả đặc điểm độc tính trên thận ở các bệnh nhân được điều trị bằng Colistin tại khoa Hồi sức tích cực – Bệnh viện E.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các bệnh nhân điều trị tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện E trong khoảng thời gian từ năm 2016 đến 2017 có sử dụng kháng sinh Colistin theo phác đồ, tính liều điều trị theo hướng dẫn của Bệnh viện Bạch mai[4].

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Dùng Colistin dưới 72 giờ
- Trẻ em dưới 18 tuổi
- Phụ nữ có thai
- Bệnh nhân đang được lọc máu khi bắt đầu dùng Colistin

- Bệnh nhân suy thận nặng phải lọc máu chu kỳ

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả theo mẫu bệnh án

- Bệnh nhân được thu thập các chỉ tiêu nghiên cứu bao gồm: tuổi, giới tính, cân nặng, mức độ nặng của bệnh, số ngày nằm viện trung bình, phân bố bệnh nhân theo bệnh lý nhiễm

khẩn, theo căn nguyên nhiễm khuẩn và theo kết quả điều trị.

- Tỷ lệ phát sinh độc tính thận trên bệnh nhân sử dụng colistin: được xác định bằng tỷ lệ % bệnh nhân gặp độc tính thận trên tổng số bệnh nhân nghiên cứu. Độc tính thận được định nghĩa là tăng nồng độ creatinin huyết thanh trên 1,5 lần hoặc tốc độ lọc cầu thận giảm trên 25% so với giá trị tại thời điểm trước khi bắt đầu dùng thuốc, duy trì trong ít nhất 24 giờ và xảy ra sau ít nhất 2 ngày dùng colistin. Tốc độ lọc cầu thận được tính theo công thức Cockcroft – Gault. Độc tính thận được quan sát kể từ ngày bắt đầu dùng thuốc cho đến khi bệnh nhân kết thúc điều trị tại bệnh viện.

- Thời gian xuất hiện độc tính thận: là thời gian ghi nhận độc tính thận sớm nhất kể từ khi bắt đầu dùng colistin ở nhóm bệnh nhân có xảy ra độc tính thận.

- Mức độ độc tính thận: phân bố bệnh nhân theo các mức độ độc tính thận. Mức độ độc tính được phân loại dựa trên tiêu chuẩn RIFLE theo 3 mức độ: R: Nguy cơ, I: Tổn thương và F: Suy [3].

R - Nguy cơ: Tăng nồng độ creatinin trên 1,5 lần hoặc GFR giảm > 25%

I - Tổn thương: Tăng nồng độ creatinin trên 2 lần hoặc GFR giảm ≥ 50%

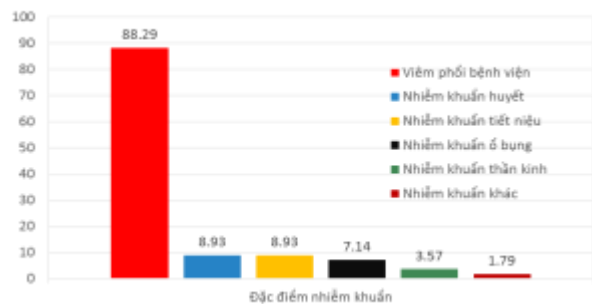
F - Suy: Tăng nồng độ creatinin trên 3 lần hoặc GFR giảm ≥ 75%

2.3. Xử lý số liệu: phân tích xử lý số liệu bằng phần mềm STATA 12.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

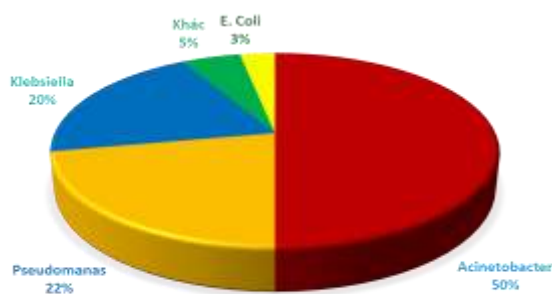
Chúng tôi chọn được 56 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu

3.1. Đặc điểm nhiễm khuẩn



Biểu đồ 1: Đặc điểm nhiễm khuẩn

3.2. Đặc điểm vi khuẩn

Biểu đồ 2: Tác nhân gây bệnh

3.3. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Đơn vị	Trung bình	Min – Max
Giới	Nam	36 (64,29%)	
	Nữ	20 (35,71%)	
Tuổi	Năm	63,45 ± 25,35	38 - 89
Thời gian nằm HSTC	Ngày	31,5 ± 2,9	5 - 35
Kết quả điều trị	Đỡ/ khỏi	40 (71,43%)	
	Tử vong/ nặng xin về	16 (28,57%)	
Thời gian khởi phát độc tính	Ngày	5,2 ± 2,4	4 - 17

3.4. Phân loại độc tính thận

**Biểu đồ 3:** Phân loại độc tính thận

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian từ năm 2016 đến năm 2017, chúng tôi ghi nhận được 56 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 1), nam chiếm tỷ lệ 64,29%. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 63,45 ± 25,35 tuổi. Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu chủ yếu là nam giới và hầu hết bệnh nhân có độ tuổi cao. Thời gian nằm điều trị tại khoa Hồi sức tích cực trung bình 31 ngày. Kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là đỡ và hoặc khỏi chiếm 71,43%, tử vong và hoặc nặng xin về chiếm 28,57%.

Đặc điểm nhiễm khuẩn (biểu đồ 1), đối tượng được điều trị kháng sinh Colistin gặp chủ yếu là

viêm phổi bệnh viện chiếm tới 88,29%. Các nhiễm khuẩn khác chiếm tỷ lệ lần lượt: nhiễm khuẩn huyết chiếm 8,93%, nhiễm khuẩn tiết niệu 8,93%, nhiễm khuẩn ổ bụng chiếm 7,14%, nhiễm khuẩn thần kinh chiếm 3,57%. [5].

Tác nhân gây nhiễm khuẩn (biểu đồ 2) gặp ở nhóm bệnh nhân được chỉ định kháng sinh Colistin chủ yếu là *Acinetobacter baumannii* chiếm đến 50%, *Pseudomonas* chiếm 22%. *Klebsiella* và *E. Coli* tương ứng là 20% và 3%. Có những trường hợp chúng tôi không phân lập được căn nguyên gây nhiễm trùng nhưng các bác sĩ vẫn cho điều trị Colistin theo kinh nghiệm [6]. Đây chính là những căn nguyên hàng đầu gây kháng thuốc ở các khoa hồi sức tích cực.

Thời gian khởi phát độc tính trên thận ở các bệnh nhân được điều trị bằng Colistin trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là 5 ngày (bảng 1). Cũng tương tự như các nghiên cứu của Shahbazi và Dashti-Khavidaki (2015) cũng đã cho thấy thời gian khởi phát độc tính thận thường trong vòng 1 - 2 tuần đầu điều trị [7].

Tỷ lệ phát sinh và độc tính trên thận trong nghiên cứu của chúng tôi gặp ở 20 bệnh nhân (biểu đồ 3) tương ứng tỷ lệ là 35,71%. Kết quả của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu của Shahbazi và Dashti-Khavidaki [7], nhưng cao hơn nghiên cứu của Dương Thanh Hải [5]. Trong nghiên cứu này, thời gian thu thập dữ liệu kéo dài từ 2015 đến 2016 nên chúng tôi không đủ dữ liệu để đánh giá thang điểm APACHE II. Chính vì

vậy sự khác biệt này có thể do các nghiên cứu có các nhóm bệnh nhân khác nhau.

Theo tiêu chuẩn RIFLE, độc tính thận trong nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được chia theo 3 mức độ gặp tỷ lệ: mức nguy cơ (R) chiếm 57%, tổn thương (I) chiếm 26% và suy thận (F) chiếm 17% ở các bệnh nhân có độc tính thận. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của tác giả Shabazi và Dashti-khavidaki công bố 2015 [3] [7].

V. KẾT LUẬN

Chúng tôi nghiên cứu trên 56 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn và đưa ra kết luận: độc tính thận trong nghiên cứu của chúng tôi là 35,71%; thời gian khởi phát độc tính trung bình là 5 ngày. Tỷ lệ xuất hiện độc tính theo tiêu chuẩn RIFLE với các mức độ: nguy cơ (R), tổn thương (I) và suy (F) tương ứng là 57%, 26% và 17%.

KIẾN NGHỊ

Kháng sinh Colistin là thuốc được khuyến cáo cuối cùng của các nhiễm khuẩn mà tác nhân gây bệnh là các vi khuẩn đa kháng. Tuy vậy độc tính trên thận khi sử dụng rất hay gặp, vì vậy khi điều trị Colistin cho bệnh nhân chúng ta cần theo

đổi sát chức năng thận của bệnh nhân để điều chỉnh kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Doshi N. M., Mount K. L. , V. Murphy C. (2011).** Nephrotoxicity associated with intravenous colistin in critically ill patients. *Pharmacotherapy*, 31 (12), 1257-1264.
2. **Binh N. G, Hayakawa K, X Co D., et al (2015).** The efficacy and nephrotoxicity associated with colistin use in an intensive care unit in Vietnam: Use of colistin in a population of lower body weight. *Int J Infect Dis*, 35 (18 - 23),
3. **Lopes J. A. , S Jorge (2013).** The RIFLE and AKIN classifications for acute kidney injury: a critical and comprehensive review. *Clinical Kidney Journal*, 6 (1), 8 - 14.
4. **Bệnh viện Bạch Mai, Hướng dẫn sử dụng kháng sinh Colimycine, (2012).**
5. **Dương Thanh Hải (2016).** Nghiên cứu độc tính trên thận trên bệnh nhân sử dụng Colistin tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Bạch mai, Trường Đại Học Dược Hà Nội.
6. **Nguyễn Gia Bình (2017).** Kháng sinh dùng trong hồi sức tích cực, Nhà xuất bản y học.
7. **Shahbazi F , S Dashti-Khavidaki (2015).** Colistin: efficacy and safety in different populations. *Expert Rev Clin Pharmacol*, 8 (4), 423-448.

NGHIÊN CỨU SỰ PHÁT TRIỂN THỂ LỰC CỦA TRẺ TỪ 0-6 THÁNG TUỔI TẠI KHU VỰC HÀ ĐÔNG

Phạm Thế Tài¹, Thiều Ban Trang¹, Phạm Ngọc Thảo²,
Muneko Nishijo², Hoàng Văn Lương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá các chỉ số phát triển thể lực của trẻ từ 0 – 6 tháng tuổi tại Hà Đông, Hà Nội, so sánh với chỉ số tham chiếu của tổ chức y tế thế giới (WHO) và xác định một số yếu tố có liên quan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu theo dõi dọc trên 150 cặp bà mẹ - em bé sinh sống trên địa bàn 11 phường thuộc quận Hà Đông. Các chỉ số chiều cao, cân nặng, chu vi vòng đầu của trẻ được đo tại 3 thời điểm khi sinh (0 tháng), 1 tháng và 6 tháng tuổi. **Kết quả:** Tại cả 3 thời điểm 0 tháng, 1 tháng và 6 tháng, cân nặng trung bình của trẻ tại Hà Đông tương đương với chỉ số tham chiếu; chiều dài trung bình của trẻ tại Hà Đông lớn hơn và chu vi vòng đầu trung bình của trẻ tại Hà Đông bé hơn chỉ số tham chiếu tương ứng

của WHO. Các chỉ số nhân trắc học của mẹ và tuổi thai có liên quan với chỉ số phát triển thể lực của trẻ. **Kết luận:** Sự phát triển thể lực của trẻ 0 – 6 tháng tuổi tại Hà Đông có sự khác biệt so với các chỉ số tham chiếu của WHO và có liên quan đến đặc điểm bố mẹ.

Từ khóa: Chỉ số thể lực, trẻ em 0-6 tháng tuổi, Hà Đông, Hà Nội.

SUMMARY

EVALUATING THE INDICATORS OF PHYSICAL DEVELOPMENT IN INFANTS AGED 0-6 MONTHS IN HA DONG, HANOI

Aim: To evaluate the indicators of physical development of infants aged 0-6 months in Ha Dong, Hanoi, to compare with the reference indexes of the World Health Organization (WHO) and to identify the related factors. **Methods:** The study recruited 150 pairs of mothers - infant living in 11 communes in Ha Dong district. The height, weight and head circumference of infants were measured at births (0 month), 1 month and 6 months of age. **Results:** At 0 month, 1 month and 6 months of age, the mean weight of infants in Ha Dong were equivalent to the

¹Học viện Quân Y

²Đại học Y khoa Kanazawa, Nhật Bản

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Tài

Email: phamthetai@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 19/3/2018

Ngày phản biện khoa học: 12/4/2018

Ngày duyệt bài: 3/5/2018

WHO reference indexes; The average length was larger and the average head circumference was smaller than the corresponding WHO reference indexes. Maternal demographic characters and gestational age of infants were associated with body sizes of infants. **Conclusion:** The indicators of physical development of infants aged 0-6 months in Ha Dong were different from the WHO reference indexes and were related to the parental characteristics.

Key words: Physical indicators, infants aged 0-6 months, Ha Dong, Hanoi

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự phát triển thể lực và thần kinh của trẻ giai đoạn đầu đời có ý nghĩa quan trọng, liên quan tới sự trưởng thành về mặt thể chất cũng như khả năng trí tuệ và tình trạng sức khỏe sau này. Các nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra mối liên quan giữa cân nặng khi sinh với tình trạng các bệnh lý chuyển hóa và nội tiết, như tình trạng béo phì [1], bệnh tiểu đường týp 2 [2], hay hội chứng ruột kích thích [3]. Một nghiên cứu tại Mỹ cho thấy các yếu tố khi mới sinh như tình trạng sức khỏe, chỉ số cơ thể khi sinh liên quan hằng định với khả năng nhận thức cũng như các kĩ năng học tập của trẻ tại thời điểm 5 tuổi [4]. Điều đó cho thấy tầm quan trọng của việc chăm sóc cũng như ý nghĩa các chỉ số cơ thể giai đoạn sơ sinh.

Năm 2006, Tổ chức y tế Thế giới (WHO) đã công bố giá trị tham chiếu các chỉ số tăng trưởng cho trẻ từ 0 – 5 tuổi, bao gồm chiều cao, cân nặng, vòng đầu và một số chỉ số khác [5]. Những số liệu này đã được nhiều quốc gia, nhất là các nước đang phát triển sử dụng làm chỉ số tham chiếu khi đánh giá sự phát triển thể lực của trẻ. Tuy nhiên, trong những năm gần đây, một số nghiên cứu thống kê chỉ ra rằng chỉ số phát triển của trẻ mang tính đặc trưng cho từng chủng tộc, khu vực địa lý, điều kiện kinh tế-xã hội của mỗi quốc gia, nên việc áp dụng các chỉ số của WHO có thể dẫn đến những đánh giá nguy cơ không chính xác [6]. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá các chỉ số phát triển thể lực của trẻ từ 0 – 6 tháng tuổi tại Hà Đông, so sánh với các chỉ số tương ứng của WHO, và xác định một số yếu tố có liên quan đến sự tăng trưởng thể chất của trẻ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm và đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trên địa bàn quận Hà Đông, thành phố Hà Nội, bao gồm 11 phường: Quang Trung, Nguyễn Trãi, Vạn Phúc, Phúc La, Mộ Lao,

Văn Quán, La Khê, Phú Yên, Kiến Hưng, Yên Nghĩa, Phú La.

2.1.2. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trên 150 cặp bà mẹ - em bé đến sinh tại khoa Sản, bệnh viện 103 trong khoảng thời gian từ tháng 5 đến tháng 9 năm 2014 và thỏa mãn các tiêu chuẩn sau: 1) Sống tại 11 phường nói trên thuộc quận Hà Đông, thành phố Hà Nội trong khoảng thời gian ít nhất là 1 năm trước khi được đưa vào nghiên cứu; 2) Không có tai biến, biến chứng trong quá trình sinh và thời gian nằm viện.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu theo dõi dọc tại nhiều thời điểm.

2.2.1. Thu thập các thông tin cơ bản về đặc điểm bố mẹ và trẻ: Các thông tin về bố mẹ như tuổi, chiều cao, cân nặng trước khi sinh của mẹ, trình độ học vấn, thu nhập hàng tháng của gia đình và thông tin về trẻ như tuổi thai (tính theo tuần), giới tính, thứ tự con được thu thập bằng bộ câu hỏi phỏng vấn trực tiếp.

2.2.2. Xác định các chỉ số đánh giá phát triển thể lực của trẻ: Chiều dài cơ thể của trẻ được đo bằng thước mềm, bàn rộng, không gây kích ứng da, có độ chính xác tới 0,5cm. Trẻ được đặt nằm ngửa, ngay ngắn, duỗi thẳng hai chân trên thước đo, bàn chân vuông góc với mặt thước, đỉnh đầu trẻ chạm vào mốc 0 của thước. Đánh dấu điểm gót bàn chân trẻ chạm trên mặt thước. Chiều dài của trẻ được tính từ đỉnh đầu đến gót chân.

Trọng lượng cơ thể được đo bằng cân điện tử, độ chính xác tới 2g. Trước khi đo, trẻ được cởi bớt quần áo và bím lót, chỉ mặc một lớp quần áo mỏng.

Chu vi vòng đầu được đo bằng thước dây độ chính xác 0,1cm. Thước được quấn quanh đầu trẻ sao cho mép dưới thước đi qua bờ trên của hai tai, bờ trên cung lông mày, vòng qua trán và qua đỉnh chẩm. Các chỉ số của trẻ được đo tại 3 thời điểm: khi sinh, 1 tháng và 6 tháng tuổi.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được nhập vào Excel 2013 và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. So sánh chỉ số phát triển của trẻ tại Hà Đông với chỉ số chuẩn của WHO bằng phương pháp One Sample T- test giữa giá trị trung bình của mẫu nghiên cứu với hằng số chuẩn. Mối liên quan giữa đặc điểm của bố mẹ với sự phát triển của trẻ được phân tích bằng tương quan Spearman's rho. Sự khác biệt hoặc tương quan có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bố mẹ và trẻ

Bảng 1. Đặc điểm bố mẹ và trẻ

Thông tin	Trung bình	Min	Max
Bố mẹ			
Tuổi của mẹ (năm)	27,7	19	37
Cân nặng của mẹ trước sinh (kg)	60,6	44,0	86,0
Chiều cao của mẹ (cm)	157,4	145	170
Học vấn của mẹ (năm):	14,7	7	16
Tuổi của bố (năm)	31,3	21	44
Thu nhập gia đình (triệu VNĐ/tháng)	14,8	6,0	65,0
Trẻ			
Tuổi thai (tuần)	39,2	36	41
Thứ tự con (%)			

- Con đầu lòng	41,8		
- Con thứ hai	49,3		
- Con thứ ba trở lên	8,9		
Phương pháp sinh (%):			
- Thường	80,3		
- Phẫu thuật	19,7		
Tỷ lệ bé Trai (%)	49,0		

Một số đặc điểm của bố mẹ và trẻ được trình bày tại bảng 1. Độ tuổi trung bình và số năm đi học của mẹ lần lượt là 27,7 tuổi, và 14,8 năm. Độ tuổi trung bình của bố là 31,3 tuổi. Cân nặng và chiều cao trung bình của mẹ trước sinh lần lượt là 60,6kg và 157,4cm. Mức thu nhập của gia đình được tính bằng tổng thu nhập của cả bố và mẹ, trung bình là 14,8 triệu đồng/tháng.

Tuổi thai trung bình là 39,2 tuần (từ 36 – 41 tuần). Trong đó, tỉ lệ sinh con đầu lòng là 41,8% và có 49% là trẻ trai.

3.2. Chỉ số phát triển của trẻ tại Hà Đông so sánh với chỉ số của WHO

Bảng 2. Chỉ số cơ thể của trẻ ở Hà Đông so với chỉ số của WHO tại thời điểm khi sinh, 1 tháng và 6 tháng tuổi

Chỉ số cơ thể	Trẻ trai			Trẻ gái		
	Hà Đông	WHO	p	Hà Đông	WHO	p
Khi sinh: Cân nặng (g)	3350,2	3346,4	0,94	3090,3	3232,2	0,00
Chiều dài (cm)	50,9	49,9	0,00	49,9	49,1	0,01
Vòng đầu (cm)	32,8	34,5	0,00	32,1	33,9	0,00
1 tháng tuổi: Cân nặng (g)	4545,3	4470,1	0,27	4248,7	4187,3	0,26
Chiều dài (cm)	56	54,7	0,00	54,5	53,7	0,00
Vòng đầu (cm)	36,9	37,3	0,01	36,1	36,5	0,01
6 tháng tuổi: Cân nặng (g)	7970,7	7930	0,71	7537,6	7297,0	0,06
Chiều dài (cm)	68,3	67,6	0,03	67,0	65,7	0,00
Vòng đầu (cm)	42,4	43,3	0,00	41,7	42,2	0,02

p: So sánh với chỉ số phát triển chuẩn hóa của tổ chức Y tế thế giới (WHO)

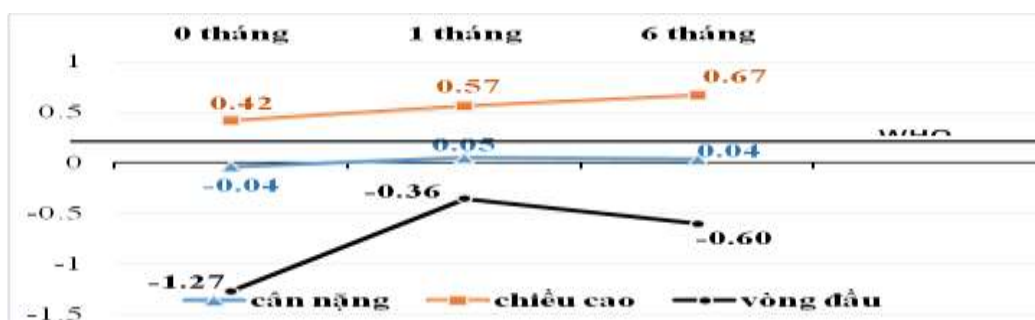
Cân nặng trung bình khi sinh của trẻ trai và trẻ gái lần lượt là 3350,2g và 3090,3g. Tới thời điểm 6 tháng, cân nặng của trẻ ở cả 2 nhóm đã tăng gấp gần 2,5 lần. So với tiêu chuẩn của WHO, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chỉ số cân nặng ở nhóm trẻ trai tại tất cả các thời điểm ($p > 0,05$). Ở nhóm trẻ gái, cân nặng khi sinh của trẻ tại Hà Đông nhỏ hơn so với giá trị của WHO ($p < 0,01$). Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa tại thời điểm 1 tháng và 6 tháng tuổi ($p > 0,05$).

Chiều dài cơ thể ở nhóm trẻ trai tăng từ 50,9cm khi sinh đến 68,3cm ở giai đoạn 6 tháng

tuổi. Ở nhóm trẻ gái, chiều dài cơ thể thời điểm 6 tháng cũng tăng hơn 17cm so với khi sinh, từ 49,9cm đến 67cm. Tại tất cả các thời điểm, cả 2 nhóm trẻ tại Hà Đông đều có chiều dài lớn hơn so với chỉ số tiêu chuẩn của WHO ($p < 0,05$).

Chu vi vòng đầu của cả 2 nhóm trẻ trai và trẻ gái tại Hà Đông đều nhỏ hơn so với chỉ số chuẩn của WHO ($p < 0,05$) tại tất cả các thời điểm khi sinh, 1 tháng và 6 tháng tuổi.

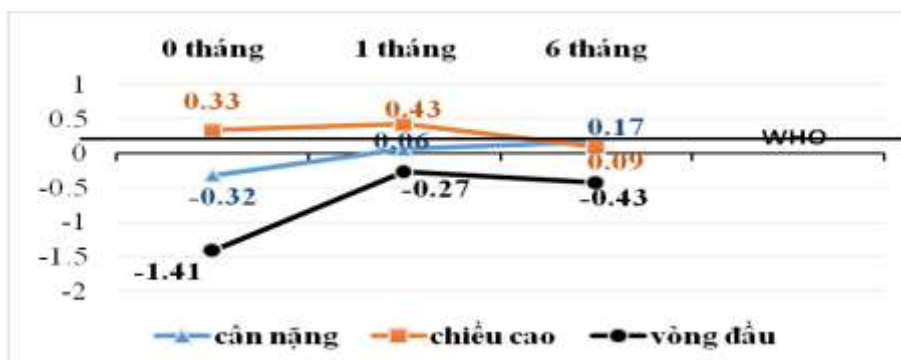
Xu hướng phát triển chỉ số cơ thể tại các thời điểm khác nhau được thể hiện qua biểu đồ giá trị điểm z ở cả hai nhóm trẻ trai (Biểu đồ 1) và trẻ gái (Biểu đồ 2).



Biểu đồ 1. Chỉ số điểm Z của nhóm trẻ trai ở Hà Đông

Ở trẻ trai, đường biểu diễn cân nặng gần trùng với đường chuẩn đi qua mốc 0 cho thấy không có sự khác biệt về chỉ số cân nặng so với chỉ số chuẩn hóa của WHO. Đường biểu diễn chiều cao nằm phía trên đường chuẩn và điểm Z có xu hướng tăng dần theo độ tuổi: từ 0,42 tại thời điểm khi sinh đến 0,67 tại thời điểm 6 tháng. Ngược lại, đường biểu diễn chu vi vòng đầu nằm phía dưới đường chuẩn. Điểm Z của vòng đầu tại thời điểm khi sinh, 1 tháng và 6 tháng tuổi đều dưới mức 0 và nhận giá trị lần lượt là -1.27, -0.36, và -0.60.

Ở trẻ gái, đường biểu diễn cân nặng tiệm cận với đường chuẩn của WHO, các giá trị điểm Z tại tất cả các thời điểm đều nằm trong khoảng (-0.5; 0.5). Tương tự như ở trẻ trai, đường biểu diễn chiều cao của trẻ gái nằm phía trên đường chuẩn, và đường biểu diễn chu vi vòng đầu của trẻ gái nằm dưới đường chuẩn. Đặc biệt, điểm Z chu vi vòng đầu tại thời điểm khi sinh là -1,41, cho thấy kích thước đầu của trẻ gái tại Hà Đông thấp hơn nhiều so với chỉ số chuẩn hóa của WHO (nhỏ hơn 1,41 độ lệch chuẩn). Tại thời điểm 1 tháng và 6 tháng, các chỉ số có xu hướng tiến gần hơn về đường chuẩn của WHO.



Biểu đồ 2. Chỉ số điểm Z của nhóm trẻ gái ở Hà Đông

3.3. Một số yếu tố liên quan đến sự phát triển thể lực của trẻ

Bảng 3. Hệ số tương quan giữa đặc điểm bố mẹ với chỉ số thể lực của trẻ khi sinh

Yếu tố	Cân nặng	Chiều cao	Vòng đầu
Tuổi của mẹ	0.20*	0.12	0.23**
Cân nặng của mẹ	0.23**	0.12	0.07
Chiều cao của mẹ	0.14	0.14	-0.03
Tuổi của bố	0.13	0.10	0.12
Thu nhập gia đình	0.04	0.04	0.07
Tuổi thai	0.35**	0.23**	0.16*
Thứ tự con	0.24**	0.17*	0.13

Phân tích tương quan Spearman's rho, *: $p < 0,05$, **: $p < 0,01$

Tại thời điểm khi sinh, một số đặc điểm như tuổi mẹ, cân nặng của mẹ, tuổi thai, và thứ tự con tương quan thuận có ý nghĩa thống kê với các chỉ số phát triển cơ thể của trẻ. Trong số đó, chỉ số tuổi thai có mối tương quan với cả ba chỉ số cân nặng ($r=0,35$; $p < 0,01$), chiều cao ($r=0,23$; $p < 0,01$) và chu vi vòng đầu ($r=0,16$; $p < 0,05$).

Bảng 4. Hệ số tương quan giữa đặc điểm bố mẹ với chỉ số thể lực của trẻ 1 tháng tuổi

Yếu tố	Cân nặng	Chiều cao	Vòng đầu
Tuổi của mẹ	0.20*	0.10	0.09
Cân nặng của mẹ	0.18*	0.13	0.04
Chiều cao của mẹ	0.15	0.15	0.09
Tuổi của bố	0.20*	0.11	0.117
Thu nhập gia đình	0.12	0.08	-0.03

Tuổi thai	0.24**	0.31**	0.20*
Thứ tự con	0.14	0.08	0.20*

Phân tích tương quan Spearman's rho,
*: $p < 0,05$, **: $p < 0,01$

Tại thời điểm trẻ 1 tháng tuổi, các đặc điểm như tuổi của mẹ, cân nặng của mẹ, tuổi của bố, tuổi thai và thứ tự con có tương quan thuận có ý nghĩa thống kê với một số chỉ số phát triển thể lực của trẻ. Trong đó, tuổi thai vẫn thể hiện sự liên quan rõ rệt nhất tới tất cả các chỉ số phát triển cơ thể của trẻ bao gồm cân nặng ($r = 0,24$; $p < 0,01$), chiều cao ($r = 0,31$; $p < 0,01$) và chu vi vòng đầu ($r = 0,2$; $p < 0,05$).

Bảng 5. Hệ số tương quan giữa đặc điểm bố mẹ với chỉ số thể lực của trẻ 6 tháng tuổi

Yếu tố	Cân nặng	Chiều cao	Vòng đầu
Tuổi của mẹ	0.08	0.03	-0.07
Cân nặng của mẹ	0.26**	0.18	0.14
Chiều cao của mẹ	0.31**	0.23*	0.20*
Tuổi của bố	0.09	-0.01	0.00
Thu nhập gia đình	0.25*	0.22*	-0.03
Tuổi thai	0.12	0.03	0.09
Thứ tự con	-0.02	-0.07	-0.17

Phân tích tương quan Spearman's rho,
*: $p < 0,05$, **: $p < 0,01$

Tại thời điểm trẻ 6 tháng tuổi, mối tương quan thể hiện rõ nhất ở chiều cao, cân nặng của mẹ và thu nhập của gia đình. Tại thời điểm này không còn thấy liên quan giữa tuổi thai và sự phát triển thể lực của trẻ như ở các thời điểm trước.

IV. BÀN LUẬN

Trẻ em là một cơ thể đang lớn và phát triển, vì vậy tăng trưởng là một đặc điểm sinh học cơ bản của trẻ em. Để đánh giá phát triển thể chất của trẻ có thể dựa trên nhiều tiêu chí, trong đó các chỉ số về chiều cao, cân nặng, vòng đầu có thể coi là các chỉ tiêu quan trọng nhất, phản ánh trung thành tình trạng dinh dưỡng cũng như sự tăng trưởng của trẻ.

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra mối liên quan giữa cân nặng khi sinh của trẻ với các nguy cơ bệnh lý, chẳng hạn như trẻ sinh ra nặng trên 4000 g sẽ dễ béo phì sau này [1], hay trẻ nhẹ cân quá sẽ có nguy cơ mắc hội chứng ruột kích thích cao hơn các trẻ khác [3]. Trong nghiên cứu này, cân nặng trung bình khi sinh của trẻ trai và trẻ gái khu vực Hà Đông lần lượt là 3350,2g và 3090,3g. Tuy so với tiêu chuẩn của WHO, cân nặng của nhóm trẻ gái nhẹ hơn, nhưng nếu so với Hằng số sinh học người Việt Nam (1975), cân nặng trung bình của cả 2 nhóm trẻ ở Hà Đông đều lớn hơn ($p < 0,05$). Trẻ tăng cân trung bình 700 – 800g/

tháng và sau 6 tháng không còn sự khác biệt có ý nghĩa về chỉ số cân nặng của cả 2 nhóm trẻ so với tiêu chuẩn của WHO. Kết quả này cũng phù hợp với kết luận của Lê Nam Trà khi cho rằng, trong 6 tháng đầu, sự phát triển cân nặng của trẻ em Việt Nam không khác gì trẻ em ở các nước phát triển [7].

Theo WHO, chiều dài của trẻ lúc mới sinh đủ tháng từ 45cm trở lên, trung bình là 49,9cm với trẻ trai và 49,1cm với trẻ gái [5]. Lê Nam Trà cũng đã thống kê và cho thấy chiều dài của trẻ sơ sinh đủ tháng lúc mới đẻ là $50 \pm 1,6$ cm đối với con trai và $49,8 \pm 1,5$ cm đối với con gái [7]. Ba tháng đầu, trung bình trẻ tăng 3 – 3,5cm/tháng, ba tháng tiếp theo tăng khoảng 2cm/tháng. Như vậy, có thể thấy chiều dài trung bình khi sinh cũng như tốc độ tăng trưởng chiều cao của 2 nhóm trẻ khu vực Hà Đông là khá tốt. Thậm chí tại tất cả các thời điểm, cả 2 nhóm trẻ ở Hà Đông đều có chiều dài lớn hơn so với chỉ số tiêu chuẩn của WHO ($p < 0,05$).

Theo Hằng số sinh học người Việt Nam (1975), chu vi vòng đầu trung bình của trẻ em Việt Nam khi sinh là 32cm, tương đương với vòng đầu trung bình của 2 nhóm trẻ trong nghiên cứu này. Tuy nhiên, khi so sánh với chỉ số tham khảo của WHO, vòng đầu của 2 nhóm trẻ khu vực Hà Đông nhỏ hơn tại tất cả các thời điểm 0 tháng, 1 tháng, 6 tháng và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Khi nghiên cứu về mối liên quan giữa đặc điểm bố mẹ với chỉ số thể lực của trẻ, sự ảnh hưởng của các yếu tố với sự tăng trưởng của trẻ là không giống nhau ở mỗi giai đoạn. Ở thời điểm khi sinh, các đặc điểm như tuổi mẹ, cân nặng của mẹ, tuổi thai và thứ tự con có mối tương quan thuận có ý nghĩa thống kê với các chỉ số phát triển thể chất của trẻ. Đặc biệt, tuổi thai là yếu tố thể hiện sự liên quan rõ rệt nhất cho đến khi trẻ 1 tháng tuổi, tức là tuổi thai càng lớn thì cân nặng, chiều cao, vòng đầu của trẻ càng lớn. Một số nghiên cứu cũng chỉ ra mối liên quan giữa cân nặng trẻ sơ sinh với các yếu tố khác như trình độ học vấn, nghề nghiệp của mẹ, mức độ tăng cân hay sự phơi nhiễm các hóa chất độc hại, dioxin trong khi mang thai. Điều này cho thấy sự cần thiết phải khám thai định kỳ cũng như có chế độ chăm sóc tốt cho phụ nữ đang mang thai để có một thai kỳ đủ tháng, khỏe mạnh.

Tại thời điểm trẻ 6 tháng tuổi, không còn thấy mối liên quan giữa tuổi thai và sự phát triển thể lực của trẻ. Thay vào đó, các đặc tính sinh học -

di truyền của mẹ lại là các yếu tố liên quan đến sự tăng trưởng của trẻ. Kết quả này cũng tương tự như một số nghiên cứu khác trên thế giới. Ngoài ra, thu nhập gia đình cũng có ảnh hưởng đến sự tăng chiều cao, cân nặng của trẻ. Điều này có thể liên quan tới chế độ chăm sóc, nuôi dưỡng của trẻ.

V. KẾT LUẬN

Cân nặng trung bình của trẻ tại Hà Đông tương đương với cân nặng chuẩn của WHO. Chiều dài trung bình của trẻ tại Hà Đông lớn hơn chiều dài chuẩn của WHO và chu vi vòng đầu trung bình của trẻ tại Hà Đông bé hơn chuẩn của WHO. Tuổi thai liên quan chặt chẽ với chỉ số phát triển thể lực của trẻ, nhất là trong giai đoạn 1 tháng đầu sau sinh. Tại thời điểm 6 tháng tuổi, các chỉ số nhân trắc học của mẹ và điều kiện kinh tế gia đình liên quan tới sự phát triển thể lực của trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **YuZ.B., Han S.P., Zhu G.Z., Zhu C., Wang X.J., Cao X.G., et al.**, Birth weight and subsequent risk of obesity: a systematic review and meta-analysis, *Obes. Rev.* 12 (2011) 525–542.
2. **Zimmermann E., Gamborg M., Sørensen T.I.A., Baker J.L.**, Sex differences in the association between birth weight and adult type 2 diabetes, *Diabetes* 64 (2015) 4220–4225.
3. **Raslau D, Herrick LM, Locke GR, Schleck CD, Zinsmeister AR, Almazar A, Talley NJ, Saito YA.** Irritable bowel syndrome and the perinatal period: lower birth weight increases the risk. *Neurogastroenterol Motil.* 2016 May 18. doi: 10.1111/nmo.12849. [Epub ahead of print]
4. **Kull MA, Coley RL.** Early physical health conditions and school readiness skills in a prospective birth cohort of U.S. children. *Soc Sci Med.* 2015 Oct;142:145-53. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.08.030. Epub 2015 Aug 17.
5. **WHO (2009).** WHO Child Growth Standards: Methods and development. http://www.who.int/childgrowth/publications/technical_report_velocity/en/ (Truy cập ngày 15 tháng 2 năm 2018).
6. **Valerie N, Anuradha R.** Worldwide variation in human growth and the World health Organization growth standards: a systematic review. *BMJ open* 2014;4:e003735. Doi:10.1136/bmjopen-2013-003735.
7. **Bài giảng Nhi khoa tập I**, Bộ môn Nhi - Đại học Y Hà Nội, 2006

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA CÁI TIẾN DỤNG CỤ HỖ TRỢ TẬP SẴP NGỪA CĂNG TAY TRONG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO BỆNH NHÂN GỠY XƯƠNG CĂNG TAY DO CHẤN THƯƠNG

Nguyễn Thị Minh Thu¹, Phạm Bá Tuyền¹, Trần Trọng Dương²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả cải tiến dụng cụ hỗ trợ tập sấp ngừa căng tay trong phục hồi chức năng cho bệnh nhân gãy xương cẳng tay do chấn thương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thử nghiệm lâm sàng tiến cứu, so sánh trước và sau điều trị. Đối tượng là 10 bệnh nhân, liệu trình điều trị là 20 ngày. **Kết quả và kết luận:** Sau 20 ngày điều trị tầm vận động sấp ngừa trong các bệnh nhân điều trị đã được cải thiện rõ ràng.

Từ khóa: Gãy xương cẳng tay, phục hồi chức năng, cải tiến hỗ trợ tập sấp ngừa.

SUMMARY

FIRST EFFICIENT EVALUATION OF THE PRODUCT WITH THE SINGLE-DAY LIFESTYLE SUPPORT IN THE REHABILITATION OF PATIENTS WITH FOREARM FRACTURES

Objective: To evaluate the effectiveness of improving forearm support in rehabilitation of patients with forearm fractures. **Subjects and methods:** Prospective clinical trial, comparison before and after treatment. The subjects were 10 patients, the treatment was 20 days. **Results and conclusions:** After 20 days of treatment, the range of treatment in the treatment arm was significantly improved.

Key words: Forearm fractures, rehabilitation, improving forearm support.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cẳng tay có một chức năng sinh lý quan trọng: Đó là động tác sấp ngừa cẳng tay, động tác này mang lại sự khéo léo trong phức hợp động tác của cẳng - cổ - bàn tay. Chức năng sấp ngừa thực hiện được nhờ hình thái giải phẫu đặc biệt của 2 xương quay và trụ, cấu trúc của các khớp có liên quan và hệ thống phức tạp nhiều cơ của cẳng tay và sự chi phối của các cơ từ cánh tay xuống. Gãy xương cẳng tay là loại gãy hay gặp ở cả người lớn và trẻ em, theo thống kê gãy hai xương cẳng tay chiếm tỉ lệ 15-20% các gãy xương ở vùng cẳng tay, thống kê tại bệnh viện

Việt Đức năm 1993, gãy thân hai xương cẳng tay ở người lớn chiếm tỷ lệ 23,5% trong tổng số các ca gãy xương mới. Loại gãy này khiến người ta quan tâm rất nhiều vì là loại gãy nặng nề về mặt chức năng, tuy dễ nắn nhưng khó duy trì kết quả nắn. Cùng với việc phục hồi chiều dài, nắn thẳng trục bình thường của xương thì việc phục hồi trục xoay của cẳng tay phải tốt thì mới hy vọng phục hồi được tốt biên độ sấp ngừa. Các phương pháp điều trị gãy xương cẳng tay bao gồm: điều trị bảo tồn (nắn kín và bó bột), điều trị phẫu thuật. Biến chứng thường gặp do gãy xương cẳng tay là hạn chế vận động sấp ngừa cẳng tay, việc tập phục hồi chức năng chủ yếu dựa vào kỹ thuật viên, các dụng cụ hỗ trợ còn nhiều hạn chế. Xuất phát từ thực tiễn trên, tôi đề xuất phương pháp cải tiến "Dụng cụ hỗ trợ tập sấp ngừa cẳng tay trong phục hồi chức năng (PHCN) cho bệnh nhân gãy xương cẳng tay do chấn thương".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Tổng quan về hạn chế vận động sấp ngừa sau gãy xương cẳng tay

*Xương trụ:

- Là một xương dài thân xương hình lăng trụ tam giác có 3 mặt và 3 bờ. Thân xương ở phần trên to, phần dưới thì nhỏ hơn.

- Thân xương trụ tương đối thẳng thích hợp cho việc đóng đinh nội tủy.

- Mặt trong xương tương đối phẳng hơn so với mặt trước và mặt sau.

- Bờ sau nằm ngay dưới da theo suốt chiều dài của xương nên bộc lộ xương dễ dàng qua vùng này. Bờ ngoài sắc hơn, có màng liên cốt bám.

*Sự bao phủ phần mềm ở cẳng tay:

- Cẳng tay là khu vực có nhiều cơ (20 cơ) bao bọc quanh xương quay và xương trụ. Ở phía trước được bao bọc bởi 3 khối cơ:

- Khối ngoài là cơ ngừa dài, khối trong là cơ trụ trước, ở giữa là khối cơ trục, phía sau được bao bọc bởi khối cơ trên lồi cầu (4 cơ) và các cơ bám vào 2 xương cẳng tay (4 cơ).

- Nhìn chung cẳng tay được bao bọc bởi các khối cơ chủ yếu ở 2/3 trên, xuống 1/3 dưới các cơ đã chuyển thành gân để đi xuống cổ và bàn tay.

- Mặt trước được bao bọc tốt hơn mặt sau nhất là phần dưới, xương quay được bao bọc

¹Bệnh viện Y học cổ truyền- Bộ Công an

²Cục 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 khoa học: 10/4/2018

Ngày duyệt bài: 2/5/2018

phần mềm nhiều hơn xương trụ nên mổ vào xương quay khó khăn hơn.

***Dây thần kinh quay ở cẳng tay:**

- Dây thần kinh quay sau khi qua màng chi đầu ngoài cùng động mạch cánh tay sâu tới cổ xương quay chia làm 2 ngành: Ngành trước cảm giác, ngành sau vận động.

- Ngành trước chạy vào cơ ngửa dài, áp vào mặt sau của cơ, cùng cơ chạy xuống dưới đến 8-10cm trên móm chẩm thì luôn xuống dưới gần cơ ngửa dài để chạy ra sau.

- Ngành sau vận động cho các cơ duỗi nằm ở khu sau cẳng tay. Ngành này lách giữa 2 bó của cơ ngửa ngắn, vòng quanh cổ xương quay vừa chéch xuống dưới để thoát ra ngoài cơ ở phía sau. Thần kinh nằm sát ngay xương áp vào lớp sâu của cơ ngửa ngắn nên dễ bị tổn thương trong gãy xương hay bóc tách ở vùng này. Sau khi tách khỏi cơ ngửa ngắn, dây thần kinh lách giữa 2 lớp cơ, lớp cơ trên lồi cầu và lớp cơ ngắn ở cẳng tay gọi là dây liên cốt sau.

***Sinh lý sấp ngửa của cẳng tay:** Là cử động cơ bản của cẳng tay. Cẳng tay là một khớp mà động tác rất phức tạp, trong đó xương trụ là xương bất động, còn xương quay là xương động quay quanh xương trụ. Ngoài những yếu tố giải phẫu như xương quay, xương trụ, khớp khuỷu, khớp cổ tay người ta rất chú ý đến khớp quay trụ trên và dưới.

***Các cơ vận động sấp ngửa:**

- Các cơ này có điểm chung là đều bắt chéo trục cử động sấp ngửa, tất cả những cơ bắt chéo phía trước trục là cơ sấp và cơ bắt chéo phía sau là cơ ngửa.

- Các cơ sấp gồm: Hai cơ chính là cơ sấp tròn và cơ sấp vuông và cơ phụ gồm cơ gang tay lớn và bó quay của cơ gấp trung nông.

- Các cơ ngửa gồm:

+ Hai cơ chính: Cơ ngửa ngắn; Cơ nhị đầu cánh tay (Trở thành cơ ngửa khi cẳng tay ở tư thế sấp tối đa).

+ Hai cơ phụ: Cơ ngửa dài; Cơ quay.

- Vị trí nửa sấp: Là vị trí của đa số các cử động ở chi trên điều đó cho thấy động tác về phía sấp giá trị hơn ngửa.

- Các yếu tố đảm bảo cho động tác sấp ngửa:

+ Trục xoay nguyên vẹn.

+ Độ dài tương đối của xương quay so với xương trụ: Móm trâm quay thấp hơn trâm trụ 6-10mm.

+ Đảm bảo 2 độ cong sấp và ngửa của xương quay, các đầu gãy của xương không gấp góc.

+ Khoang liên cốt đủ rộng.

***Định nghĩa và cơ chế gãy xương cẳng tay:**

- Gãy thân 2 xương cẳng tay là gãy ở mức có màng liên cốt bám, nghĩa là vào khoảng 2cm dưới mấu nhị đầu (xương quay) và trên nếp gấp cổ tay 5cm.

- Nguyên nhân có thể là chấn thương trực tiếp hoặc gián tiếp, thông thường là bởi gặp mạnh do ngã chống tay hoặc bàn tay.

- Một trong những biến chứng sau gãy xương cẳng tay gây hạn chế vận động sấp ngửa cẳng tay, vì vậy cần tập phục hồi chức năng sấp ngửa cẳng tay.

2.2. Tổng quan về dụng cụ hỗ trợ PHCN sấp ngửa cẳng tay cho bệnh nhân gãy xương cẳng tay do chấn thương

- Dụng cụ gồm hai tay cầm vòng bán nguyệt đường kính khoảng 5cm để đặt tay khi tập sấp ngửa, trục tròn nối với hai tay cầm có khả năng quay sang hai phía phải và trái, một lò xo nối vào trục thẳng để hỗ trợ lực trong quá trình tập và một mặt phẳng bằng gỗ để kết nối dụng cụ.



Hình 2.1: Dụng cụ trước cải tiến



Hình 2.2: Dụng cụ sau cải tiến

Ưu điểm của dụng cụ so với dụng cụ trước đây là hệ thống lò xo hỗ trợ lực cho bệnh nhân trong quá trình tập, lò xo gồm nhiều loại giúp người tập điều chỉnh lực cho phù hợp, khi người tập thực hiện động tác sấp hoặc ngửa làm kéo căng lò xo tạo lực đàn hồi giúp người tập thực hiện động tác ngược lại dễ dàng.

2.3. Chất liệu nghiên cứu

- *Dụng cụ trước cải tiến:* Dụng cụ gồm hai tay cầm vòng bán nguyệt đường kính khoảng 5cm để đặt tay khi tập sấp/ngửa, trục tròn nối với hai tay cầm có khả năng quay sang hai phía phải và trái, một lò xo nối vào trục thẳng để hỗ trợ lực trong quá trình tập và một mặt phẳng bằng gỗ để kết nối dụng cụ (*Hình 2.1*).

- *Dụng cụ cải tiến của nhóm nghiên cứu:* Chất liệu được làm bằng nhôm, Ưu điểm của dụng cụ so với dụng cụ trước đây là hệ thống lò xo hỗ trợ lực cho bệnh nhân trong quá trình tập, lò xo gồm nhiều loại giúp người tập điều chỉnh lực cho phù hợp, khi người tập thực hiện động tác sấp hoặc ngửa làm kéo căng lò xo tạo lực đàn hồi giúp người tập thực hiện động tác ngược lại dễ dàng (*Hình 2.2*).

2.4. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu gồm 10 bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng gãy xương cẳng tay do chấn thương, điều trị nội trú và ngoại trú tại Bệnh viện Y học Cổ truyền Bộ Công an.

***Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:**

- Bệnh nhân hạn chế vận động sấp/ngửa cẳng tay do chấn thương gãy xương cẳng tay giai đoạn sau bất động;
- Bệnh nhân > 15 tuổi;
- Bệnh nhân đang điều trị nội, ngoại trú tại Khoa Châm cứu - Phục hồi chức năng - Bệnh viện Y học cổ truyền - Bộ Công an.

***Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân sấp/ngửa cẳng tay bình thường;
- Bệnh nhân hạn chế sấp/ngửa không do chấn thương;
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.5. Thiết bị và tiến trình nghiên cứu

- *Thiết bị:* Dụng cụ cải tiến hỗ trợ tập sấp/ngửa cẳng tay trong phục hồi chức năng cho bệnh nhân gãy xương cẳng tay do chấn thương.

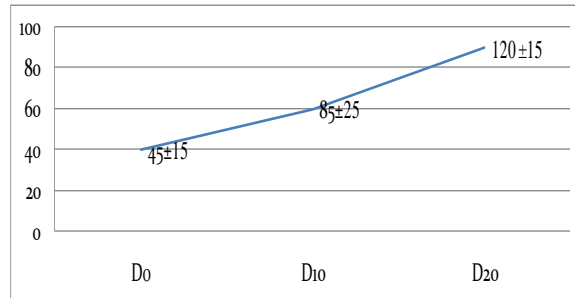
- Các bước tiến hành:

- + Bước 1: Cho bệnh nhân ngồi ở tư thế thoải mái, tay đặt lên bàn, cố định khớp vai.
- + Bước 2: Hướng dẫn bệnh nhân cầm tay nắm xoay hết tầm sang phải hoặc trái để tập chức năng sấp/ngửa cẳng tay, lựa chọn loại lò xo phù hợp với lực tập của người bệnh.

+ *Liệu trình:* Mỗi ngày bệnh nhân tập 02 lần, mỗi lần 15 phút. Đánh giá lại kết quả sau 10 ngày điều trị.

2.6. Các chỉ tiêu đánh giá: Đánh giá tầm vận động sấp-ngửa của bệnh nhân qua các thời điểm điều trị.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN



Biểu đồ 3.1: Sự cải thiện góc độ sấp ngửa bàn tay qua các thời điểm điều trị

Nhận xét: Tổng kết trên 10 bệnh nhân hạn chế vận động sấp/ngửa cẳng tay sau gãy xương cẳng tay do chấn thương được điều trị hỗ trợ phục hồi chức năng bằng dụng cụ tự chế. Tầm vận động sấp/ngửa cẳng tay được đo trước khi điều trị, sau mỗi 10 ngày điều trị và kết thúc sau 20 ngày điều trị. Biên độ sấp/ngửa cẳng tay trước điều trị 45 ± 15, sau 20 ngày điều trị là 120 ± 15. Như vậy sau 20 ngày điều trị tầm vận động sấp/ngửa trong các bệnh nhân điều trị đã được cải thiện rõ ràng. Trong quá trình điều trị không có bệnh nhân nào bị tai biến.

IV. KẾT LUẬN

Ứng dụng dụng cụ hỗ trợ tập phục hồi chức năng sấp/ngửa cẳng tay cho bệnh nhân gãy xương cẳng tay do chấn thương cho thấy tính ưu việt về tác dụng:

- Hỗ trợ tập sấp/ngửa cẳng tay hiệu quả.
- Có khả năng điều chỉnh trong quá trình sử dụng.
- Dễ thao tác, phù hợp cho nhiều đối tượng.
- Vật liệu chế tạo đơn giản, chi phí tiết kiệm, có thể trang bị dễ dàng cho y tế ở tuyến cơ sở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ môn giải phẫu - Trường Đại học Y Hà Nội** (2003) "Giải phẫu chi trên", Bài giảng giải phẫu, NXB HN, tr 64 - 65, 110 -120.
2. **Bệnh học và chăm sóc ngoại khoa** (1995) "Bệnh học và chăm sóc bệnh nhân sau gãy xương", NXB Y học, tr 202 - 205.
3. **Carolyn kisner và Lyn-Allen Colby** (1996) "Cổ tay và bàn tay" Vận động liệu pháp - Nguyên lý và kỹ thuật, NXB Y học, Tập 2, tr 227 -250.
4. **Đặng Hạnh Đệ, Vũ Tự Huỳnh, Trần Thị Phương Mai, Nguyễn Đức Phúc, Lê Ngọc Từ,**

- Đỗ Đức Văn** (2004) "Triệu chứng học chấn thương chi trên" Triệu chứng học, NXB y học, tr 327 - 343.
- 5. Vương Hùng, Trần Thị Thuận (2003)** "Chăm sóc bệnh nhân gãy hai xương cẳng tay", Bệnh học ngoại khoa, NXB y học, tr 186 - 188.
- 6. Vật lý trị liệu phục hồi chức năng** (2002) "Phục hồi sau gãy xương cẳng tay, gãy đầu dưới xương quay kiểu Pouteau- Colles", NXB y học, tr 463-468.
- 7. Nguyễn Xuân Nghiên (2008)** Phục hồi chức năng, tr.103-106. Nhà xuất bản y học

KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ HS-CRP HUYẾT TƯƠNG VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN SUY TIM MẠN TÍNH

Vũ Thanh Tâm¹, Nguyễn Hữu Dũng², Lê Việt Thắng³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát nồng độ hs-CRP huyết tương và mối liên quan với một số đặc điểm bệnh nhân suy tim mạn tính, điều trị tại Bệnh viện đa khoa Thống Nhất, Đồng Nai. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang trên 87 bệnh nhân suy tim mạn tính do bệnh van tim, tăng huyết áp và bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính. **Kết quả:** Nồng độ hs-CRP huyết tương trung bình của nhóm bệnh là 4,2mg/l, có 40,2% bệnh nhân có tăng nồng độ hs-CRP huyết tương. Tăng nồng độ hs-CRP huyết tương liên quan với nguyên nhân suy tim, mức độ suy tim, tình trạng giảm albumin máu có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$. **Kết luận:** Tăng nồng độ hs-CRP huyết tương là phổ biến và có liên quan với một số đặc điểm bệnh nhân suy tim mạn tính.

Từ khóa: Suy tim mạn tính, hs-CRP, tăng huyết áp, giảm albumin máu

SUMMARY

SURVEY OF PLASMA HS-CRP CONCENTRATION AND IT'S RELATION WITH SOME FEATURES OF CHRONIC HEART FAILURE PATIENTS

Objective: To investigate the concentration of plasma hs-CRP and it's relation with some features of chronic heart failure patients, who treated at Thong Nhat hospital, Dong Nai province. **Subjects and methods:** A prospective, cross-sectional study of 87 patients with chronic heart failure due to valve heart diseases, primary hypertension, and chronic ischemic heart disease. **Results:** Average level of plasma hs-CRP of heart failure patients was 4.2 mg/L, there was 40.2% of the patients with increased hs-CRP level. Increase of plasma hs-CRP level related significantly to cause of heart failure, degree of heart failure and hypoalbuminemia, $p < 0.05$. **Conclusion:** Increase of plasma hs-CRP level was common and relation to some features of chronic heart failure patients.

¹Bệnh viện Thống Nhất-Đồng Nai

²Bệnh viện Bạch Mai

³Bệnh viện 103, Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Dũng

Email: nhdungbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 24/3/2018

Ngày phản biện khoa học: 19/4/2018

Ngày duyệt bài: 5/5/2018

Keywords: Chronic heart failure, hs-CRP, hypertension, hypoalbuminemia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Protein phản ứng C là một dấu ấn viêm liên quan đến quá trình xơ vữa mạch máu, liên quan đến quá trình viêm ở nhiều bệnh lý gây nên suy tim. CRP kích thích thích tổng hợp yếu tố mô bởi tế bào đơn nhân và làm tăng hoạt hoá bổ thể, yếu tố mô chịu trách nhiệm về sự khởi đầu của quá trình đông máu. CRP cũng tham gia vào quá trình tạo thành các chất oxy hoá bởi các bạch cầu đơn nhân và bạch cầu đa nhân trung tính đồng thời CRP liên kết với lipoprotein tỷ trọng thấp và rất thấp làm trung gian cho sự thực bào và tích tụ LDL ở đại thực bào để hình thành tế bào bọt. Quá trình này liên quan đến sự khởi đầu và duy trì xơ vữa. Nhiều nghiên cứu cho thấy nồng độ protein phản ứng C tăng lên ở bệnh nhân suy tim, mức độ tăng liên quan đến nguyên nhân suy tim, tình trạng tăng huyết áp và mức độ xơ vữa mạch máu. Protein phản ứng C còn được xem như yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân suy tim mạn tính. Tại Việt nam, đã có một số nghiên cứu về nồng độ CRP trong máu ở bệnh nhân suy tim mạn tính được điều trị tại các bệnh viện khác nhau, tuy nhiên tại Bệnh viện của chúng tôi chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này. Vì vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài với mục tiêu: "Khảo sát nồng độ hs-CRP huyết tương và mối liên quan của nó với một số đặc điểm bệnh nhân suy tim mạn tính do bệnh van tim, tăng huyết áp và bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 87 bệnh nhân được chẩn đoán suy tim mạn tính do 3 nguyên nhân: bệnh van tim, bệnh THA nguyên phát và bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Thống Nhất – Đồng Nai.

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

- Bệnh nhân được chẩn đoán suy tim mạn tính theo tiêu chuẩn Framingham
- Nguyên nhân suy tim do: bệnh van tim, THA và BTTMCBMT
- Bao gồm cả nam, nữ.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

***Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh nhân suy tim cấp hoặc đợt cấp của suy tim mạn tính
- Đang có những biến chứng nặng như nhiễm khuẩn, nhồi máu cơ tim cấp...
- Bệnh nhân không hợp tác.

2. Phương pháp nghiên cứu

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

**Các bước tiến hành và nội dung nghiên cứu*

- Bệnh nhân được khám lâm sàng và xét nghiệm cận lâm sàng đầy đủ, trong đó có các xét nghiệm huyết học, sinh hoá, điện tim, siêu âm Doppler tim.
- Phân độ suy tim theo NYHA
- Định lượng hs-CRP theo nguyên lý đo độ đục phản ứng miễn dịch kháng nguyên kháng thể tăng cường trên hạt Latex, thực hiện trên máy AU 640 OLYMPUS, tại khoa Hóa sinh, Bệnh viện Thống nhất Đồng nai.

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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 87 bệnh nhân nghiên cứu có tuổi trung bình là 71,6 tuổi, nam 37,9% và nữ là 62,1%.

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo các nguyên nhân suy tim (n=87)

Nguyên nhân	Số lượng BN	Tỷ lệ %
Bệnh van tim	27	31,0
Tăng huyết áp	46	52,9
Bệnh TMCBCT mạn tính	14	16,1

- Nguyên nhân suy tim thường gặp nhất là gặp là THA với tỷ lệ 52,9%, sau đó là bệnh van tim với tỷ lệ 31%, bệnh TMCBCT mạn tính với tỷ lệ 16,1%.

Bảng 2. Tỷ lệ bệnh nhân theo độ suy tim theo NYHA (n=87)

Độ suy tim	Số lượng BN	Tỷ lệ %
II	46	52,9
III	33	37,9
IV	8	9,2

- Bệnh nhân STMT độ II có tỷ lệ cao nhất (52,9%), còn lại là độ III, IV, không có STMT độ I.

Bảng 3. Đặc điểm nồng độ hs-CRP ở nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng BN	Tỷ lệ %
Tăng hs-CRP	35	40,2
Nồng độ hs-CRP	4,2 ± 2,6	

Trung bình(mg/L)	Min – Max
	0,3 – 9,6

- Nồng độ hs-CRP trung bình trong nghiên cứu là 4,2mg/L.

- Tỷ lệ bệnh nhân có tăng hs-CRP là 40,2%.

Bảng 4. Mối liên quan giữa hs-CRP với nguyên nhân và phân độ suy tim

Chi số	Nồng độ hs-CRP (mg/L)	P	
Nguyên nhân suy tim	Bệnh van tim (n=27) (1)	4,4 ± 2,8	P1-2, 1-3 >0,05 P2-3 < 0,05
	Tăng huyết áp (n=46) (2)	3,6 ± 2,1	
	BTTMCB mạn tính (n=14) (3)	6,0 ± 3,3	
Phân độ NYHA	II (n=46) (1)	3,2 ± 2,2	P1-2, 1-3 < 0,05 P2-3 >0,05
	III (n=33) (2)	5,1 ± 2,6	
	IV (n=8) (3)	6,8 ± 2,2	
EF%	EF ≥ 50%, (n=54)	3,8 ± 2,6	P < 0,05
	EF < 50%, (n=33)	5,0 ± 2,6	

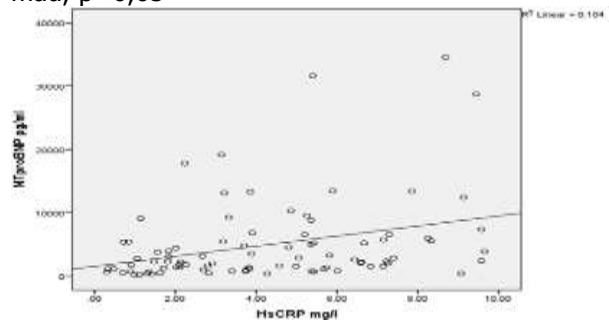
- Nồng độ hs-CRP huyết tương liên quan với nguyên nhân suy tim, mức độ nặng suy tim và EF%, p < 0,05.

Bảng 5. Tương quan giữa hs-CRP với một số chỉ số sinh hoá máu và EF%

Chi số	Giá trị		Phương trình tương quan
	r	P	
NT-proBNP(pg/mL)	0,322	0,002	y = 797,2x + 1510,4
Albumin (g/L)	-0.271	0.011	y = -0.475x + 36,484
EF%	-0.228	0.033	y = -1.129x + 57,387

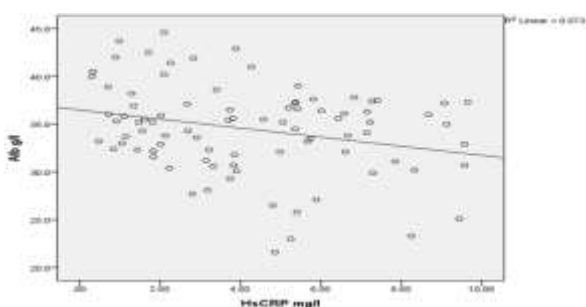
- Nồng độ NT- pro BNP có mối tương quan thuận, mức độ vừa với nồng độ Hs-CRP máu, p<0,01

- Nồng độ Albumin và EF% có mối tương quan nghịch, mức độ ít với nồng độ Hs-CRP máu, p<0,05



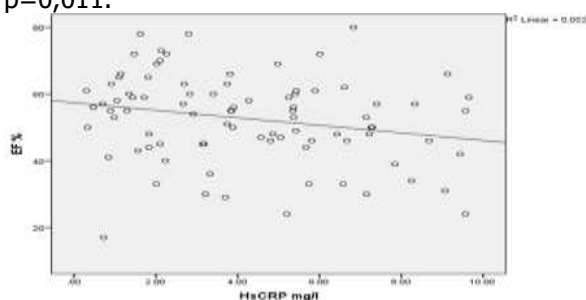
Biểu đồ 1. Tương quan giữa nồng độ NT-proBNP và hs-CRP máu (n=87)

Nhận xét: Có mối tương quan thuận mức độ vừa giữa nồng độ NT-proBNP với hs-CRP huyết tương, hệ số tương quan r=0,322, p=0,002.



Biểu đồ 2. Tương quan giữa nồng độ Albumin và hs-CRP máu (n=87)

Nhận xét: Có mối tương quan nghịch mức độ không chặt giữa nồng độ hs-CRP huyết tương với albumin máu, hệ số tương quan $r=-0,271$, $p=0,011$.



Biểu đồ 3. Tương quan giữa EF% và hs-CRP máu (n=87)

Nhận xét: Có mối tương quan nghịch mức độ không chặt giữa nồng độ hs-CRP huyết tương với EF%, hệ số tương quan $r=-0,228$, $p=0,033$.

IV. BÀN LUẬN

+ Về nồng độ hs-CRP của nhóm bệnh nhân suy tim mạn tính: Nồng độ hs-CRP trong huyết tương là chỉ số duy nhất phản ánh mức độ tổng hợp CRP trong cơ thể. Điều đó khẳng định giá trị của hs-CRP như là một chỉ điểm khách quan của tiến trình bệnh tật trong những rối loạn liên quan đến đáp ứng của cơ thể với giai đoạn cấp tính của bệnh. Do đó, đo nồng độ hs-CRP cung cấp nhiều thông tin hữu ích cho nhiều tình huống lâm sàng. Nhiều báo cáo đã nhấn mạnh rằng nồng độ huyết tương của các dấu ấn viêm tăng lên trong suy tim tiến triển. Nghiên cứu gần đây đã mở rộng việc áp dụng các dấu ấn sinh học của viêm để dự đoán suy tim mới khởi đầu và phân tầng nguy cơ của suy tim đã thiết lập. Dấu ấn viêm đã được xác định là chỉ số cận lâm sàng của suy tim trong tương lai.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ hs-CRP trung bình của nhóm suy tim mạn tính là 4,2mg/L. Tỷ lệ tăng hs-CRP ở nhóm bệnh chiếm 40,2%. Khi so sánh về nồng độ trung bình của nhóm bệnh nhân suy tim mạn tính chúng tôi

thấy nồng độ trung bình của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Vũ Khắc Quý, tỷ lệ bệnh nhân tăng hs-CRP ở nhóm nghiên cứu của tác giả này là 59,2%. Chúng tôi nhận thấy rằng, tăng hs-CRP trong các bệnh nhân suy tim mạn tính là có cơ sở. Mặc dù các nghiên cứu đều loại trừ những bệnh nhân có viêm nhiễm cấp tính ra khỏi nghiên cứu của mình, tuy nhiên CRP là một chất chỉ điểm viêm còn liên quan đến các quá trình viêm không nhiễm khuẩn đó là quá trình vữa xơ mạch máu. XVĐM là một bệnh viêm mạn tính. Trong quá trình này, các chất trung gian viêm đóng một vai trò chủ yếu trong sự khởi đầu, tiến triển, và cuối cùng là vỡ mảng xơ vữa. Như vậy, CRP không chỉ là một chỉ điểm viêm của XVĐM/biến cố mạch vành mà còn là một chất trung gian của bệnh bởi vì nó tham gia vào cơ chế hình thành tổn thương cơ bản, vỡ mảng xơ vữa, và tắc nghẽn mạch vành thông qua sự tương tác và làm biến đổi kiểu hình của tế bào nội mạc.

+ Về mối liên quan giữa nồng độ hs-CRP với một số đặc điểm bệnh nhân suy tim mạn tính: Qua nghiên cứu trên 87 bệnh nhân suy tim, chúng tôi thấy nồng độ trung bình hs-CRP ở nhóm suy tim do BTTMCBMT tăng cao nhất là 6,0mg/L, nồng độ trung bình hs-CRP của nhóm nguyên nhân tăng huyết áp và bệnh van tim tương ứng là 4,4mg/L và 3,6mg/L, khi so sánh nồng độ hs-CRP giữa các nhóm nguyên nhân với nhau sự khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Trong nghiên cứu Turker và cộng sự cũng thấy rằng nồng độ protein phản ứng C tăng cao nhất ở nhóm nguyên nhân BTTMCBMT, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Vũ Khắc Quý. Lý giải cho kết quả này, chúng tôi nhận thấy đây là kết quả hợp với cơ chế bệnh sinh tăng hs-CRP. Như chúng ta đã biết, hs-CRP là chất chỉ điểm viêm liên quan đến quá trình viêm nhiễm khuẩn và không nhiễm khuẩn trong đó có vữa xơ động mạch. Ở bệnh nhân BTTMCBMT cơ chế chính là hẹp, tắc ĐM vành do vữa xơ ĐM. Thường ở bệnh nhân có hẹp và tắc ĐM vành thường có tổn thương vữa xơ ở khắp các ĐM trong cơ thể, chính vì vậy tổn thương vữa xơ càng nhiều càng gây tăng hs-CRP huyết tương. Trong nghiên cứu của chúng tôi nồng độ hs-CRP trung bình tăng dần theo mức độ nặng của suy tim, và chỉ số NRI trung bình giảm dần theo mức độ nặng của độ suy tim, tuy nhiên chỉ thấy khác biệt có ý nghĩa thống kê với chỉ số hs-CRP, $p<0,05$. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu nồng độ hs-CRP trên bệnh nhân suy tim mạn tính của một số tác giả trong và ngoài nước khác.

Tương tự như mức độ suy tim trên lâm sàng phân loại theo NYHA, nồng độ hs-CRP ở nhóm bệnh nhân có EF < 50% cũng cao hơn nhóm bệnh nhân có EF từ 50% trở lên, $p < 0,05$. Ngược lại, giá trị trung bình NRI ở nhóm EF% < 50 thấp hơn nhóm bệnh nhân EF% từ 50 trở lên, tuy nhiên khi kiểm định chúng tôi chưa thấy có ý nghĩa thống kê. Kết quả mỗi liên quan giữa hs-CRP huyết tương và NRI cũng giống như kết quả của phân độ suy tim, điều này hợp lý bởi EF là một chỉ số trong siêu âm tim thể hiện mức độ suy tim, EF càng thấp chứng tỏ suy tim càng nặng và ngược lại suy tim càng nặng EF thể hiện càng thấp.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, cùng với mối tương quan thuận giữa hs-CRP huyết tương với NT-proBNP còn có mối tương quan nghịch mức độ vừa giữa nồng độ hs-CRP với giảm albumin máu, và giảm EF% $p < 0,05$. Hai chỉ số NT-proBNP và EF% thể hiện mức độ suy tim, mỗi liên quan đã được xem xét đánh giá và phân tích với mức độ suy tim trong nghiên cứu này, còn lại mối tương quan giữa hs-CRP với albumin máu của bệnh nhân suy tim mạn tính. Nhiều nghiên cứu cho thấy, có mối liên hệ phức tạp giữa quá trình chuyển hoá albumin, quá trình viêm và tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân mắc bệnh mạn tính trong đó có bệnh nhân suy tim mạn tính.

V. KẾT LUẬN

+ Tăng nồng độ hs-CRP huyết tương là phổ biến ở bệnh nhân suy tim mạn tính: Nồng độ hs-

CRP huyết tương trung bình của nhóm bệnh là 4,2mg/l. Có 40,2% bệnh nhân có tăng nồng độ hs-CRP huyết tương.

+ Tăng nồng độ hs-CRP huyết tương có liên quan với một số đặc điểm bệnh nhân suy tim mạn tính: Tăng nồng độ hs-CRP huyết tương liên quan với nguyên nhân suy tim, mức độ suy tim, tình trạng giảm albumin máu có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Phú Kháng (2002), "Suy tim", Bệnh học nội khoa, Tập 1, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, tr 52-65.
2. Phạm Quang Tuấn, Huỳnh Văn Minh, (2013). "Nghiên cứu nồng độ protein phản ứng C huyết thanh độ nhạy cao ở bệnh nhân suy tim", Y học Việt Nam, tr.45-54.
3. Vũ Khắc Quý (2016), "Nghiên cứu nồng độ hs-CRP và acid uric huyết tương ở bệnh nhân suy tim mạn tính" Luận văn cao học, Học viện Quân y.
4. Bellumkonda L, Tyrrell D, Hummel SL, et al (2017), "Pathophysiology of heart failure and frailty: a common inflammatory origin?" Aging Cell. 2017 Jun;16(3):444-450.
5. Kozdağ G, Ertaş G, Kiliç T, et al (2010), "Elevated level of high-sensitivity C-reactive protein is important in determining prognosis in chronic heart failure." Med Sci Monit. 2010 Mar;16(3):CR156-161.
6. Ky B, French B, Levy WC et al (2012), "Multiple biomarkers for risk prediction in chronic heart failure." Circ Heart Fail. 2012 Mar 1;5(2):183-90.
7. Tomita H, Takamuro M, Soda W et al (2008), "Increased serum high-sensitivity C-reactive protein is related to hypoxia and brain natriuretic peptide in congenital heart disease." Pediatr Int. 2008 Aug;50(4):436-40.

HỒI SỨC PHÌNH BÓC TÁCH ĐỘNG MẠCH CHỦ NGỰC STANFORD A Ở BỆNH NHÂN NỮ CÓ THAI: NHẬN 3 TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Nguyễn Vĩnh Trinh¹, Trần Quyết Tiến²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phình bóc tách động mạch chủ ngực (PBTĐMCN) tít A là bệnh lý gây tử vong cao cần phải can thiệp phẫu thuật cấp cứu kịp thời. Trong dân số chung, PBTĐMCN chiếm tỉ lệ 2,9/100.000 người năm [4]. PBTĐMCN tít A là biến chứng hiếm gặp trong thai kỳ, chiếm tỉ lệ 0,4/100.000 người năm [6], nhưng

gây tử vong cao cho cả mẹ và thai nhi. Từ năm 1984 cho đến nay, tính chung các báo cáo ca lâm sàng và những nghiên cứu có cỡ mẫu nhỏ trên toàn thế giới chỉ 180 ca [2], các kinh nghiệm về lâm sàng và điều trị cho đến nay hầu như rất ít. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hàng loạt. Các ca lâm sàng được ghi nhận dữ liệu từ tháng 01-2015 đến 01-2018 tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Tất cả bệnh nhân (BN) đều được phẫu thuật điều trị PBTĐMCN và duy trì thai kỳ thành công. **Kết quả:** 3 BN đều nhập viện cấp cứu vì đau ngực trái, tiền sử không ghi nhận bệnh động mạch chủ (ĐMC), không tăng huyết áp. 1 BN 20 tuổi thai 12 tuần bị bóc tách ĐMC ngực đoạn quai đường kính 60mm, tụ máu quanh túi phình, khả năng vỡ. 1 BN 26 tuổi thai 31 tuần bị phình ĐMC ngực lên, có dấu bóc tách từ đoạn lên kéo dài đến chỗ chia động mạch thận 2 bên, đường kính xoang 62mm, đoạn lên: 36mm, hở van

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vĩnh Trinh

Email: bsvinhtrinh@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 4.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 6.4.2018

Ngày duyệt bài: 12.4.2018

ĐMC trung bình. 1 BN 31 tuổi thai 33 tuần bị phình bóc tách gốc ĐMC và dẫn nhẹ ĐMC ngực đoạn lên, hở van ĐMC nhẹ. 2 BN thai 31 tuần và 33 tuần được tiến hành phẫu thuật lấy thai trước và phẫu thuật điều trị PBTĐMCN sau, 2 bé sơ sinh được chăm sóc tốt tại bệnh viện phụ sản. Cả 3 thai phụ được điều trị phẫu thuật thay phình ĐMC ngực đoạn lên, 1 thai phụ thay van ĐMC sinh học. Phẫu thuật thành công không biến chứng. Riêng BN thai 12 tuần được hỗ trợ progesterone sau mổ và tiếp tục thai kỳ. **Kết luận:** PBTĐMCN týp A hiếm gặp trong thai kỳ và gây tử vong rất cao cho cả mẹ và con. Hiện vẫn chưa có nhiều kinh nghiệm và khuyến cáo điều trị. Cần có sự phối hợp điều trị khẩn trương, kịp thời giữa các chuyên khoa sản, phẫu thuật tim và các bác sĩ gây mê, hồi sức.

SUMMARY

INTENSIVE CARE OF ACUTE TYPE A AORTIC DISSECTION IN PREGNANCY: 3 CASES

Objective: Acute aortic type A dissection is a life-threatening disease that requires immediate surgical intervention. In the general population, aortic dissection (AD) has an estimated incidence of 2.9 per 100,000 person years [4]. Acute aortic type A dissection is a rare complication of pregnancy, overall incidence of 0.4 cases per 100,000 person years [6], but represents a lethal risk to both the mother and fetus. A search of the English literature revealed approximately 180 cases since 1944 [2]. Clinical experience with this entity is limited to case reports or small cohorts. **Methods:** Cases reports. At Cho Ray hospital, between Jan 2015 and Jan 2018, we treated 3 women with AD associated with pregnancy. All patients were successfully managed surgically. Maternal and fetal mortalities were 0%. **Results:** 3 patients admitted to hospital with left chest pain, no known risk factors and a negative family history of AD or connective tissue disease. A 20-year-old woman, in the 12th week of pregnancy, had spiral computed tomography (CT) with IV contrast revealed aortic arch dissected with a diameter of 60 mm, the hematomas were around the aneurysm. A 26-year-old woman, in the 31th week of pregnancy, had CT with IV contrast revealed dissection of the aorta from the ascending aorta to the level of renal artery, the diameter of sinuses of Valsalva is 62mm, moderate aortic regurgitation (AR) by echocardiography. A 31-year-old woman, in the 33th week of pregnancy with aortic root dissection confirmed and mild dilation of the ascending thoracic aorta by CT, mild AR by echocardiography. 2 Women in the 31th and 33th weeks of pregnancy underwent an emergency combined operation, consisting of Cesarean section followed by aortic repair for AD and 2 newborns was taken to the Neonatal Care Unit for observation. One patient in the 12th week of pregnancy continued her pregnancy after an aortic operation. **Conclusion:** AD is a rare complication of pregnancy with significant morbidity and mortality for both the mother and infant. Clinical experience and treatment with this entity is limited to case reports or small cohorts containing fewer than 20 patients. A good professional relationship between the

cardiac surgeons, obstetrics and anesthesiologists is very important for the high-quality patient outcome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

PBTĐMCN týp A là bệnh lý hiếm gặp trong thai kỳ, chiếm 0,4 ca/100.000 BN năm [6], nhưng gây tử vong cao cho mẹ và thai nhi. Tỷ lệ tử vong tăng 1 – 3% mỗi giờ sau nhập viện, chiếm 25% trong 24 giờ đầu, 70% trong 1 tuần và 80% trong 2 tuần [5]. Các yếu tố nguy cơ thường gặp của PBTĐMCN gồm tăng huyết áp (THA), các bệnh lý rối loạn collagen gồm có hội chứng Marfan, hội chứng Ehlers-Danlos, van động mạch chủ (ĐMC) 2 lá, tiền căn gia đình, chấn thương. Ngoài ra, nồng độ ngày càng cao của estrogen và progesterone trong giai đoạn gần cuối thai kỳ cũng là yếu tố làm thoái hóa thành ĐMC, tương tự như hoại tử lớp áo giữa dạng nang ở những BN bị bóc tách ĐMC và không mang thai. Những thay đổi cấu trúc thành mạch bao gồm sự tăng sản cơ trơn, giảm axit mucopolysaccharide và sự mất đi tính toàn vẹn của các sợi chun giãn [3]. Từ năm 1984 đến nay, y văn thế giới ghi nhận 180 ca, do đó các kinh nghiệm lâm sàng và điều trị còn rất hạn chế.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Mô tả hàng loạt ca. Các dữ liệu được thu thập trong thời gian 3 năm từ tháng 01-2015 đến tháng 01-2018 tại khoa Hồi sức – Phẫu thuật tim Bệnh viện Chợ Rẫy. Tất cả 3 BN đều được phẫu thuật điều trị thành công PBTĐMCN, trong đó 2 thai phụ được thực hiện mổ bắt con trước, theo sau là phẫu thuật điều trị PBTĐMCN và 1 BN thai 12 tuần được điều trị phẫu thuật thay đoạn cuối ĐMC ngực đoạn lên, quai và đoạn đầu ĐMC xuống bằng prothese, hỗ trợ dưỡng thai sau mổ trong quá trình nằm viện. Các thông tin của BN đều được ghi nhận qua các dữ liệu chi tiết từ bệnh án.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

• **Ca lâm sàng thứ 1:** BN nữ Nguyễn Thị Ngọc T. 26 tuổi, PARA 0000, nhập viện ngày 05/06/2015 vì đau ngực trái ngày thứ 1. Tình trạng lúc nhập viện: BN tỉnh đau ngực, mạch 90 nhịp/phút, huyết áp (HA) 120/70mmHg.

Siêu âm tim: Phình ĐMC ngực đoạn lên có dấu bóc tách từ đoạn lên kéo dài đến đoạn xuống, đường kính (ĐK) 48mm, đoạn ngang: 23mm, đoạn xuống 22mm. Hở van ĐMC 2/4, EF: 70%.

Siêu âm bụng tổng quát: thai sống trong lòng tử cung 31 tuần, tim thai 167 nhịp/phút, đường kính lưỡng đỉnh (Biparietal Diameter - BPD): 80mm.

CT-scan ngực có cản quang: Phình xoang ĐMC, bóc tách ĐMC ngực từ đoạn lên đến chỗ chia ĐM thận 2 bên. ĐK xoang 62mm, ĐK đoạn lên 36mm, đoạn quai 28mm, đoạn xuống 25mm.

Điều trị: hội chẩn liên viện giữa khoa phẫu thuật tim và BV phụ sản Hùng Vương quyết định mổ lấy thai trước và phẫu thuật điều trị PBTĐMCN ngay sau đó trong cùng một thì. Sử dụng thuốc kích thích sự trưởng thành phổi thai nhi (Betamethasone 5,2mg 3 ống tiêm bắp mỗi 12 giờ). BN được mổ lấy thai và thắt 2 ĐM tử cung vào thời điểm 20 giờ sau khi nhập viện (thời gian: 60 phút), ngay sau đó được phẫu thuật thay van ĐMC sinh học số 25, thay ĐMC ngực lên bằng Prothese số 28, cắm lại 2 lỗ vành (thời gian: 8 giờ).

Hậu phẫu: Không chảy máu và sản dịch ít. BN tỉnh, sinh hiệu ổn, được ngưng thở máy và rút nội khí quản vào giờ 23 hậu phẫu. Các thuốc điều trị: kháng sinh imipenem và vancomycin, hạ áp bằng nicardipine truyền tĩnh mạch, giảm đau morphine. Xuất viện vào ngày hậu phẫu 17. Bé sơ sinh được chăm sóc tốt tại BV Hùng Vương.

• **Ca lâm sàng thứ 2:** BN nữ Nguyễn Quý Thùy D. 31 tuổi, PARA 1001, nhập viện ngày 21/01/2016 vì đau ngực trái ngày thứ 2. Tình trạng lúc nhập viện: BN tỉnh đau ngực, mạch 70 nhịp/phút, HA 130/80 mmHg.

Siêu âm tim: Phình gốc ĐMC (Đk vòng van 23mm, Valsalva 53mm, chỗ nối xoang ống 36mm) và có dấu bóc tách, dẫn nhẹ ĐMC ngực đoạn lên đk 37mm, đoạn quai 25mm, đoạn eo 18mm. Hở van ĐMC 1,5/4; EF: 76%. Không tràn dịch màng tim.

Siêu âm bụng tổng quát: thai sống trong lòng tử cung 33 tuần, tim thai 165 nhịp/phút.

CT-scan ngực có cản quang: Phình gốc ĐMC (Đk vòng van 23mm, Valsalva 53mm, chỗ nối xoang ống 36mm) và có dấu bóc tách, dẫn nhẹ ĐMC ngực đoạn lên đk 37mm, đoạn quai 25mm, đoạn eo 18mm.

Điều trị: hội chẩn liên viện giữa khoa phẫu thuật tim và BV phụ sản Hùng Vương quyết định mổ lấy thai trước và phẫu thuật điều trị PBTĐMCN ngay sau đó trong cùng một thì. Sử dụng thuốc kích thích sự trưởng thành phổi thai nhi (Betamethasone 5,2 mg 3 ống tiêm bắp mỗi 12 giờ). BN được mổ lấy thai vào thời điểm 34 giờ sau khi nhập viện (thời gian: 90 phút), bé trai 2600 gam, APGAR 7/8. Ngay sau đó được phẫu thuật sửa van ĐMC, thay ĐMC ngực lên bằng Prothese valsalva số 28, cắm lại 2 lỗ vành (thời gian: 7 giờ 45 phút).

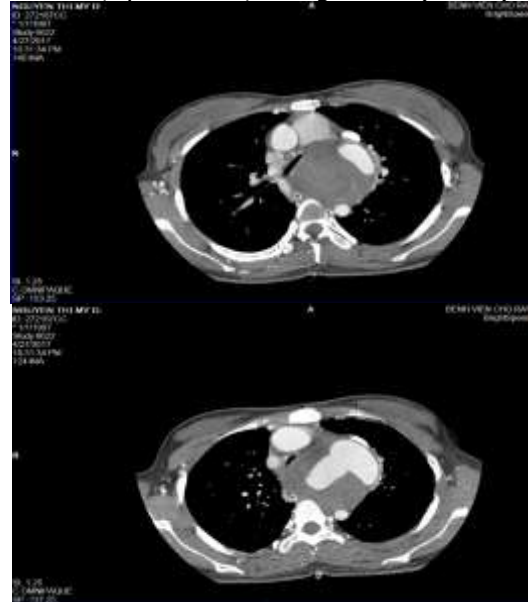
Hậu phẫu: Không chảy máu và sản dịch ít. BN tỉnh, sinh hiệu ổn, được ngưng thở máy và rút nội khí quản vào giờ 26 hậu phẫu. Các thuốc điều trị: kháng sinh Imipenem và Vancomycin, hạ áp bằng Nicardipine truyền tĩnh mạch, giảm đau Morphine. Xuất viện vào ngày hậu phẫu 13. Bé sơ sinh được chăm sóc tốt tại BV Hùng Vương.

• **Ca lâm sàng thứ 3:** BN nữ Nguyễn Thị Mỹ D. 20 tuổi, PARA 0000, nhập viện ngày 28/04/2017 vì đau ngực trái ngày thứ 7. Tình trạng lúc nhập viện: BN lơ mơ, thở máy, mạch 80 nhịp/phút, HA 140/90mmHg.

Siêu âm tim: Các van tim không hẹp hở, EF: 63%. Không tràn dịch màng tim.

Siêu âm bụng tổng quát: thai sống trong lòng tử cung 12 tuần, tim thai 178 nhịp/phút.

CT-scan ngực có cản quang: Phình ĐMC ngực lên có dấu bóc tách từ đoạn lên kéo dài đến chỗ chia ĐM thận 2 bên, ĐK xoang 62mm, đoạn lên: 36mm, quai 28mm, xuống 25mm (Hình 1).



Hình. 1 Phình bóc tách ĐMC ngực đoạn lên.

Điều trị: BN được chuyển vào phòng hồi sức khoa Phẫu thuật tim, tiếp tục thở máy, thuốc an thần, hạ áp với Nicardipine truyền tĩnh mạch. Hội chẩn liên viện giữa khoa phẫu thuật tim và BV phụ sản Hùng Vương quyết định phẫu thuật điều trị PBTĐMCN cấp cứu và hỗ trợ dưỡng thai sau mổ. Nếu thai sảy trong quá trình mổ gây băng huyết sau sanh, bác sĩ sản khoa sẽ hỗ trợ cầm máu tử cung ngay trong mổ. Phẫu thuật: thay đoạn cuối ĐMC ngực đoạn lên, đoạn quai và đoạn đầu ĐMC xuống bằng prothese số 25, cắm lại ĐM thân cánh tay đầu phải, ĐM cánh chung trái vào prothese, nối ĐM dưới đòn trái vào

prothese bằng prothese số 10 (thời gian: 7 giờ 10 phút).

Hậu phẫu: Không chảy máu. BN tỉnh, sinh hiệu ổn, được ngưng thở máy và rút nội khí quản vào giờ 30 hậu phẫu. Các thuốc điều trị: kháng sinh Imipenem và Vancomycin, hạ áp bằng Nicardipine truyền tĩnh mạch, giảm đau morphine, Cyclogest (progesterone) 0,4g 1 viên nhét hậu môn mỗi 12 giờ. Xuất viện vào ngày hậu phẫu 19.

IV. BÀN LUẬN

PBTĐMCN hiếm khi xảy ra ở người nữ trẻ tuổi, thống kê cho thấy có 50% các ca bóc tách ĐMC gặp ở những người nữ < 40 tuổi đang trong quá trình mang thai với tỉ lệ mắc phải cao nhất là vào tam cá nguyệt thứ 3 (50%) [1] và đây cũng là giai đoạn có sự tác động gây căng thành ĐMC cao nhất trong thời kỳ mang thai do sự tăng lên tối đa của nhịp tim, thể tích nhát bóp của tim, cung lượng tim, khối cơ thành thất trái và đường kính cuối tâm trương thất trái. Ngoài ra, trong thai kỳ, estrogen còn là yếu tố làm ức chế sự tích tụ của collagen và các sợi chun ở thành ĐMC, còn progesteron lại là yếu tố làm tăng tốc sự tích tụ các protein không phải collagen trong thành ĐMC. Chính các yếu tố vừa nêu tạo nên sự phân mảnh các sợi lưới, làm giảm lượng mucopolysaccharide và thúc đẩy thêm nữa sự mất đi tính chun lại của các sợi chun giãn thành ĐMC [3]. Hầu hết các trường hợp PBTĐMCN tít A trong thai kỳ đều có liên hệ đến các bệnh mô liên kết (hội chứng Marfan, hội chứng Ehlers-Danlos) cũng như có các yếu tố nguy cơ khác như THA, bệnh tim bẩm sinh (van ĐMC 2 lá). 3 BN vừa trình bày ở trên đều < 40 tuổi, trong đó 2 BN bị PBTĐMCN tít A vào tam cá nguyệt thứ 3. Tuy nhiên cả 3 BN trong báo cáo ca của chúng tôi đều không phát hiện được bất kỳ yếu tố nguy cơ liên quan nào, kể cả tiền sử gia đình về bệnh ĐMC. Cả 3 trường hợp PBTĐMCN ở đây xảy ra chỉ có thể giải thích được là do các yếu tố nguy cơ của chính thai kỳ gây ra, nhất là 2 BN thai 31 và 33 tuần tuổi.

PBTĐMCN nhất là tít A khi đã xuất hiện trong thai kỳ có thể gây tử vong rất cao cho cả mẹ và con, do đó cần phải có các biện pháp điều trị can thiệp cấp cứu kịp thời. Mục tiêu điều trị là đảm bảo giữ được sự sống còn của cả mẹ và con. Hiện nay vẫn chưa có các khuyến cáo thực hành lâm sàng với chứng cứ thuyết phục cho điều trị, trong bối cảnh đó, chúng ta tiến hành điều trị dựa vào sự đồng thuận chung của các

chuyên gia cũng như các kinh nghiệm có được từ các báo cáo ca lâm sàng trên thế giới. Dù các kinh nghiệm có được không nhiều, nhưng khi kết hợp với hội chẩn nhóm giữa các bác sĩ sản khoa, phẫu thuật tim và gây mê hồi sức, chúng ta có thể đưa ra được các quyết định điều trị kịp thời và có kết quả rất tốt. Nhìn chung, các chuyên gia đều thống nhất: (1) Thai kỳ < 28 tuần, nên phẫu thuật điều trị PBTĐMCN trước, không mổ lấy thai. (2) Thai kỳ > 32 tuần, nên phẫu thuật lấy thai trước, sau đó tiếp tục điều trị PBTĐMCN. (3) Thai kỳ giữa 28 – 32 tuần, nên phân tích giữa nguy cơ và lợi ích của việc lấy thai sớm nhằm đảm bảo lợi ích sống còn tốt nhất cho mẹ và con. Cả 3 BN chúng tôi trình bày đều được điều trị theo như hướng khuyến cáo chung vừa nêu. Thai phụ với thai 33 tuần được tiêm thuốc kích thích trưởng thành phổi thai nhi trong vòng 24 giờ trước khi mổ lấy thai nhi, đồng thời tiếp ngay sau đó phẫu thuật sửa van ĐMC, thay ĐMC ngược lên bằng Prothese valsalva số 28, cắm lại 2 lỗ vành. Thai phụ với thai 12 tuần được điều trị phẫu thuật PBTĐMCN, song song đó, các BS sản khoa túc trực ngay trong lúc mổ để hỗ trợ dự phòng trường hợp sảy thai gây băng huyết đe dọa sản phụ. Điều này rất dễ xảy ra bởi vì phẫu thuật điều trị PBTĐMCN đòi hỏi phải hạ thấp thân nhiệt và huyết áp của sản phụ trong lúc mổ trong khi đây lại chính là những yếu tố làm gia tăng rất cao khả năng sảy thai. Sau phẫu thuật điều trị PBTĐMCN thành công, thai phụ cần được điều trị bằng progesterone để phòng ngừa nguy cơ sảy thai vẫn còn. Riêng thai phụ với thai 31 tuần, sau khi hội chẩn kỹ lưỡng và kịp thời giữa các BS sản khoa, phẫu thuật viên và gây mê hồi sức, BN được tiêm thuốc kích thích trưởng thành phổi thai nhi mỗi 12 giờ, trong vòng 24 giờ sau đó tiến hành mổ lấy thai trước khi phẫu thuật điều trị PBTĐMCN.

Kiểm soát tốt huyết áp (huyết áp tâm thu < 130mmHg) và nhịp tim là một trong những điểm then chốt khi hồi sức cho thai phụ bị PBTĐMCN. Chọn lựa thuốc truyền tĩnh mạch hay uống phụ thuốc vào tốc độ tăng huyết áp và mức độ huyết áp. Methyldopa đã từng được sử dụng rộng rãi trong điều trị THA thai kỳ và an toàn cho thai nhi, tuy nhiên thuốc làm hạ huyết áp nhẹ và thời gian khởi phát tác dụng chậm (3 – 6 giờ). Thuốc chẹn thụ thể Beta là lựa chọn hàng đầu vì làm giảm lực căng xé thành mạch chủ và làm giảm tốc độ dẫn ĐMC, trong đó Labetalol, Metoprolol và Pindolol là các thuốc khuyến cáo sử dụng an toàn, riêng Atenolol có thể làm chậm sự phá

triển thai nhi nên không được khuyến cáo. Trong số các thuốc thuộc nhóm chẹn kênh canxi đường uống, Nifedipine tác dụng kéo dài được khuyến cáo, ngoài ra, nhóm thuốc này còn có dạng truyền tĩnh mạch là Nicardipine giúp kiểm soát nhanh, an toàn và hiệu quả mức huyết áp BN. Chống chỉ định sử dụng các thuốc nhóm ức chế men chuyển, chẹn thụ thể Angiotensin II, ức chế Renin trực tiếp cho thai phụ vì có thể gây dị dạng hệ thần kinh trung ương, tim mạch thai nhi nếu thai phụ uống thuốc trong tam cá nguyệt đầu và gây bất thường thận thai nhi nếu dùng thuốc trong nửa sau của thai kỳ. Thuốc kháng thụ thể Mineralocorticoid (spironolactone) qua nhau thai và chưa từng được chứng minh tính an toàn khi sử dụng trong thai kỳ. Nitroprusside có ở dạng truyền tĩnh mạch, nhưng do thuốc có thể gây ngộ độc cyanide cho thai nhi nên chỉ được xếp vào chọn lựa cuối cùng và chỉ sử dụng điều trị cấp cứu trong thời gian ngắn (liều 0,5 – 10mcg/Kg/phút) khi mà THA ở thai phụ trở với các biện pháp điều trị khác. Cả 3 thai phụ trong báo cáo của chúng tôi đều ghi nhận không có tiền căn THA và trị số huyết áp tâm thu lúc nhập viện 130–140mmHg được ổn định (<130mmHg) khi BN được điều trị giảm đau.

V. KẾT LUẬN

PBTĐMCN tít A là bệnh lý hiếm gặp trong thai kỳ nhưng nguy cơ gây tử vong cao cho cả mẹ và thai nhi. Nguyên nhân thường gặp nhất là

hội chứng Marfan. Điều trị đòi hỏi phải có sự phối hợp chặt chẽ giữa các BS sản khoa, phẫu thuật viên tim mạch và BS gây mê, hồi sức tim nhằm chẩn đoán và kịp thời can thiệp điều trị giúp bảo toàn sự sống còn của cả mẹ và thai nhi. Hiện vẫn chưa có một khuyến cáo điều trị nào với đủ những chứng cứ thuyết phục mạnh mẽ cho bệnh cảnh này, song quyết định điều trị thống nhất chung đều dựa vào kiểu bóc tách ĐMC của thai phụ và tuổi thai. Cần có nhiều hơn nữa những báo cáo ca cũng như các nghiên cứu với cỡ mẫu đủ lớn giúp tạo cơ sở thống kê vững chắc cho các khuyến cáo cụ thể trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ch'ng S. L. et al. (2013)**, "Stanford type a aortic dissection in pregnancy: a diagnostic and management challenge", *Heart Lung Circ.* 22 (1), pp. 12-18.
2. **Immer F. F. et al. (2003)**, "Aortic dissection in pregnancy: analysis of risk factors and outcome", *Ann Thorac Surg.* 76 (1), pp. 309-314.
3. **Manalo-Estrella P. et al. (1967)**, "Histopathologic findings in human aortic media associated with pregnancy", *Arch Pathol.* 83 (4), pp. 336-341.
4. **Meszaros I. et al. (2000)**, "Epidemiology and clinicopathology of aortic dissection", *Chest.* 117 (5), pp. 1271-1278.
5. **Pitt M. P. et al. (1997)**, "The natural history of thoracic aortic aneurysm disease: an overview", *J Card Surg.* 12 (2 Suppl), pp. 270-278.
6. **Thalmann M. et al. (2011)**, "Acute type A aortic dissection and pregnancy: a population-based study", *Eur J Cardiothorac Surg.* 39 (6), pp. e159-163.

ĐIỀU KIỆN AN TOÀN THỰC PHẨM TẠI MỘT SỐ NHÀ HÀNG, KHÁCH SẠN TRÊN ĐỊA BÀN THÀNH PHỐ SƠN LA, TỈNH SƠN LA NĂM 2017

Ninh Thị Nhung¹, Nguyễn Văn Công²

TÓM TẮT

Mục đích: Nghiên cứu thực trạng về điều kiện đảm bảo an toàn thực phẩm tại một số nhà hàng, khách sạn trên địa bàn thành phố Sơn La, tỉnh Sơn La năm 2017. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, mô tả. Quan sát và sử dụng bảng kiểm thiết kế sẵn để đánh giá điều kiện cơ sở vật chất; Trang thiết bị, dụng cụ phục vụ chế biến; Hệ thống sổ sách báo cáo, hồ sơ. Đối chiếu với các quy định hiện

hành của các cơ quan quản lý nhà nước về an toàn thực phẩm đối với 31 cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống, chế biến thực phẩm. **Kết quả:** 68% cơ sở thiết kế khu chế biến theo nguyên tắc một chiều; 58% cơ sở có kho đựng nguyên liệu riêng. 74,2% cơ sở đảm bảo về điều kiện cơ sở chế biến chung. Có 83,8% cơ sở có dụng cụ chế biến đảm bảo vệ sinh; 80,6% cơ sở có bàn chế biến đạt yêu cầu; có 93,5 cơ sở sử dụng nước rửa bát, chén theo quy định. Có 14,5% mẫu rau, quả có dư lượng thuốc trừ sâu; 12,9% mẫu dầu mỡ đã qua sử dụng bị ôi khét. Có 87,1% chủ cơ sở và 72,6% số nhân viên được tập huấn kiến thức ATVSTP; 80,6% chủ cơ sở và 74,2% số nhân viên được khám sức khỏe định kỳ. **Kết luận:** Có 74,2% cơ sở đảm bảo về điều kiện cơ sở chế biến chung; 89,4% cơ sở đảm bảo vệ sinh chung. Vẫn còn tồn tại rau quả có dư lượng thuốc trừ sâu trong một số cơ sở và một bộ phận chủ cơ sở và nhân viên chế biến chưa khám sức khỏe định kỳ.

¹Đại học Y Dược Thái Bình

²Ban Bảo vệ, chăm sóc sức khỏe cán bộ Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Công

Email: congnguyen12389@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 4.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 9.4.2018

Ngày duyệt bài: 13.4.2018

Từ khóa: An toàn thực phẩm, nhà hàng, khách sạn, điều kiện vệ sinh.

SUMMARY

CONDITIONS FOR FOOD SAFETY IN SOME RESTAURANTS, HOTELS LOCATION OF SON LA CITY, SON LA PROVINCE IN 2017

Objective: Research on the status of food safety in some restaurants and hotels in Son La city, Son La province in 2017. **Design:** Cross-sectional study. Observe and use pre-designed checklists to assess facilities conditions; Equipment and tools for processing; The system of accounting books, reports. Comparing with the current regulations of state management agencies in charge of food safety for establishments providing catering services and food processing. **Result:** 68% of the facility design is one-dimensional; 58% of establishments have their own storage facilities. 74.2% of bases guarantee the condition of the general processing facility. 83.8% of facilities have hygienic equipment; 80.6% of the establishments have satisfactory processing tables; 93.5% of bases used dishwashing liquid, cup according to regulations. **Conclusions:** 14.5% of samples of vegetables and fruits have pesticide residues; 12.9% of used cooking oil was stinky. 87.1% of facility owners and 72.6% of employees were trained in food safety knowledge; 80.6% of facility owners and 74.2% of employees have periodic health checks.

Keywords: food safety, restaurants, hotels, hygienic conditions

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

An toàn thực phẩm là vấn đề có tầm quan trọng đặc biệt, được tiếp cận với thực phẩm an toàn đang trở thành quyền cơ bản đối với mỗi con người. Thực phẩm an toàn đóng góp to lớn trong việc cải thiện sức khoẻ con người, chất lượng cuộc sống và chất lượng giống nòi.

Mất an toàn thực phẩm không chỉ là vấn nạn của Việt Nam, bất kỳ quốc gia nào trên thế giới cũng phải đối phó với thực trạng này. Ở nước ta, những năm gần đây ngộ độc thức ăn cũng thường xuyên xảy ra, có những vụ nghiêm trọng làm hàng trăm người mắc trong các bữa ăn cỗ bàn, liên hoan tiệc cưới, lễ hội... Vì vậy, bảo đảm an toàn thực phẩm đã và đang là vấn đề rất bức xúc nhất hiện nay, đặc biệt là trong các nhà hàng, khách sạn phục vụ khách du lịch, hội nghị, tiệc cưới, hội....

Thành phố Sơn La, là một thành phố của một tỉnh miền núi thuộc vùng Tây Bắc của tổ quốc, là trung tâm kinh tế, văn hoá, chính trị của tỉnh

cũng là điểm du lịch của du khách đang còn nhiều hứa hẹn. Trong những gần đây, cùng với sự phát triển của xã hội, xu hướng kinh tế thị trường phát triển về dịch vụ du lịch tại Sơn La, các nhà hàng, khách sạn đang từng bước được cải thiện về chất lượng phục vụ cũng như công tác đảm bảo an toàn vệ sinh thực phẩm.

Nghiên cứu thực trạng và các giải pháp nhằm đảm bảo vệ sinh an toàn thực phẩm tại các nhà hàng, khách sạn phục vụ khách du lịch trong giai đoạn hiện nay đã trở nên hết sức cấp thiết, như một điều kiện để phát triển du lịch cũng như phát triển kinh tế xã hội của địa phương. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu sau: *Đánh giá điều kiện đảm bảo an toàn thực phẩm tại các nhà hàng, khách sạn trên địa bàn thành phố Sơn La, tỉnh Sơn La.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 31 nhà hàng, khách sạn trên địa bàn TP Sơn La, tỉnh Sơn La về các vấn đề:

- + Điều kiện cơ sở vật chất;
- + Trang thiết bị, dụng cụ phục vụ chế biến;
- + Hệ thống sổ sách báo cáo, hồ sơ;

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

Các nhà hàng, khách sạn có công suất phục vụ từ 50 suất ăn trở lên/ 1 lần phục vụ.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 4/2017 đến tháng 10/2017.

Phương pháp thu thập số liệu:

- Quan sát trực tiếp và kiểm tra theo bảng kiểm đã chuẩn bị trước để đánh giá: Điều kiện cơ sở vật chất; Trang thiết bị dụng cụ chế biến, bảo quản, bày bán thức ăn; Điều kiện về người trực tiếp chế biến.

- Xét nghiệm bằng test nhanh để phát hiện:

+ Dư lượng thuốc trừ sâu trong rau, quả (mỗi cơ sở 02 mẫu, tổng cộng 62 mẫu): Sử dụng bộ Kit nhanh VPR-10 kiểm tra dư lượng thuốc trừ sâu trong rau quả của Viện Kỹ thuật hóa sinh và Tài liệu nghiệp vụ - Bộ Công an.

+ Độ ôi khét dầu mỡ đã qua sử dụng (mỗi cơ sở 01 mẫu, tổng cộng 31 mẫu): Sử dụng bộ Kit nhanh OT-04 kiểm tra dầu mỡ ôi khét của Viện Kỹ thuật hóa sinh và Tài liệu nghiệp vụ - Bộ Công an.

Xử lý số liệu: Nhập số liệu bằng phần mềm Epi data 3.1 và xử lý bằng phần mềm Stata 10.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm các nhà hàng, khách sạn nghiên cứu

Đặc điểm chung	Nhà hàng (n = 20)	Khách sạn (n = 11)	Tổng (n = 31)
Diện tích trung bình khu vực bếp ăn tập thể (m ²)	42	75	58,5

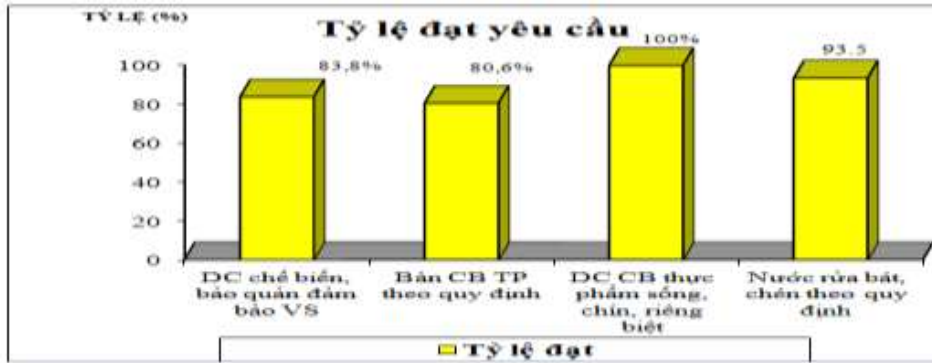
Số lượng suất ăn trung bình (suất/ngày)	55	90	72,5
Giá tiền trung bình /suất ăn (đồng)	150.000	200.000	175.000
Số người phục vụ trung bình (người)	05	13	9

Bảng 1 Cho thấy diện tích trung bình khu vực bếp tại các nhà hàng là 42m²; Trung bình khu vực bếp của các khách sạn rộng 75m²; các cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống tại các nhà hàng, khách sạn có khu vực bếp rộng trung bình là 58,5m². Số lượng suất ăn trung bình là 72,5 suất/ngày. Giá tiền trung bình/một suất ăn của nhà hàng là 150.000đ, của khách sạn là 200.000đ, giá tiền trung bình cho một suất ăn tại nhà hàng, khách sạn là 175.000đ. Số người phục vụ trung bình tại nhà hàng khách sạn là 09 người, trong đó tại nhà hàng là 05 người, tại khách sạn là 13 người.

Bảng 2. Tỷ lệ các nhà hàng, khách sạn đạt tiêu chuẩn qui định tại khu vực chế biến thực phẩm

Chỉ tiêu	Đạt	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Vị trí bếp chế biến cách xa nguồn ô nhiễm	29	93,5
Bếp được thiết kế theo nguyên tắc một chiều	21	68
Kết cấu khu chế biến vững chắc và phù hợp	29	93,5
Có phòng thay bảo hộ lao động theo quy định	22	71
Có thùng đựng rác kín	28	90,3
Có kho đựng nguyên liệu riêng	18	58
Có thiết bị phòng chống côn trùng, động vật và vi sinh vật gây hại	30	97
Sử dụng nguồn nước sạch	31	100
Tỷ lệ cơ sở đảm bảo vệ sinh chung	23	74,2

Bảng 2 cho thấy tỷ lệ cơ sở có vị trí bếp chế biến (CB) cách xa nguồn ô nhiễm là 93,5%; Tỷ lệ cơ sở thiết kế khu CB theo nguyên tắc một chiều là 68%; Tỷ lệ cơ sở có kết cấu khu CB vững chắc, phù hợp và đảm bảo vệ sinh là 93,5%; Tỷ lệ cơ sở có phòng thay bảo hộ lao động theo quy định chiếm 71%; Tỷ lệ cơ sở có thiết bị phòng chống côn trùng động vật gây hại là 97%; Tỷ lệ cơ sở có thùng rác đảm bảo vệ sinh, có nắp đậy kín là 90,3%; 100% nhà hàng, khách sạn sử dụng nước sạch để sơ chế, CB thực phẩm. Số cơ sở đảm bảo về điều kiện vệ sinh chung là 23 cơ sở, chiếm tỷ lệ 74,2%.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ các nhà hàng khách sạn đạt yêu cầu về trang thiết bị, dụng cụ

Biểu đồ 1 cho thấy tỷ lệ cơ sở có dụng cụ chế biến, dụng cụ chứa đựng, bảo quản TP đảm bảo vệ sinh là 83,8%; 80,6% cơ sở có bàn chế biến thực phẩm theo quy định; Có 93,5% số cơ sở sử dụng nước rửa chén, bát theo quy định của Bộ Y tế; 100% cơ sở có dụng cụ chế biến TP sống, chín riêng biệt; Tỷ lệ cơ sở đảm bảo vệ sinh chung là 89,4%.

Bảng 3. Tỷ lệ các nhà hàng, khách sạn thực hiện kiểm thực ba bước và lưu mẫu thực phẩm

Các yêu cầu kiểm thực ba bước và lưu mẫu thực phẩm	Nhà hàng (n = 20)		Khách sạn (n = 11)		Tổng (n = 31)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có sổ theo dõi nhập nguyên liệu thực phẩm	16	80	11	100	27	87,1
Có sổ theo dõi trong quá trình chế biến	9	45,5	09	81,8	18	58
Có sổ theo dõi lưu mẫu đúng quy định	13	65	10	91	23	74,2

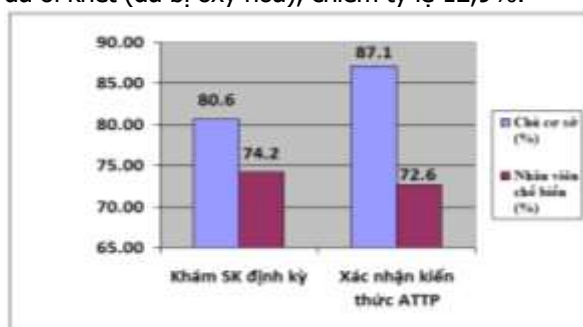
Có dụng cụ lưu mẫu theo quy định	16	80	11	100	27	87,1
Có tủ bảo quản mẫu lưu	20	100	11	100	31	100
Thực hiện chế độ lưu mẫu 24h	14	70	10	91	24	77,4
Tỷ lệ chung		73,4		94		80,6

Bảng 3 cho thấy tỷ lệ nhà hàng, khách sạn có sổ theo dõi nhập nguyên liệu thực phẩm là 80% và 100%, số nhà hàng khách sạn có sổ theo dõi nhập nguyên liệu thực phẩm chung đạt 87,1%. 45,5% nhà hàng và 81,8% khách sạn có sổ theo dõi trong quá trình chế biến đến trước khi ăn. Có 65% nhà hàng và 91% khách sạn có sổ theo dõi lưu mẫu thực phẩm đúng quy định. 100% nhà hàng, khách sạn có tủ bảo quản mẫu lưu. 77,4% nhà hàng khách sạn thực hiện chế độ lưu mẫu trong 24h, trong đó có 70% nhà hàng và 91% khách sạn thực hiện tốt việc lưu mẫu thực phẩm trong 24h. Tỷ lệ nhà hàng, khách sạn thực hiện tốt công tác kiểm thực ba bước và lưu mẫu thực phẩm đạt 80,6%.

Bảng 4. Tình trạng ô nhiễm thuốc trừ sâu trong rau, quả và độ ôi khét dầu mỡ trong dầu mỡ đã qua sử dụng

Nội dung	Kết quả xét nghiệm			
	Dương tính		Âm tính	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Dư lượng thuốc trừ sâu trong rau quả (n = 62)	9	14,5	53	85,5
Độ ôi khét dầu mỡ đã qua sử dụng (n = 31)	4	12,9	27	87,1

Bảng 4 cho thấy, có 09/62 mẫu rau dương tính với dư lượng thuốc trừ sâu trong rau quả, chiếm tỷ lệ 14,5%; có 04/31 mẫu dầu mỡ đã qua sử dụng đã ôi khét (đã bị oxy hoá), chiếm tỷ lệ 12,9%.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ người chế biến và người quản lý được khám sức khỏe và có giấy xác nhận kiến thức ATTP

Biểu đồ 2 cho thấy chủ cơ sở và nhân viên được khám sức khỏe định kỳ chiếm tỷ lệ 80,6% và 74,2%, không thực hiện khám sức khỏe định kỳ chiếm 19,4% và 25,8%; Chủ cơ sở và nhân

viên có giấy xác nhận kiến thức ATVSTP chiếm 87,1% và 72,6%, chưa có giấy xác nhận kiến thức ATVSTP chiếm 12,9% và 27,4%. Số chủ cơ sở và nhân viên chưa có giấy xác nhận kiến thức ATTP đều vì nhà hàng mới ra kinh doanh, nhân viên mới được tuyển dụng, đang trong thời gian thử việc nên chưa tham gia kiểm tra xác nhận kiến thức ATVSTP.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của các nhà hàng, khách sạn: Các cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống tại các nhà hàng, khách sạn có khu vực bếp rộng trung bình là 58,5m², trong đó diện tích trung bình khu vực bếp tại các nhà hàng là 42m², khu vực bếp của các khách sạn rộng 75m². Số lượng suất ăn trung bình là 72,5 suất/ngày. Giá tiền trung bình/một xuất ăn của nhà hàng là 150.000đ, của khách sạn là 200.000đ, giá tiền trung bình cho một xuất ăn tại nhà hàng, khách sạn là 175.000đ. Số người phục vụ trung bình tại nhà hàng khách sạn là 09 người, trong đó tại nhà hàng là 05 người, tại khách sạn là 13 người. Số lượng suất ăn trung bình là 72,5 suất/ngày. Giá tiền trung bình/một xuất ăn của nhà hàng là 150.000đ, của khách sạn là 200.000đ, giá tiền trung bình cho một xuất ăn tại nhà hàng, khách sạn là 175.000đ. Số người phục vụ trung bình tại nhà hàng khách sạn là 09 người, trong đó tại nhà hàng là 05 người, tại khách sạn là 13 người (Bảng 1).

Điều kiện vệ sinh khu chế biến

- Vị trí khu bếp phải cách biệt với nguồn ô nhiễm (nhà vệ sinh, nơi cống rãnh, rác thải, ...) ít nhất là 10m, đây là tiêu chí hàng đầu của một cơ sở dịch vụ ăn uống nói chung, hơn nữa đối tượng nghiên cứu ở đây là các nhà hàng, khách sạn nên đối với tiêu chí này cần được xem là tiêu chí hàng đầu. Tuy nhiên qua kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ cơ sở có vị trí xây dựng cách xa nguồn ô nhiễm là 93,5%. (Bảng 2). Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Trần Việt Nga về thực trạng điều kiện vệ sinh, kiến thức thực hành ATVSTP trong bếp ăn tập thể các Trường Mầm Non quận Hoàn Kiếm năm 2007 (77,27%).

- Về kết cấu khu chế biến như: tường, nền nhà phải làm bằng vật liệu vững chắc, không thấm nước, dễ cọ rửa làm vệ sinh, trần nhà làm bằng vật liệu sáng màu, không bị dột, không thấm nước. Nhưng do một số cơ sở phải đi thuê

nhà của dân, hợp đồng thuê nhà không dài hạn (1 năm hợp đồng 01 lần) nên diện tích khu chế biến chật hẹp, vì không thể sửa chữa, cơ nới, tường và trần nhà bết chế biến còn bám bụi bẩn, kết cấu không đạt yêu cầu nên còn 6,5% số cơ sở có kết cấu khu chế biến chưa đạt, có 93,5% số cơ sở nghiên cứu đạt tiêu chí này (Bảng 2). Việc thiết kế bố trí khu chế biến theo nguyên tắc một chiều để tránh lây nhiễm chéo từ thực phẩm sống sang thực phẩm chín chỉ có 21 cơ sở đạt, chiếm tỷ lệ 68%. Nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu của Đỗ Thị Hòa, Ngô Thị Tuyền, Trần Xuân Bách về thực trạng ATVSTP của các bếp ăn tập thể tại Trường Đại học Y Hà Nội (71,4%).

- Về tiêu chí sử dụng nước sạch, nghiên cứu cho thấy có 100% nhà hàng, khách sạn đều sử dụng nguồn nước sạch để dùng trong chế biến thực phẩm. Vì trong tất cả công đoạn từ sơ chế nguyên liệu đến làm chín thực phẩm, làm sạch dụng cụ đều nhất thiết phải có đủ nước sạch là yêu cầu bắt buộc đối với các cơ sở dịch vụ ăn uống (Bảng 2).

- Việc xử lý rác thải và chất thải theo quy định, kết quả nghiên cứu cho thấy 28/31 cơ sở có thùng chứa đựng rác có nắp đậy kín, thùng rác được vệ sinh sạch sẽ, rác thải được chuyển đi trong ngày đạt 90,3%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Phan Quế Anh và cộng sự (2003) nghiên cứu các nhà hàng, khách sạn tại Hà Nội là 58%. Tỷ lệ cơ sở có thiết bị phòng chống côn trùng động vật gây hại đạt yêu cầu chiếm tỷ lệ 97%, còn 3% số cơ sở chưa đạt tiêu chí này.

Điều kiện về trang thiết bị, dụng cụ chế biến: Dụng cụ chế biến thực phẩm và dụng cụ ăn uống không đảm bảo vệ sinh sẽ trở thành đường lây truyền nhanh nhất để các yếu tố gây bệnh xâm nhập vào cơ thể con người, qua nghiên cứu cho thấy tỷ lệ cơ sở đạt điều kiện trang thiết bị, dụng cụ là 83,8%; Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Phan Quế Anh và cộng sự (2003) nghiên cứu các nhà hàng, khách sạn tại Hà Nội là 96%. 80,6% cơ sở có bàn chế biến thực phẩm theo quy định; Có 93,5% cơ sở dùng nước rửa bát, chén theo quy định và 100% cơ sở đều có dụng cụ chế biến thực phẩm sống, chín riêng biệt (Biểu đồ 1).

Thực hiện kiểm thực 3 bước và lưu mẫu thực phẩm: Tỷ lệ nhà hàng, khách sạn có sổ theo dõi nhập nguyên liệu thực phẩm là 80% và 100%, số nhà hàng khách sạn có sổ theo dõi nhập nguyên liệu thực phẩm chung đạt 87,1%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Vũ Văn Kiên nghiên cứu về điều kiện đảm bảo ATTP và

công tác quản lý các cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống tại thành phố Điện Biên Phủ năm 2012 là (77,8%). 45,5% nhà hàng và 81,8% khách sạn có sổ theo dõi trong quá trình chế biến đến trước khi ăn. Có 65% nhà hàng và 91% khách sạn có sổ theo dõi lưu mẫu thực phẩm đúng quy định. 100% nhà hàng, khách sạn có tủ bảo quản mẫu lưu. 77,4% nhà hàng khách sạn thực hiện chế độ lưu mẫu trong 24h, trong đó có 70% nhà hàng và 91% khách sạn thực hiện tốt việc lưu mẫu thực phẩm trong 24h (Bảng 3).

Thực trạng ô nhiễm thuốc trừ sâu trong rau quả và độ ôi khét trong dầu mỡ đã qua sử dụng

Nước ta là một nước nông nghiệp, hơn 70% dân số sống bằng nghề nông, theo ước tính ở nước ta hiện tại mỗi năm ngành nông nghiệp tiêu thụ không dưới 30 ngàn tấn thuốc bảo vệ thực vật để phục vụ cho nông nghiệp nên tình trạng ô nhiễm thuốc bảo vệ thực vật càng đáng lo ngại. Việc sử dụng thuốc bảo vệ thực vật có thể để lại nhiều tác hại cho môi trường, sức khỏe của con người đặc biệt quan trọng là dư lượng thuốc trừ sâu còn tồn dư trên bề mặt thực phẩm (do người sản xuất sử dụng quá nhiều hoặc không đảm bảo thời gian từ khi phun đến khi thu hoạch).

Tại thành phố Sơn La, qua nghiên cứu thực tế tại các nhà hàng, khách sạn cho thấy có 9/62 mẫu dương tính với dư lượng thuốc trừ sâu trong rau quả, chiếm 14,5% và 04/31 mẫu dầu mỡ đã qua sử dụng dương tính với độ ôi khét dầu mỡ chiếm 12,9% (Bảng 4).

Tình trạng khám sức khỏe và giấy xác nhận kiến thức ATTP: Việc tập huấn kiến thức ATVSTP và khám sức khỏe là một trong những tiêu chí bắt buộc đối với chủ cơ sở và người trực tiếp tham gia chế biến, phục vụ tại các dịch vụ ăn uống, nhà hàng, khách sạn. Trong vòng 01 năm qua số chủ cơ sở và nhân viên trực tiếp CB chưa được tập huấn các kiến thức cơ bản về ATVSTP chiếm tỷ lệ 12,9 và 27,4% và số chưa được khám sức khỏe là 19,4% và 25,8% (Biểu đồ 2), vì số chủ cơ sở này mới ra kinh doanh và nhân viên mới được tuyển dụng vào làm việc tại các nhà hàng, khách sạn hoặc đang trong thời gian thử việc. Hơn nữa nhân viên chế biến, phục vụ tại các nhà hàng, khách sạn không làm cố định luôn thay đổi hàng năm, hoặc nếu họ tìm được công việc có thu nhập cao hơn họ lại chuyển công việc khác, hoặc chuyển cơ sở làm việc nên rất khó khăn cho việc tập huấn kiến thức ATTP và khám sức khỏe định kỳ theo quy định.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ cơ sở trên địa bàn nghiên cứu có vị trí cách xa nguồn ô nhiễm là 93,5%; Tỷ lệ cơ sở có

kết cấu khu CB vững chắc, phù hợp và đảm bảo vệ sinh là 93,5%; Tỷ lệ cơ sở thiết kế khu CB theo nguyên tắc một chiều là 68%; chỉ có 58% cơ sở có kho đựng nguyên liệu riêng. Có 71% cơ sở có phòng thay bảo hộ lao động theo quy định. Tỷ lệ cơ sở đảm bảo về điều kiện cơ sở chế biến chung là 74,2%.

- Điều kiện trang thiết bị, dụng cụ CB thực phẩm chưa đảm bảo vệ sinh, chỉ có 83,8% cơ sở có dụng cụ chế biến đảm bảo vệ sinh; 80,6% cơ sở có bàn chế biến đạt yêu cầu; có 93,5 cơ sở sử dụng nước rửa bát, chén theo quy định. Tỷ lệ cơ sở đảm bảo vệ sinh chung là 89,4%.

- Tỷ lệ nhà hàng, khách sạn thực hiện kiểm tra thực ba bước và lưu mẫu thực phẩm tương đối cao: 80,6%.

- Qua kiểm tra test nhanh 62 mẫu rau quả tại 31 nhà hàng, khách sạn tỷ lệ rau, quả có dư lượng thuốc trừ sâu chiếm 14,5%. Dầu mỡ đã qua sử dụng bị ôi khét, chiếm tỷ lệ 12,9%.

- Có 87,1% chủ cơ sở và 72,6% số nhân viên được tập huấn kiến thức ATVSTP; 80,6% chủ cơ sở và 74,2% số nhân viên được khám sức khỏe định kỳ.

KHUYẾN NGHỊ

- Tăng cường công tác chỉ đạo phối hợp liên

ngành trong công tác kiểm tra, giám sát đảm bảo ATTP, việc thực hiện các quy định về điều kiện ATTP tại các nhà hàng, khách sạn.

- Thực hiện khám sức khỏe định kỳ và tập huấn kiến thức ATTP cho người chế biến thực phẩm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Thông tư số 15/2012/TT-BYT ngày 12/9/2012 "Quy định về điều kiện chung đảm bảo an toàn thực phẩm đối với cơ sở sản xuất kinh doanh thực phẩm".
2. Bộ Y tế, Thông tư số 30/2012/TT-BYT ngày 05/12/2012 "Quy định về điều kiện đảm bảo an toàn thực phẩm đối với cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống, kinh doanh thức ăn đường phố".
3. Chi cục an toàn thực phẩm (Sơn La), Báo cáo tổng kết về công tác đảm bảo an toàn thực phẩm của từ năm 2013 - 2016.
4. Trường Đại học Y Thái Bình (2011), "Bài giảng Quản lý an toàn thực phẩm".
5. Phan Quế Anh (2003) "Thực trạng giải pháp tại khách sạn, nhà hàng trên địa bàn thành phố Hà Nội".
6. Nguyễn Minh Nguyệt (2012) "Đánh giá thực trạng điều kiện vệ sinh an toàn thực phẩm các cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống tại 02 phường trung tâm trên địa bàn TP Sơn La năm 2012".
7. Vũ Văn Kiên (2012) "Điều kiện đảm bảo ATTP và công tác quản lý các cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống tại thành phố Điện Biên Phủ năm 2012".

KẾT QUẢ PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHO BỆNH NHÂN VIÊM QUANH KHỚP VAI TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH - NĂM 2017

Phạm Thị Tĩnh¹, Phạm Thị Dung¹, Phạm Thị Thanh Huyền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu tình hình và kết quả phục hồi chức năng cho bệnh nhân viêm quanh khớp vai đến điều trị ngoại trú tại khoa phục hồi chức năng - Bệnh viện Đại học Y Thái Bình năm 2017. Từ đó xây dựng kế hoạch về nhân lực, trang thiết bị, kỹ thuật nhằm nâng cao hiệu quả điều trị. **Phương pháp:** Nghiên cứu cứu tiến cứu. **Kết quả nghiên cứu:** Trong năm 2017, tỷ lệ bệnh nhân viêm quanh khớp vai đến điều trị tại khoa chiếm 42,8%. Bệnh nhân độ tuổi 41 - 60 chiếm 46,5%. Bệnh nhân viêm quanh khớp vai đơn thuần chiếm 91,1%. Các bệnh kèm theo là thoái hóa cột sống cổ 10,8%. Các kỹ thuật thuộc nhóm Nhiệt trị liệu được sử dụng nhiều nhất chiếm tỷ lệ 39,4%, trong đó chủ yếu là hồng ngoại 24,2%; Nhóm vận động, xoa bóp chiếm 28,2%. Nhóm điện trị liệu chiếm 29,5% trong đó điện phân thuốc (24,1%). Sau 15 ngày điều

trị, kết quả tốt về giảm đau chiếm 59,6%; Tâm vận động chiếm 51,2% và hoạt động chức năng hồi phục tốt chiếm 53,1%.

Từ khóa: Vật lý trị liệu, phục hồi chức năng

SUMMARY

RESULTS OF FUNCTIONAL REHABILITATION FOR PATIENTS WITH PERIARTHRITIS HUMEROSCAPULARIS IN THE HOSPITAL OF THAIBINH UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY IN 2017

Objectives: To examine the status and outcomes of functional rehabilitation for outpatients with periarthritis humeroscapularis treated in the Rehabilitation Department of the Hospital of Thai Binh University of Medicine and Pharmacy in 2017. From that, a plan of human resources, equipment and techniques will be developed to improve the effectiveness of treatment. **Methodology:** prospective study. **Research results:** In 2017, the rate of patients with periarthritis humeroscapularis treated in the Rehabilitation Department accounted for 42.8%. Patients aged 41 - 60 accounted for 46.5%. Patients with unilateral periarthritis humeroscapularis

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Tĩnh
Email: phamtinh_ytb@yahoo.com
Ngày nhận bài: 14.2.2018
Ngày phản biện khoa học: 13.4.2018
Ngày duyệt bài: 20.4.2018

accounted for 91.1%. The rate of patients with periarthritis humeroscapularis accompanying neck degeneration was 10.8%. 39,4% of the patients had treatment with heat therapy and 24,2% of whom had infrared therapy treatment. 28.2% of the patients had massage. The group of patients with electrotherapy treatment accounted for 29,5% and 24,1% of whom had electrolytes. After 15 days of treatment, 59.6% of the patients had good results on pain relief. Mobility was restored in 51.2% of the patients and shoulder functions was well-recovered in 53.1% of the patients.

Key words: Physical therapy, rehabilitation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm quanh khớp vai là thuật ngữ dùng chung cho các bệnh lý viêm các cấu trúc phần mềm quanh khớp vai: Gân, túi thanh dịch, bao khớp (không bao gồm các bệnh lý có tổn thương đầu xương, sụn khớp và màng hoạt dịch như viêm khớp nhiễm khuẩn, viêm khớp dạng thấp). Bệnh thường gặp ở người cao tuổi (trên 50 tuổi). Các nguyên nhân thông thường là do thoái hóa, bệnh nghề nghiệp, chơi thể thao quá sức hoặc sau chấn thương vùng vai. Cũng có thể gặp viêm quanh khớp vai do một số bệnh lý khác (tim mạch, hô hấp, tiểu đường...).

Viêm quanh khớp vai là một trong những bệnh thường gặp của hệ cơ xương khớp. Tuy không ảnh hưởng đến tính mạng nhưng do đặc điểm bệnh thường kéo dài và hay tái phát nên ảnh hưởng nhiều đến khả năng lao động và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Có nhiều phương pháp để điều trị bệnh lý viêm quanh khớp vai trong đó vật lý trị liệu - phục hồi chức năng là một trong những phương pháp thường được bệnh nhân lựa chọn.

Để tìm hiểu tình hình bệnh nhân viêm quanh khớp vai điều trị ngoại trú tại khoa, chúng tôi nghiên cứu đề tài với mục tiêu: "Đánh giá kết quả phục hồi chức năng cho bệnh nhân viêm quanh khớp vai tại khoa phục hồi chức năng - Bệnh viện Đại học Y Thái Bình năm 2017".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm tất cả các bệnh nhân viêm quanh khớp vai đơn thuần đến điều trị ngoại trú tại khoa Phục hồi chức năng năm 2017

Loại khỏi nghiên cứu những bệnh nhân có bệnh lý khớp vai nhưng do các nguyên nhân khác như chấn thương sọ não, gãy xương, trật khớp vai...

2.1.3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 03/2018

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp tiến cứu.

2.2.2. Cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Tổng số bệnh nhân viêm quanh khớp vai điều trị ngoại trú tại khoa.

- Tỷ lệ bệnh nhân theo tuổi, giới.

- Tỷ lệ bệnh nhân theo vị trí tổn thương.

- Tỷ lệ bệnh nhân theo dạng bệnh và các bệnh kèm theo.

- Kết quả điều trị: Kết quả điều trị theo 3 lĩnh vực là giảm đau, gia tăng tầm vận động khớp vai và cải thiện các hoạt động chức năng của khớp vai được đánh giá theo 3 mức độ là Tốt, khá và kém.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong năm 2017, tổng số bệnh nhân điều trị ngoại trú tại khoa là 498 lượt, trong đó có 213 lượt bệnh nhân viêm quanh khớp vai, chiếm 42,8%. Số bệnh nhân viêm quanh khớp vai là nữ giới chiếm 60% (128 người).

Bảng 1. Tỷ lệ bệnh nhân theo tuổi

Tuổi	Số lượng	Tỷ lệ %
< 16	2	0,9
17 - 40	20	9,4
41 - 60	99	46,5
> 60	92	43,2
Tổng	213	100

Nhận xét: Bệnh nhân viêm quanh khớp vai ở độ tuổi 41 - 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (46,5%);

Nhóm tuổi > 60 chiếm 43,2%. Chỉ có 2 bệnh nhân < 16 tuổi chiếm 0,9%.

Bảng 2. Tỷ lệ bệnh nhân theo bên tổn thương

Bên tổn thương	Số lượng	Tỷ lệ %
Phải	75	35,2
Trái	70	32,3
Hai bên	68	32,5
Tổng	213	100

Nhận xét: Bệnh nhân viêm quanh khớp vai ở vai phải, vai trái và cả hai vai chiếm tỷ lệ tương đương nhau.

Bảng 3. Tỷ lệ bệnh nhân theo thể bệnh

Thể bệnh	Số lượng	Tỷ lệ %
Viêm quanh khớp vai	194	91,1
Hội chứng vai gáy	6	2,8
Hội chứng vai tay	13	6,1
Tổng	213	100

Nhận xét: Viêm quanh khớp vai đơn thuần chiếm 91,1%. Hội chứng vai tay chiếm 6,1%; Hội chứng vai gáy chiếm 2,8%.

Bảng 4. Phân loại theo bệnh kèm theo (n= 213)

Bệnh kèm theo	Số lượng	Tỷ lệ %
Thoái hóa cột sống cổ	23	10,8
Thoái hóa khớp gối	5	2,3

Đau thắt lưng	7	3,4	mach...).	44	20,7
Khác (đái đường, tim)	9	4,2			
Tổng					

Nhận xét: Bệnh nhân viêm quanh khớp vai có các bệnh khác kèm theo chiếm 20,7% trong đó gặp nhiều nhất là thoái hóa cột sống cổ chiếm 10,8%; Đau vùng thắt lưng chiếm 3,4%.

Bảng 5. Các kỹ thuật áp dụng trong điều trị

Các kỹ thuật điều trị		Số lượng	Tỷ lệ %
Nhóm Nhiệt trị liệu	Hồng ngoại	2.368	24,2
	Parafin	482	4,9
	Sóng ngắn	329	3,3
	Ví sóng	287	2,9
	Siêu âm	392	4,1
Nhóm điện trị liệu	Điện một chiều đều	95	1,0
	Điện phân dẫn thuốc	2.373	24,1
	Điện xung	427	4,4
Nhóm vận động – xoa bóp		2.769	28,2
Kéo giãn cột sống		287	2,9
Tổng		9.809	100

Nhận xét: Các kỹ thuật thuộc nhóm Nhiệt trị liệu được sử dụng nhiều nhất chiếm tỷ lệ 39,4%, trong đó chủ yếu là hồng ngoại 24,2%;

Các kỹ thuật thuộc nhóm Vận động - Xoa bóp chiếm 28,2%.

Các kỹ thuật thuộc nhóm Điện trị liệu chiếm tỷ lệ 29,5%. Trong đó chủ yếu là điện phân dẫn thuốc 24,1%; Điện xung là 4,4%. Chỉ có 95 bệnh nhân (1%) điều trị điện một chiều đơn thuần. Nhóm kéo giãn cột sống cổ bằng máy chiếm tỷ lệ 2,9%.

Bảng 6. Kết quả sau 15 ngày điều trị (n=213)

Các lĩnh vực	Mức độ					
	Tốt		Khá		Kém	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Giảm đau	127	59,6	73	34,3	13	6,1
Tầm vận động khớp vai	109	51,2	88	41,3	16	7,5
Hoạt động chức năng	113	53,1	89	41,8	11	5,1

Nhận xét: Sau 1 đợt điều trị 15 ngày:

- Mức độ đau: Giảm đau tốt chiếm 59,6%, khá chiếm 34,3%. Chỉ có 6,1% giảm đau ít.
- Tầm vận động khớp vai: Tốt chiếm 51,2%, khá chiếm 41,3%. Mức độ kém 7,5%.
- Hoạt động chức năng của khớp vai: Tốt chiếm 53,1%, khá chiếm 41,8%, kém là 5,1%.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân đến điều trị tại khoa.

Trong năm 2017, tổng số bệnh nhân điều trị ngoại trú tại khoa là 498 lượt, trong đó có 213 lượt bệnh nhân viêm quanh khớp vai, chiếm 42,8%.

Khớp vai là khớp nối giữa chi trên với thân mình và giữ vai trò đặc biệt quan trọng là giúp chúng ta thực hiện các động tác trong lao động, nghề nghiệp cũng như trong sinh hoạt hàng ngày. Về phương diện giải phẫu, đây là một trong những khớp phức tạp nhất của cơ thể. Do hoạt động theo nhiều mặt phẳng, tầm vận động phong phú, biên độ vận động rộng (khớp duy nhất có thể thực hiện động tác xoay 360 độ) nhưng lại là khớp ổ chảo có tiếp giáp không hoàn toàn nên lỏng lẻo và rất dễ bị tổn thương trên lâm sàng. Viêm quanh khớp vai là bệnh phổ biến trong nhóm các bệnh xương khớp. Nếu không được điều trị sớm thì bệnh nhân không

chỉ đau đớn và khó khăn trong vận động, sinh hoạt hàng ngày mà còn có thể dẫn tới việc hình thành các biến chứng nguy hiểm như mất đi khả năng lao động và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh [1].

Độ tuổi và giới: Trong kết quả NC của chúng tôi, số bệnh nhân viêm quanh khớp vai là nữ giới chiếm 60% (128 người).

NC của Phạm Hải Yến và Nguyễn Xuân Nghiên về tình hình bệnh nhân điều trị nội trú, ngoại trú tại Khoa PHCN Bệnh viện Bạch Mai cũng nhận thấy BN nữ đến điều trị ngoại trú chiếm 58,1%, ngược lại với mô hình bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện (Nam giới chiếm 56,1%)[6]. Kết quả NC của Nguyễn Hữu Huyền thì bệnh nhân nữ chiếm 52,6% [4].

Kết quả bảng 1 cho thấy: Bệnh nhân viêm quanh khớp vai ở nhóm từ > 40 tuổi chiếm tỷ lệ

cao nhất trong đó độ tuổi 41-60 chiếm 46,5% và nhóm > 60 chiếm 43,2%.

Kết quả NC của Nguyễn Hữu Huyền cho thấy: Bệnh nhân viêm quanh khớp vai gặp nhiều nhất ở độ tuổi từ 51 - 60, độ tuổi trung bình 58,9.

Kết quả NC của Nguyễn Tuyền Tính và CS: Độ tuổi 41 - 60 chiếm 84,3%.

Chúng ta đều biết rằng: Sự phát triển sinh lý của con người, độ tuổi từ 40 trở lên thì hệ xương khớp đã bắt đầu thoái hóa. Khi khớp bị thoái hóa, lớp sụn từ từ mỏng dần đi và trở nên xù xì. Quá trình này xảy ra chủ yếu ở phần chịu lực nhiều và phần xương xung quanh sẽ phản ứng lại bằng cách dày lên, nó sẽ tạo thành các gai xương ở viền khớp. Màng hoạt dịch cũng gây ra phản ứng viêm, tiết ra nhiều chất dịch trong khớp làm cho khớp bị sưng to hơn, có nhiều dịch bên trong. Bao khớp bị dày lên, các cơ xung quanh bị yếu dần đi cho nên khớp ngày càng không vững. Người bệnh khó có thể cử động được bình thường. Quá trình thoái hóa khớp diễn tiến chậm chạp theo thời gian và tăng dần theo độ tuổi. Mặc dù tình trạng thoái hóa ở khớp vai không nặng nề như khớp gối, nhưng khớp vai liên quan nhiều đến bệnh lý của hệ thống cột sống cổ. Vì vậy độ tuổi của bệnh nhân viêm quanh khớp vai thường gặp ở nhóm tuổi này [5].

Phân loại theo thể bệnh: Kết quả NC bảng 3 cho thấy: Phân loại theo thể bệnh thì viêm quanh khớp vai thể đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất (91,1%). Có 13 bệnh nhân thể Hội chứng vai tay, chiếm 6,1%. Có 6 bệnh nhân thể hội chứng vai gáy, chiếm 2,8%.

Kết quả NC bảng 4 cho thấy: Bệnh kèm theo thường gặp trên bệnh nhân viêm quanh khớp vai là thoái hóa cột sống cổ (10.8%). Các bệnh khác như thoái hóa khớp gối, đau thắt lưng...gặp với tỷ lệ ít hơn.

Khớp vai gồm 5 khớp nhỏ hợp thành là: Khớp vai chính, khớp mỏm cùng cánh tay khớp mỏm cùng - xương đòn khớp ức đòn và khớp bả vai - lồng ngực. Khớp vai có liên quan nhiều đến các rễ thần kinh vùng cổ và phần trên của lưng, liên quan đến các hạch giao cảm cổ. Khi có tổn thương vùng đốt sống cổ, vùng trung thất, bệnh nhân hay có biểu hiện bằng bệnh lý khớp vai.

Ngoài ra, có nhiều nguyên nhân dẫn đến đau khớp vai như: Thoái hóa khớp, bệnh các dây rễ thần kinh vùng cổ, vai hoặc do người bệnh mắc một số chấn thương trong quá trình tập luyện thể dục thể thao hoặc là trong quá trình lao động[3].

Các kỹ thuật áp dụng trong điều trị

Có nhiều phương pháp điều trị bệnh lý viêm quanh khớp vai. Trước đây, để có thể làm giảm và cắt cơn đau nhanh chóng thì các biện pháp dùng thuốc uống, thuốc bôi hoặc tiêm thường được đa số bệnh nhân lựa chọn. Tuy nhiên, với các biện pháp này thì triệu chứng bệnh chỉ có thể được khắc phục trong thời gian ngắn, tình trạng đau dễ tái phát trở lại. Việc đau kéo dài là một trong những nguyên nhân dẫn tới tình trạng hạn chế tầm vận động khớp vai và có thể dẫn tới cứng khớp. Mặt khác, nếu bệnh nhân quá lạm dụng thuốc giảm đau (đặc biệt những thuốc có thành phần steroid) thì nguy cơ bị loãng xương, giòn xương dễ bị gãy xương và các bệnh lý dạ dày có thể xảy ra.

Ngày nay, việc phối hợp giữa dùng thuốc và các phương pháp vật lý trị liệu là giải pháp điều trị tốt nhất cho bệnh nhân viêm quanh khớp vai.

Kết quả NC bảng 5 cho thấy: Tổng số các dịch vụ kỹ thuật đã áp dụng cho bệnh nhân viêm quanh khớp vai là 9.809 kỹ thuật được phân thành 4 nhóm chính là:

- Nhóm nhiệt trị liệu
- Nhóm điện trị liệu
- Nhóm vận động - xoa bóp
- Nhóm kéo giãn cột sống bằng máy.

Các kỹ thuật thuộc nhóm Nhiệt trị liệu được sử dụng nhiều nhất chiếm tỷ lệ 39,4%, trong đó chủ yếu là hồng ngoại 24.2%;

Các kỹ thuật thuộc nhóm Vận động - Xoa bóp chiếm 28,2%.

Các kỹ thuật thuộc nhóm Điện trị liệu chiếm tỷ lệ 29,5%. Trong đó chủ yếu là điện phân dẫn thuốc 24,1%; Điện xung là 4,4%. Chỉ có 95 bệnh nhân (1%) điều trị điện một chiều đơn thuần. Nhóm kéo giãn cột sống cổ bằng máy chiếm tỷ lệ 2,9%.

Các phương pháp vật lý trị liệu có tác dụng giảm đau, làm mềm cơ, chống viêm, chống dính khớp. Xoa bóp kết hợp vận động giúp kéo giãn bao khớp, giải phóng tình trạng kẹt khớp và gia tăng tầm vận động cho khớp vai [7]ư.

Kết quả điều trị

Kết quả NC bảng 6 cho thấy: Sau 15 ngày điều trị các bệnh nhân đều tiến triển tốt.

- Mức độ đau: Giảm đau tốt chiếm 59.6%, khá chiếm 34,3%. Chỉ có 6,1% giảm đau ít.

- Tầm vận động khớp vai: Tốt chiếm 51,2%, khá chiếm 41,3%. Mức độ kém 7,5%.

- Hoạt động chức năng của khớp vai: Tốt chiếm 53,1%, khá chiếm 41,8%, kém là 5,1%.

NC của Trần Trọng Hải và CS [2] cho thấy: Sau 3 tuần điều trị 79,1% bệnh nhân hết đau hoàn toàn; 11.6% bệnh nhân còn đau nhẹ. Không còn bệnh nhân đau ở mức độ nặng. Tầm

vận động đạt mức độ tốt chiếm 83,7%; Hoạt động chức năng: 69,7% tốt.

Kết quả NC của Nguyễn Tiến Tính thì: Giảm đau tốt đạt tỷ lệ 86,7%. Tất cả các tầm vận động khớp vai đều gia tăng trong đó dang vai đạt 82,3%. Xoay trong khớp vai đạt 72,5%.

Từ kết quả điều trị chúng tôi nhận thấy, vật lý trị liệu phục hồi chức năng giữ một vị trí quan trọng cùng với các phương pháp điều trị khác cho các bệnh nhân bệnh xương khớp nói chung và bệnh nhân viêm quanh khớp vai.

V. KẾT LUẬN

Viêm quanh khớp vai là bệnh lý thường gặp đặc biệt ở người cao tuổi. Mặc dù không nguy hiểm đến tính mạng nhưng bệnh lại gây khó khăn cho bệnh nhân trong sinh hoạt, lao động và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Vật lý trị liệu là một trong những phương pháp trị liệu thường được áp dụng rộng rãi, góp phần tăng hiệu quả điều trị, giúp bệnh nhân hồi phục sức khỏe và hòa nhập xã hội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Quang Bích (2007)**, "Viêm quanh khớp vai và cách điều trị", Tạp chí Sức khỏe và đời sống, Số 10 - 2007.

2. **Trần Trọng Hải, Phạm Thị Nguyễn (2017)**, "Nghiên cứu kết quả phục hồi chức năng cho bệnh nhân viêm quanh khớp vai tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương năm 2016", Tạp chí Phục hồi chức năng, Hội Phục hồi chức năng Việt Nam xuất bản, số 1-3/2017, tr. 7-9.

3. **Phạm Việt Hoàng (2005)**, Đánh giá tác dụng của xoa bóp bấm huyệt y học cổ truyền trong điều trị viêm quanh khớp vai, Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.

4. **Nguyễn Hữu Huyền, Lê Thị Kiều Hoa (2011)**, "Nghiên cứu hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đông cứng tắc nghẽn bằng vật lý trị liệu kết hợp tập vận động", Hội nghị khoa học phục hồi chức năng toàn quốc, Tạp chí y học thực hành, 2011, tr. 128 - 131.

5. **Nguyễn Thị Nga (2006)**, Đánh giá hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đơn thuần bằng thuốc kết hợp vật lý trị liệu phục hồi chức năng, Luận văn bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y HN.

6. **Nguyễn Xuân Nghiên, Trần Văn Chương, Phạm Văn Minh (2001)**, "Kết quả điều trị ngoại trú tại khoa phục hồi chức năng bệnh viện Bạch Mai từ tháng 5/1999 đến 4/2001", Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học - Hội phục hồi chức năng, NXB Y học, số 7/2001. Tr. 212 - 215.

7. **Nguyễn Xuân Nghiên, Cao Minh Châu, Trần Văn Chương, Vũ Thị Bích Hạnh (2010)**, "Tổng quan vật lý trị liệu - Phục hồi chức năng", Vật lý trị liệu và Phục hồi chức năng, NXB Y học, tr. 15 - 18; 45 - 49.

TỶ LỆ THỪA CÂN VÀ BÉO PHÌ CỦA HỌC SINH TRƯỜNG TIỂU HỌC KHƯƠNG THƯỢNG, QUẬN ĐÔNG ĐA, HÀ NỘI

Lê Huy Hoàng¹, Trần Thị Phúc Nguyệt²,
Lại Thị Thơm², Đỗ Thị Lan², Nguyễn Quang Dũng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng thừa cân, béo phì của học sinh trường tiểu học. **Phương pháp:** Sử dụng phương pháp nghiên cứu cắt ngang mô tả, thu thập cân nặng, chiều cao của 1.752 học sinh 6-10 tuổi, trường Khương Thượng, quận Đống Đa, Hà Nội. Z-score BMI theo tuổi được tính toán và sử dụng để phân loại tình trạng thừa cân, béo phì. **Kết quả:** Tỷ lệ thừa cân là 24,7%, béo phì là 15,9%, tỷ lệ thừa cân kết hợp béo phì là 40,6%. Tỷ lệ thừa cân của học sinh nam là 25,7% và béo phì là 22,3%; tỷ lệ thừa cân của học sinh nữ là 23,7% và béo phì là 9,2%. **Kết luận:** Thừa cân, béo phì của học sinh trường tiểu học Khương Thượng là một vấn đề sức khỏe quan trọng,

cần tiến hành các giải pháp can thiệp để kiểm soát tình trạng này.

Từ khóa: học sinh tiểu học, thừa cân, béo phì, chỉ số BMI

SUMMARY

PREVALENCE OF OVERWEIGHT AND OBESITY IN CHILDREN AT KHUONG THUONG PRIMARY SCHOOL, DONG DA DISTRICT, HANOI CITY

Objective: To assess the prevalence of overweight and obesity in primary school children.

Methods: A cross-sectional study was carried out to collect body weight, height of 1752 children aged 6-10 years old, Khuong Thuong primary school, Dong Da district, Hanoi. BMI-for-age Z-score was calculated and used to classify the prevalence of overweight and obesity. **Results:** Prevalence of overweight was 24.7%, obesity was 15.9%, combined overweight and obesity was 40.6%. In boys, the prevalence of overweight was 25.7% and obesity was 22.3%. In girls, the prevalence of overweight was 23.7% and obesity was 9.2%. **Conclusion:** Overweight and obesity

¹Đại học Y Phạm Ngọc Thạch

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Huy Hoàng

Email: drhuyhoangle@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 13.4.2018

Ngày duyệt bài: 20.4.2018

among children at Khuong Thuong primary school is a significant public health problem, it is needed to take the intervention to control this problem.

Keywords: primary school children, overweight, obesity, body mass index.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thừa cân, béo phì ở trẻ em là một vấn đề có ý nghĩa sức khỏe cộng đồng trên toàn cầu, xảy ra ở cả nước phát triển và đang phát triển. Trong khoảng thời gian từ 1980 tới 2013, tỷ lệ thừa cân, béo phì ở trẻ 2-19 tuổi tăng từ 10% tới 12,7%. Tỷ lệ thừa cân, béo phì tại các nước phát triển trong giai đoạn này thậm chí còn cao hơn, tăng từ 16,9% lên 23,8% ở trẻ trai và từ 16,2% lên 22,6% [1].

Đối với trẻ từ 5-19 tuổi, chỉ số BMI theo tuổi được dùng để đánh giá tình trạng thừa cân, béo phì. Thừa cân, béo phì không chỉ đơn giản là vấn đề ảnh hưởng tới thẩm mỹ mà còn là yếu tố nguy cơ của một số bệnh. Trẻ thừa cân, béo phì dễ bị xơ vữa động mạch, tăng huyết áp, đái tháo đường typ 2 khi bước sang tuổi trưởng thành [2]. Tình trạng này làm tăng nguy cơ dẫn tới kháng insulin, hội chứng chuyển hóa, rối loạn mỡ máu, thậm chí làm xuất hiện cơ hen, đờ ỉa, sỏi thận, gan nhiễm mỡ, trầm cảm [3].

Hậu quả của thừa cân, béo phì lên sức khỏe tùy thuộc vào đặc điểm địa lý, quần dân cư, lối sống. Tùy từng giai đoạn, con người có sự thay đổi về lối sống bao gồm chế độ ăn, hoạt động thể lực, dẫn tới sự khác nhau về mức độ thừa cân, béo phì. Trong giai đoạn 2000-2005, tỷ lệ thừa cân, béo phì người trưởng thành Việt Nam tăng từ 3,3% lên 6,6%; trong giai đoạn 2005-2010, tăng từ 6,6% lên 12%; và từ 2010-2015, tăng từ 12% lên 17,5% [4,5]. Một số nghiên cứu khác trên trẻ tiểu học đường và học đường tại Hà Nội cho thấy tỷ lệ thừa cân, béo phì rất cao: 39,9% [5], 40,7% [6]. Vì vậy, đánh giá thực trạng thừa cân, béo phì ở trẻ em tại các địa phương, vùng miền khác nhau là cần thiết.

Nghiên cứu này được tiến hành nhằm mô tả thực trạng thừa cân, béo phì trên trẻ từ 6-10 tuổi tại trường tiểu học Khương Thượng, quận Đống Đa, Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Cân nặng, chiều cao trung bình của đối tượng nghiên cứu

Tuổi (năm)	Giới	Cân nặng (kg)			Chiều cao (cm)		
		TB ± SD	Min	Max	TB ± SD	Min	Max
6	Nam (n = 162)	23,5 ± 4,7	15	38	119,4 ± 4,8	106	131
	Nữ (n = 159)	22,8 ± 4,5	14	40	118,5 ± 4,7	108	129
7	Nam (n = 148)	26,6 ± 5,6	18	49	124,8 ± 5,0	110	138

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm nghiên cứu: Trường tiểu học Khương Thượng, quận Đống Đa, Hà Nội.

2.2. Thời gian thu thập số liệu: Tháng 8/2017.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Học sinh từ 6-10 tuổi, khỏe mạnh, không bị gù vẹo cột sống, bố mẹ đồng ý cho tham gia nghiên cứu.

2.4. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.5. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn chủ đích trường Khương Thượng, quận Đống Đa. Từ khối 1 tới khối 5, trường có 32 lớp, 100% học sinh học 2 buổi/ngày tại trường với 1.752 học sinh ăn bán trú tại trường. Tiến hành chọn toàn bộ học sinh vào nghiên cứu.

2.6. Thu thập số liệu

Tuổi: Thu thập ngày sinh theo lịch dương lịch trong sổ theo dõi của nhà trường. Tuổi của trẻ được tính bằng đơn vị năm, là khoảng thời gian giữa ngày điều tra và ngày sinh.

Cân nặng: Cân nặng được đo bằng cân Tanita HA-680, độ chính xác 0,1kg. Cân được đặt ở vị trí bằng phẳng, được kiểm tra độ chính xác trước khi cân. Học sinh mặc quần áo mỏng, bỏ giày dép, rồi đứng lên giữa mặt cân. Kết quả được đọc là kg, với một số lẻ.

Chiều cao: Chiều cao được đo bằng thước gỗ có độ chia tới mm, độ chính xác 0,1cm. Học sinh tháo giày, dép, đứng quay lưng vào thước đo, hai tay buông thẳng tự nhiên hai bên mình. Gót chân, hông, vai và chẩm đầu theo đường thẳng đứng chạm vào mặt phẳng thước, mắt nhìn thẳng ra phía trước theo đường thẳng nằm ngang. Dùng thước vuông áp sát đỉnh đầu vuông góc và ghi kết quả với một số lẻ.

2.7. Đánh giá tình trạng thừa cân, béo phì: Sử dụng phần mềm WHO Anthro Plus để tính chỉ số Z-score của BMI theo tuổi hay BAZ (BMI for age Z-score). Trẻ được coi là thừa cân khi BAZ > + 1 SD, trẻ được coi là béo phì khi BAZ > + 2SD, trẻ được coi là bình thường khi BAZ trong khoảng -2SD tới + 1SD.

2.8. Xử lý số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm WHO Anthro Plus, sau đó được làm sạch, tính toán các số trung bình, tỷ lệ % bằng phần mềm SPSS Version 22.0 for Windows.

	Nữ (n = 130)	26,5 ± 6,0	18	49	125,2 ± 5,2	110	138
8	Nam (n = 169)	30,8 ± 7,1	16	56	129,5 ± 5,6	114	150
	Nữ (n = 160)	28,6 ± 6,4	18	56	129,3 ± 5,7	115	150
9	Nam (n = 216)	35,5 ± 7,6	20	59	136,8 ± 6,3	121	155
	Nữ (n = 212)	31,7 ± 6,4	20	55	135,8 ± 6,1	122	155
10	Nam (n = 201)	38,9 ± 8,4	22	67	141,6 ± 6,6	121	157
	Nữ (n = 195)	37,9 ± 8,2	21	67	142,8 ± 7,5	110	158

Cân nặng, chiều cao trung bình của đối tượng nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1. Ở lứa 6 và 7 tuổi, cân nặng trung bình của trẻ trai và gái chênh lệch không đáng kể: 23,5 ± 4,7kg ở trẻ trai và 22,8 ± 4,5kg ở trẻ gái (6 tuổi); 26,6 ± 5,6kg ở trẻ trai và 26,5 ± 6,0kg ở trẻ gái (7 tuổi). Ở lứa 9 tuổi, cân nặng trung bình của trẻ trai là 35,5 ± 7,6kg, và của trẻ gái là 31,7 ± 6,4kg. Ở

mọi lứa tuổi, chiều cao trung bình của trẻ trai và gái chênh lệch không đáng kể: 124,8 ± 5,0cm ở trẻ trai và 125,2 ± 5,2cm ở trẻ gái (7 tuổi). Ở lứa 8 tuổi, chiều cao trung bình trẻ trai là 129,5 ± 5,6cm và trẻ gái là 129,3 ± 5,7cm. Ở lứa 10 tuổi, chiều cao trung bình trẻ gái là 142,8 ± 7,5cm, trong khi trẻ trai là 141,6 ± 6,6cm.

Bảng 2. Tỷ lệ thừa cân, béo phì của trẻ trai

Tuổi (năm)	n	Thừa cân		Béo phì		Thừa cân + Béo phì	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
6	162	28	17,3	31	19,1	59	36,4
7	148	32	21,6	27	18,2	59	39,9
8	169	39	23,1	46	27,2	85	50,3
9	216	68	31,5	52	24,1	120	55,6
10	201	63	31,3	44	21,9	107	53,2
Tổng	896	230	25,7	200	22,3	430	48,0

Tỷ lệ thừa cân, béo phì của trẻ trai được trình bày trong Bảng 2. Tỷ lệ thừa cân có xu hướng tăng theo tuổi: 17,3% lứa 6 tuổi, 21,6% lứa 7 tuổi và tăng lên 31,3% lứa 10 tuổi, chung cho cả 5 lứa tuổi là 25,7%. Tỷ lệ béo phì cao nhất ở lứa 8 tuổi: 27,2%, lứa 10 tuổi là 21,9%, chung cho cả 5 lứa tuổi 6-10 tuổi là 22,3%. Tỷ lệ thừa cân + béo phì ở lứa 9 tuổi cao nhất: 55,6%, chung từ 6-10 tuổi là 48%.

Bảng 3. Tỷ lệ thừa cân, béo phì của trẻ gái

Tuổi (năm)	n	Thừa cân		Béo phì		Thừa cân + Béo phì	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
6	159	29	18,2	17	10,7	46	28,9
7	130	26	20,0	19	14,6	45	34,6
8	160	43	26,9	13	8,1	56	35,0
9	212	47	22,2	13	6,1	60	28,3
10	195	58	29,8	17	8,7	75	38,5
Tổng	856	203	23,7	79	9,2	282	32,9

Tỷ lệ thừa cân, béo phì của trẻ gái được trình bày trong Bảng 3. Tỷ lệ thừa cân cao nhất ở trẻ gái lứa 8 tuổi: 26,9%, thấp nhất ở lứa 6 tuổi: 18,2%, chung cho cả 5 lứa tuổi là 23,7%. Tỷ lệ béo phì cao nhất ở lứa 7 tuổi: 14,6%, thấp nhất ở lứa 9 tuổi: 6,1%, chung cho cả 5 lứa tuổi 6-10 tuổi là 9,2%. Tỷ lệ thừa cân + béo phì cao nhất ở lứa 10 tuổi: 38,5%, chung từ 6-10 tuổi là 32,9%.

Bảng 4. Tỷ lệ thừa cân, béo phì chung 2 giới

Tuổi (năm)	n	Thừa cân		Béo phì		Thừa cân + Béo phì	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
6	321	57	17,8	48	14,9	105	32,7
7	278	58	20,9	46	16,6	104	37,4
8	329	82	24,9	59	17,9	141	42,9
9	428	115	26,9	65	15,2	180	42,1
10	396	121	30,6	61	15,4	182	46,0
Tổng	1752	433	24,7	279	15,9	712	40,6

Tỷ lệ thừa cân, béo phì chung cho cả 2 giới được trình bày trong Bảng 4. Tỷ lệ thừa cân tăng theo tuổi: 17,8% lứa 6 tuổi, 24,9% lứa 8 tuổi và 30,6% lứa 10 tuổi, chung cho cả 5 lứa tuổi là 24,7%. Tỷ lệ béo phì thấp nhất lứa 6 tuổi là 14,9%, cao nhất ở lứa 8 tuổi là 17,9%, sau đó giảm còn 15,4% ở lứa 10 tuổi. Tỷ lệ thừa cân + béo phì chung 2 giới ở lứa 6 tuổi là 32,7%, lứa 8 tuổi là 42,9% và lứa 10 tuổi là 46%, chung cho cả 5 lứa tuổi là 40,6%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu tiến hành trên 1752 học sinh từ 6-10 tuổi cho thấy tỷ lệ thừa cân là 24,7%, béo phì là 15,9%, tỷ lệ thừa cân kết hợp béo phì là 40,6%. Tỷ lệ thừa cân kết hợp béo phì cao nhất ở lứa 10 tuổi: 46,0%, thấp nhất ở lứa 6 tuổi: 32,7%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu một số nghiên cứu trong nước [5, 6]. Khảo sát trên trẻ 4-9 tuổi tại quận Hoàn Kiếm, Hà Nội, Trương Tuyết Mai và cộng sự cho thấy tỷ lệ thừa cân, béo phì là 39,9% [5]. Khảo sát trên học sinh tiểu học Hà Nội, Lê Thị Hợp và cộng sự [6] phát hiện thấy, tỷ lệ thừa cân là 23,4% và béo phì là 17,3%. Điều đó khẳng định, thừa cân, béo phì ở học sinh tiểu học thực sự là vấn đề sức khỏe cộng đồng đáng quan tâm.

Ở mọi lứa tuổi, tỷ lệ béo phì ở trẻ trai luôn cao hơn trẻ gái: 22,3% (từ 18,2% tới 27,2%) ở trẻ trai so với 9,2% (từ 6,1% tới 14,6%) ở trẻ gái (Bảng 2 và 3). Kết quả này phù hợp với phát hiện của các nghiên cứu trước [6]. Tỷ lệ béo phì ở trẻ gái lứa 8 tới 10 tuổi thấp hơn đáng kể so với trẻ trai cùng tuổi. Đặc biệt ở lứa 9 tuổi, tỷ lệ béo phì ở trẻ trai là 24,1%, so với trẻ gái chỉ 6,1%. Sự khác biệt này là do trẻ trai nặng cân hơn trẻ gái, nhưng không cao hơn nhiều so với trẻ gái, thậm chí ở lứa 10 tuổi, trẻ trai còn thấp hơn trẻ gái.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thừa cân kết hợp béo phì ở trẻ trai cao hơn so với trẻ gái. Một số nghiên cứu khác cũng cho kết quả tương tự [1,2]. Sự khác biệt về tỷ lệ thừa cân, béo phì là do khác biệt về chỉ số BMI giữa hai giới. Các yếu tố sinh học, xã hội, văn hóa có thể là nguyên nhân dẫn tới sự khác biệt này. Trong một nghiên cứu theo dõi dọc, Goran và cộng sự [7] phát hiện thấy, trong giai đoạn từ 5 tới 10 tuổi, tiêu hao năng lượng tổng số của trẻ trai có xu hướng tăng. Tuy nhiên, ở trẻ gái, tiêu hao năng lượng tổng số tăng từ 1400 Kcal lúc 5 tuổi lên 1800 Kcal lúc 6 tuổi, rồi giảm xuống còn 1600 Kcal lúc 9 tuổi. Sự khác biệt về tiêu hao năng lượng tổng số này là do hoạt động thể lực của trẻ gái giảm 50% trong giai đoạn từ 6-9 tuổi.

Sự khác biệt về tỷ lệ béo phì giữa 2 giới có thể do trẻ gái, nhất là trẻ gái vị thành niên, chú ý nhiều tới chế độ dinh dưỡng, trong khi trẻ trai có khuynh hướng thích ăn đồ ăn nhanh, nhiều chất béo. Đối với nam giới, thực phẩm nguồn gốc động vật như thịt đem lại sức mạnh và sự

linh hoạt. Do đó, nam giới nói chung hay trẻ trai nói riêng có xu hướng ăn nhiều thịt hơn so với nữ [2]. Kèm theo thịt, trẻ trai có thể ăn nhiều cơm hơn, hệ quả là khẩu phần ăn của trẻ trai cao hơn trẻ gái. Trong điều kiện học tập hiện nay, học sinh có rất ít thời gian, không gian cho hoạt động thể lực. Đó là nguyên nhân làm gia tăng tỷ lệ thừa cân, béo phì ở học sinh.

Thừa cân, béo phì làm tăng nguy cơ tử vong do bệnh tim mạch, giảm chất lượng cuộc sống, làm giảm tuổi thọ, tăng gánh nặng chăm sóc y tế và phúc lợi xã hội. Nghiên cứu của chúng tôi chứng minh thực trạng thừa cân, béo phì của học sinh tiểu học tại địa bàn nghiên cứu là một vấn đề đáng báo động. Sự thay đổi về yếu tố môi trường, lối sống, thói quen ăn uống, hoạt động thể lực là nguyên nhân tác động dẫn tới sự gia tăng tỷ lệ thừa cân, béo phì [2]. Đã tới thời điểm chúng ta cần phải có những chính sách, chương trình can thiệp giáo dục dinh dưỡng trong nhà trường, tại gia đình, góp phần kiểm soát tình trạng thừa cân, béo phì ở học sinh tiểu học.

V. KẾT LUẬN

- Trên trẻ trai, tỷ lệ thừa cân là 25,7%, béo phì là 22,3%, thừa cân kết hợp béo phì là 48,0%.
- Trên trẻ gái, tỷ lệ thừa cân là 23,7%, béo phì là 9,2%, thừa cân kết hợp béo phì là 32,9%.
- Trên cả 2 giới, tỷ lệ thừa cân là 24,7%, béo phì là 15,9%, thừa cân kết hợp béo phì là 40,6%.
- Ở trẻ trai, tỷ lệ thừa cân kết hợp béo phì cao nhất ở lứa 9 tuổi: 55,6% và cao nhất ở trẻ gái là lứa 10 tuổi: 38,5%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ng M, Fleming T, Robinson M et al. (2014).** Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*, 384 (9945): 766-781.
2. **Jakab AE, Hídvégi EV, Illyés M, Cziráki A, Bereczki C (2018).** Prevalence of Overweight and Obesity in Hungarian Children and Adolescents. *Ann Nutr Metab*; 72(4): 259-264.
3. **Daniels SR (2006).** The consequences of childhood overweight and obesity. *Future Child*; 16:47-67.
4. **Đỗ Thị Phương Hà, Lê Bạch Mai (2016).** Thực trạng thừa cân béo phì ở người trưởng thành giai đoạn 2011-2015. Trong: Chiến lược quốc gia dinh dưỡng giai đoạn 2011-2015; Tình hình dinh dưỡng, chiến lược can thiệp 2011-2015 và định hướng 2016-2020. Nhà xuất bản Y học: 22-32.

5. **Trương Tuyết Mai, Lê Thị Hợp, Nguyễn Thị Lâm (2016)**. Tình trạng thừa cân béo phì và rối loạn lipid máu ở trẻ 4-9 tuổi tại một số trường thuộc quận Hoàn Kiếm Hà Nội. Trong: Chiến lược quốc gia dinh dưỡng giai đoạn 2011-2015; Tình hình dinh dưỡng, chiến lược can thiệp 2011-2015 và định hướng 2016-2020. Nhà xuất bản Y học: 56-62.
6. **Lê Thị Hợp (2013)**. Tình trạng dinh dưỡng của học sinh tiểu học tại nội thành Hà Nội năm 2011. Tạp chí Y học dự phòng; Tập XXIII (số 1): 49-51.
7. **Goran MI (2001)**. Metabolic precursors and effects of obesity in children: a decade of progress, 1990–1999. Am J Clin Nutr;73:158-171.

PHÂN TÍCH CƠ CẤU THUỐC KHÁNG SINH SỬ DỤNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108 GIAI ĐOẠN 2015-2017

Nguyễn Sơn Nam¹, Nguyễn Duy Tám¹, Đỗ Xuân Thắng²

TÓM TẮT

Phân tích ABC thuốc kháng sinh sử dụng trong 3 năm từ 2015 đến 2017 tại Bệnh viện cho thấy các thuốc nhóm A chiếm tỉ lệ % về khoản mục từ 12,3% - 14,5% và về giá trị là từ 77,4% - 78,5%. Các thuốc nhóm C có tỉ lệ % về giá trị thấp nhất C từ 5,0% - 6,3% nhưng chiếm tỉ lệ trên 70% về khoản mục. Có sự chuyển dịch sử dụng kháng sinh từ nhóm beta-lactam sang nhóm quinolon trong giai đoạn 2015 - 2017. Nhóm kháng sinh beta - lactam tăng về chi phí sử dụng từ 17,05 tỉ VNĐ (2015) lên 33,64 tỉ VNĐ (2017) nhưng giảm tỉ lệ về giá trị sử dụng từ 65,42% (2015) xuống 56,99% (2017); Nhóm quinolon tăng từ 5,83 tỉ VNĐ (2015) lên 17,62 tỉ VNĐ (2017) tương ứng với 22,38% (2015) - 29,86% (2017). Những kháng sinh có xu hướng dùng nhiều trong nhóm quinolon như levofloxacin, moxifloxacin, Bệnh viện cần có biện pháp quản lý chặt chẽ.

SUMMARY

THE ANALYZING OF ANTIBIOTIC WHICH HAD BEEN USED IN THE 108 CENTRAL MILITARY HOSPITAL FROM 2015 TO 2017

The finding of ABC analysis showed that during the period from 2015 to 2017 the amount of antibiotic drug in A group accounted for 12.3% - 14.5%; Group C drugs had the lowest proportion of the total items (5.1% - 6.3%) and accounted for over 70% of the amount. However, there was a shift in the use of antibiotics from the beta-lactam group to the quinolones groups due to the increasing of antibiotic resistance in this period. Of which the total values of Quinolone group increased significantly from 5.8 billion VND (2015) to 17.6 billion VND (2017) accounted for 22.4% and 29.8% of the total amount, respectively. The antibiotics tend to be used more in the quinolone group such as levofloxacin, moxifloxacin need to be examined and controlled carefully.

Keywords: ABC analysis, beta-lactam, quinolon, resistance.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc ra đời và sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn từ những năm đầu thế kỉ XX là một bước ngoặt lớn của y học hiện đại, tuy nhiên cho đến nay, việc sử dụng kháng sinh một cách tràn lan không những dẫn đến vấn đề đề kháng

kháng sinh vô cùng nguy hiểm mà còn gây tổn thất lớn cho chi phí điều trị của bệnh nhân cũng như của xã hội. Một nghiên cứu được Bộ Y tế tiến hành trên 15 bệnh viện tại Việt Nam cho thấy, chi phí trung bình mua kháng sinh trên mỗi bệnh viện trong năm 2008 là 1,75 triệu USD, chi phí cao nhất về kháng sinh (6,74 triệu USD) được ghi nhận tại bệnh viện Chợ Rẫy, tiếp theo đó là một bệnh viện có cùng quy mô tại khu vực phía Bắc - Bệnh viện Bạch Mai với chi phí 5,5 triệu USD^[1]. Nghiên cứu khác của Cục Quản lý khám chữa bệnh tiến hành trên 1018 bệnh viện trong cả nước năm 2010, kháng sinh là nhóm thuốc được sử dụng có giá trị chiếm tỷ trọng cao nhất (37,7%), chiếm 1/3 trong tổng kinh phí sử dụng thuốc^[2]. Điều này cho thấy việc quản lý sử dụng kháng sinh trên cả nước nói chung và tại các cơ sở có giường bệnh nói riêng là việc hết sức cần thiết và quan trọng.

Bệnh viện Trung ương Quân đội (TWQĐ) 108 là bệnh viện hạng đặc biệt quốc gia, bệnh viện đa khoa tuyến cuối trong Quân đội, cơ cấu bệnh tật khá phức tạp, các bệnh nhân được chuyển về với bệnh cảnh lâm nặng, đa dạng như: chấn thương, truyền nhiễm, hồi sức... với tỉ lệ sử dụng thuốc kháng sinh cao. Nhằm quản lý sử dụng kháng sinh sử dụng trong bệnh viện, tăng cường sử dụng kháng sinh hợp lý, an toàn Bệnh viện TWQĐ 108 đã thành lập "Tiểu ban giám sát sử dụng kháng sinh và theo dõi sự kháng thuốc của vi khuẩn" theo hướng dẫn của Bộ Y tế^[3].

Nhằm tư vấn cho Hội đồng thuốc và điều trị, Tiểu ban giám sát sử dụng kháng sinh và theo dõi sự kháng thuốc của vi khuẩn của Bệnh viện quản lý, mua các loại thuốc kháng sinh sử dụng trong bệnh viện trong thời gian tới, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm phân tích danh mục thuốc kháng sinh được sử dụng tại Bệnh viện TWQĐ 108 trong 3 năm 2015 - 2017 theo phương pháp phân tích ABC^[4].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Danh mục thuốc trúng thầu tại Bệnh viện TWQĐ 108 trong 3 năm 2015-2017.

- Báo cáo sử dụng thuốc tại Bệnh viện 108 trong 3 năm 2015 - 2017 được trích xuất từ phần mềm quản lý Bệnh viện.

- Báo cáo xuất, nhập tồn kho các thuốc kháng

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

²Trường đại học Dược Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Sơn Nam

Email: sonnam108@yahoo.com

Ngày nhận bài: 13.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 9.4.2018

Ngày duyệt bài: 16.4.2018

sinh sử dụng tại Bệnh viện.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Sử dụng phương pháp mô tả hồi cứu số liệu về sử dụng thuốc tại Bệnh viện TWQĐ 108 trong giai đoạn từ năm 2015-2017. Dữ liệu sử dụng của các thuốc kháng sinh trong các năm 2015, 2016, 2017 được thu thập vào phần mềm excel 2016, thực hiện phân tích ABC theo các bước sau:

Bước 1: Làm sạch số liệu, sắp xếp các thuốc theo hoạt chất, theo nhóm và dưới nhóm theo Thông tư 40/2014/TT-BYT [5].

Bước 2: Tính tổng giá trị tiêu thụ của từng thuốc trong từng năm bằng cách nhân tổng số lượng sử dụng với đơn giá tương ứng, tính tỉ lệ % tiêu thụ của từng thuốc.

Bước 3: Phân loại A, B, C: Sắp xếp các thuốc theo tỷ lệ % từ cao xuống thấp, tính tỷ lệ % tích lũy, xếp loại A, B, C dựa theo nguyên lý Pareto.

Bước 4: Phân tích chi phí sử dụng thuốc kháng sinh theo các nhóm dược lý và phân tích sự thay đổi cơ cấu chi phí các thuốc trong nhóm A trong 3 năm 2015-2017.

Bước 5: Dựa trên số liệu phân tích đề xuất các thuốc kháng sinh cần kiểm soát, mua và sử dụng tại Bệnh viện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Kết quả phân tích ABC các thuốc kháng sinh sử dụng trong 3 năm từ 2015 đến 2017 được thể hiện trong bảng 1.

Bảng 1. Kết quả phân tích ABC

Năm	Số khoản	Nhóm	% khoản mục	% giá trị
2015	18	A	14,4	77,9
	19	B	15,2	17,1
	88	C	70,4	5,0
Tổng	125		100	100
2016	17	A	12,3	78,5
	19	B	13,8	15,9
	102	C	73,9	5,6
Tổng	138		100	100
2017	24	A	14,5	77,4
	24	B	14,5	16,3
	117	C	71,0	6,3
Tổng	165		100	100

Kết quả phân tích ABC thuốc kháng sinh sử dụng trong Bệnh viện TWQĐ 108 trong 3 năm 2015 – 2017 cho thấy:

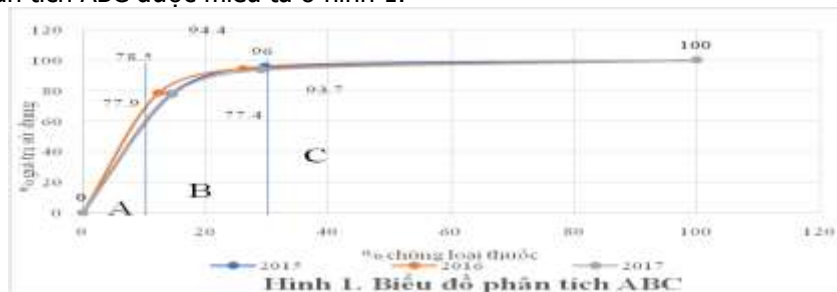
Từ năm 2015 tới năm 2017 số khoản mục thuốc kháng sinh sử dụng tăng từ 125 khoản (2015) lên 165 khoản (2017) điều này cho thấy nhu cầu sử dụng kháng sinh có xu hướng gia tăng.

Nhóm thuốc chiếm tỷ lệ % về giá trị cao nhất là nhóm A với tỉ lệ về khoản mục từ 12,3 % đến 14,5% tương ứng với 75% - 80% về giá trị sử

dụng. Nhóm chiếm tỉ lệ % giá trị thấp nhất là nhóm C (5,0% - 6,3%) chiếm tỉ lệ trên 70% về khoản mục.

Năm 2015 và 2017 nhóm A chiếm 14,4% và 14,5% nằm trong khoảng (15% ± 2%) về khoản mục cho thấy việc sử dụng kháng sinh trong hai năm này là phù hợp. Năm 2016 nhóm A chiếm 12,3% về khoản mục cho thấy chi phí sử dụng kháng sinh nhóm A là chưa thực sự phù hợp cần xem xét sâu thêm.

Kết quả phân tích ABC được miêu tả ở hình 1.



Việc sử dụng kháng sinh ngoài các yếu tố như phổ tác dụng, độ nhạy của vi khuẩn, đáp ứng trên lâm sàng thì yếu tố chi phí cũng phải được

xem xét một cách hết sức đúng mực. Cụ thể như trong nghiên cứu của chúng tôi các thuốc nhóm A chiếm tỉ lệ các khoản mục là (14,4 %, 12,3%,

14,5%) nhưng chi phí tiêu thụ rất lớn (77,9%, 78,5% và 77,4%). Các thuốc nhóm C mặc dù số lượng khoản mục cao (70,4%, 73,9% và 71,0%) chỉ chiếm từ 5,0% đến 6,3% giá trị sử dụng. Điều này có thể do các bác sĩ của Bệnh viện sử dụng tập trung một số ít kháng sinh nhất định

đồng thời giá thuốc của các thuốc nhóm A có sự chênh lệch nhiều so với giá thuốc các thuốc nhóm C dẫn đến mặc dù số lượng chủng loại thuốc nhóm C lớn nhưng tổng chi phí tiêu thụ của nhóm lại nhỏ. Chi phí sử dụng thuốc kháng sinh theo nhóm được lý được thể hiện ở bảng 2:

Bảng 2. Chi phí sử dụng kháng sinh theo nhóm tác dụng dược lý

Nhóm thuốc	Năm 2015		Năm 2016		Năm 2017	
	Thành tiền (Nghìn đồng)	Tỉ lệ %	Thành tiền (Nghìn đồng)	Tỉ lệ %	Thành tiền (Nghìn đồng)	Tỉ lệ %
Beta-lactam	17.052.386	65,42	24.702.775	61,80	33.644.347	56,99
Quinolon	5.833.310	22,38	10.767.626	26,94	17.626.252	29,86
Aminoglycosid	1.250.081	4,80	2.660.627	6,66	3.594.875	6,09
Macrolid	190.984	0,73	382.864	0,96	1.453.163	2,46
Nitroimidazol	697.936	2,68	400.947	1,00	639.593	1,08
Phenicol	25.611	0,10	21.424	0,05	36.109	0,06
Sulfamid	3.294	0,01	3.366	0,01	13.496	0,02
Tetracyclin	3.839	0,01	6.766	0,02	38	0,00
Lincosamid	342.730	1,31	1.628	0,00	0	0,00
Thuốc khác	664.159	2,55	1.023.893	2,56	2.023.560	3,43
Tổng	26.064.330	100	39.971.916	100	59.031.433	100

Từ bảng 2 cho thấy chi phí sử dụng kháng sinh giữa các năm tăng đáng kể từ năm 2015 đến năm 2017 cụ thể trong năm 2015 chi phí sử dụng kháng sinh là 26,06 tỉ VNĐ thì đến năm 2017 chi phí đã tăng lên 2,3 lần tức 59,03 tỉ VNĐ. Trong đó chi phí cao nhất thuộc về nhóm kháng sinh beta-lactam chiếm tỉ lệ cao nhất từ 55,69% đến 65,42% chi phí toàn bộ kháng sinh sử dụng của các năm, nhóm kháng sinh chiếm chi phí sử dụng cao tiếp theo là quinolon với tỉ lệ trên 20%, các nhóm kháng sinh lincosamid, tetracyclin, sulfamid, phenicol và nitroimidazol chiếm tỉ lệ chi phí sử dụng nhỏ, đặc biệt nhóm khác bao gồm các thuốc vancomycin, colistin,

linezonid và fosfomycin có xu hướng dùng tăng trong thời gian gần đây với chi phí tăng từ năm 2015 đến 2017 tương ứng là (0,66 tỉ VNĐ (2,55%); 1,02 tỉ VNĐ (2,56%); 2,02 tỉ VNĐ (3,43%)).

Có sự chuyển dịch tỉ lệ sử dụng các nhóm kháng sinh đã phản ánh được thực trạng đề kháng kháng sinh của vi khuẩn hiện nay tại Bệnh viện, các thuốc nhóm beta-lactam đã được sử dụng lâu đời tỉ lệ kháng thuốc của vi khuẩn đối với nhóm này ngày càng tăng cao, các bác sĩ có xu hướng thay nhóm kháng sinh này bằng nhóm quinolon. Kết quả về xu hướng dịch chuyển này được trình bày ở bảng 3.

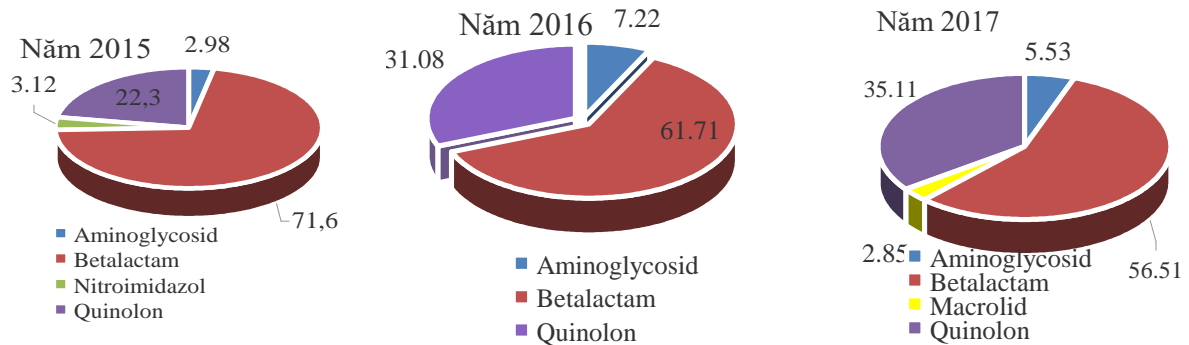
Bảng 3. Chi tiết chi phí sử dụng kháng sinh các thuốc nhóm A

Nhóm	2015		2016		2017	
	Số tiền (Nghìn đồng)	Tỉ lệ %	Số tiền (Nghìn đồng)	Tỉ lệ %	Số tiền (Nghìn đồng)	Tỉ lệ %
Beta-lactam	13.150.930	71,60	17.079.238	61,71	23.242.084	56,51
Quinolon	4.095.092	22,30	8.601.012	31,08	14.439.144	35,11
Aminoglycosid	548.011	2,98	1.997.484	7,22	2.276.328	5,53
Nitroimidazol	573.352	3,12	0	0	0	0
Macrolid	0	0	0	0	1.171.394	2,85
Tổng	18.367.385	100	27.677.734	100	41.128.952	100

Kết quả phân tích cho thấy trong ba năm gần đây chi phí các thuốc trong nhóm A có xu hướng gia tăng, cụ thể là chi phí các thuốc trong nhóm A năm 2015 là trên 18 tỉ đồng và năm 2017 con số này đã lên đến trên 41 tỉ đồng (tăng >200%). Các thuốc nhóm beta - lactam vẫn chiếm tỉ lệ chi phí sử dụng cao trên 55% tuy nhiên xu hướng đang có chiều hướng giảm từ năm 2015 tới

2017. Các nhóm thuốc quinolon và aminoglycosid có xu hướng tăng số lượng sử dụng dẫn đến chi phí các thuốc tăng, đặc biệt nhóm quinolon đã tăng chi phí sử dụng từ 4.09 tỉ VNĐ (2015) tới 14,43 tỉ VNĐ (2017) tương ứng tăng từ 22,3% lên 35,11%. Các nhóm thuốc nitroimidazol và macrolid chiếm chi phí sử dụng

thấp trong các thuốc nhóm A. Chi phí sử dụng các thuốc nhóm A được thể hiện qua hình 2.



Hình 2. Tỷ lệ sử dụng các kháng sinh trong nhóm A

Tình trạng đề kháng kháng sinh trên thế giới nói chung và Việt Nam nói riêng ngày càng gia tăng, đặc biệt là những nước đang phát triển như Việt Nam, Ấn độ...^[7]. Nhóm beta-lactam trong thời gian gần đây có xu hướng sử dụng giảm, tuy nhiên về chi phí sử dụng cho nhóm thuốc này còn rất lớn. Bệnh viện cần có biện pháp kiểm soát quản lý tốt hơn nữa về sử dụng nhóm kháng sinh này, cũng như nhóm kháng sinh đang có xu hướng sử dụng ngày càng nhiều là quinolon. Mười thuốc kháng sinh được sử dụng nhiều nhất tại Bệnh viện giai đoạn 2015 – 2017 được thể hiện ở bảng 4.

Bảng 4. Mười kháng sinh nhóm A được sử dụng nhiều nhất

STT	Tên thuốc	Tên hoạt chất	Chi phí (Nghìn đồng)	Ti lệ %
Năm 2015				
1	Fizoti 1g	Ceftizoxim	2.536.590	15,91
2	Basultam 2g	Cefoperazon+Sulbactam	2.490.761	15,62
3	Ciprofloxacin-Hameln 200mg	Ciprofloxacin	2.203.918	13,83
4	Bio-Taksym 1g	Cefotaxim	1.911.526	11,99
5	Meronem Inj 1g	Meropenem	1.910.449	11,98
6	Tarcefoksym 1g	Cefotaxim	1.122.992	7,04
7	Genertam 1,5g	Ampicillin+Sulbactam	1.027.823	6,45
8	Lobitzo 500mg/50ml	Levofloxacin	950.750	5,96
9	Ciprobay IV Inj 200mg 100ml	Ciprofloxacin	940.423	5,90
10	Tercef 1g	Ceftriaxon	845.961	5,31
Tổng			15.941.199	100
Năm 2016				
1	Levogolds 750mg/150ml	Levofloxacin	4.647.774	18,18
2	Basultam 2g	Cefoperazon+Sulbactam	4.448.066	17,40
3	Ciprofloxacin - Hameln 200mg	Ciprofloxacin	3.953.237	15,46
4	Tabazo Inj 1g + 1g	Cefoperazon+Sulbactam	2.308.939	9,03
5	Fizoti 1g	Ceftizoxim	2.169.519	8,49
6	Meronem Inj 1g	Meropenem	2.157.996	8,44
7	Medphatobra 80mg	Tobramycin	1.997.484	7,81
8	Bio-Taksym 1g	Cefotaxim	1.380.196	5,40
9	Tarcefoksym 1g	Cefotaxim	1.342.683	5,25
10	Verapime 2g	Cefepim	1.162.544	4,55
Tổng			25.568.443	100
Năm 2017				
1	Levogolds 750mg/150ml	Levofloxacin	8.537.594	27,77
2	Menzomi Inj 2g	Cefoperazon	3.767.583	12,25
3	Verapime 2g	Cefepim	3.475.465	11,30
4	Mikrobiel 400mg/250ml	Moxifloxacin	2.874.300	9,35
5	Meronem Inj 1g	Meropenem	2.509.225	8,16
6	Medphatobra 80mg	Tobramycin	2.276.328	7,40

7	Tabazo Inj 1g + 1g	Cefoperazon+Sulbactam	2.058.043	6,69
8	Ciprofloxacin - Hameln 200mg	Ciprofloxacin	1.960.384	6,38
9	Cefeme 1g	Cefepim	1.685.265	5,48
10	Lyris 2g	Cefoxitin	1.601.415	5,21
Tổng			30.745.607	100

Nhóm thuốc kháng sinh beta – lactam vẫn là nhóm sử dụng nhiều nhất với chi phí tăng lên từ 11,84 tỉ VNĐ (2015) lên 15,09 tỉ VNĐ (2017) tuy nhiên xét về tỉ lệ % tiêu thụ thì nhóm kháng sinh này đang có chiều hướng dùng giảm từ 74,31% (2015) xuống 49,10% (2017) và xu hướng sử dụng kháng sinh đang có sự dịch chuyển sang Quinolon, kết quả này khá tương đồng với kết quả sử dụng kháng sinh được công bố ở Bệnh viện Việt Đức^[6]. Các thuốc kháng sinh được sử dụng nhiều nhất trong giai đoạn 2015 – 2017 là các cephalosporin thế hệ 3 như cefotaxim (Bio-Taksym 1g, Tarcefoksim 1g), cefoperazon + sulbactam (Basultam 2g, Tabazo 1g + 1g), thuốc kháng sinh nhóm carbapenem như meropenem (Meronem 1g), các thuốc kháng sinh nhóm cephalosporin thế hệ 4 như cefepim (Verapim 2g, Cefeme 1g) trong những năm gần đây cũng đã được sử dụng.

Nhóm thuốc kháng sinh quinolon là nhóm có xu hướng dùng tăng đáng kể từ năm 2015 tới năm 2017. Cụ thể, chi phí sử dụng cho nhóm thuốc kháng sinh này đã tăng từ 4,09 tỉ VNĐ (2015) lên 13,37 tỉ VNĐ (2017) tương ứng với 25,69% (2015) lên 43,49% (2017). Trong đó kháng sinh sử dụng nhiều nhất là levofloxacin (Levogolds 750mg/150ml, Lobitzo 500mg/50ml).

Trong 2 năm 2016 và 2017 xuất hiện thêm nhóm thuốc kháng sinh được sử dụng là aminoglycosid với hoạt chất tobramycin (Medphatobra 80mg), cephalosporin thế hệ 4 cefepim (Verapim 2g, Cefeme 1g) hay một quinolon khác là moxifloxacin đã phần nào phản ánh tình trạng kháng thuốc kháng sinh của vi khuẩn buộc các nhà lâm sàng phải có sự dịch chuyển nhóm kháng sinh sử dụng sang các loại kháng sinh này.

Với sự chuyển dịch tỷ lệ thuốc kháng sinh beta – lactam được sử dụng sang quinolon đã góp phần giảm thiểu sự đề kháng kháng sinh của vi khuẩn. Một số kháng sinh nhóm quinolon có xu hướng dùng tăng như levofloxacin (Levogolds 750mg/150ml), moxifloxacin (Mikrobiel 400mg/250ml) ảnh hưởng nhiều tới chi phí sử dụng thuốc, bệnh viện cần có sự kiểm soát chặt chẽ để hạn chế việc lạm dụng các kháng sinh này. Ngoài ra các kháng sinh nhóm cephalosporin thế hệ 3 như cefotaxim, cefoperazon + sulbactam; cephalosporin thế hệ

4 như cefepim; carbapenem như meropenem (Meronem 1g) cũng cần được quản lý phù hợp để giảm thiểu sự đề kháng thuốc.

V. KẾT LUẬN

Phân tích ABC thuốc kháng sinh sử dụng trong 3 năm từ 2015 đến 2017 tại Bệnh viện cho thấy các thuốc nhóm A chiếm tỉ lệ % về khoản mục từ 12,3% - 14,5% và về giá trị là từ 77,4% - 78,5%. Các thuốc nhóm C có tỉ lệ % về giá trị thấp nhất C từ 5,0% - 6,3% nhưng chiếm tỉ lệ trên 70% về khoản mục. Có sự chuyển dịch sử dụng kháng sinh từ nhóm beta - lactam sang nhóm quinolon trong giai đoạn 2015 - 2017. Nhóm kháng sinh beta - lactam tăng về chi phí sử dụng từ 17,05 tỉ VNĐ (2015) lên 33,64 tỉ VNĐ (2017) nhưng giảm tỉ lệ về giá trị sử dụng từ 65,42% (2015) xuống 56,99% (2017); Nhóm quinolon tăng từ 5,83 tỉ VNĐ (2015) lên 17,62 tỉ VNĐ (2017) tương ứng với 22,38% (2015) – 29,86% (2017). Những kháng sinh có xu hướng dùng nhiều trong nhóm quinolon như levofloxacin, moxifloxacin Bệnh viện cần có biện pháp quản lý chặt chẽ. Ngoài ra Bệnh viện cũng cần có biện pháp kiểm soát các kháng sinh nhóm Cephalosporin thế hệ 3 như cefotaxim, cefoperazon + sulbactam; cephalosporin thế hệ 4 như cefepim và kháng sinh nhóm carbapenem để việc sử dụng thuốc kháng sinh tại Bệnh viện được an toàn, hợp lý và giảm thiểu sự đề kháng thuốc của vi khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế, GARP và University Oxford (2010)**, Báo cáo sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh tại 15 bệnh viện Việt Nam năm 2008-2009.
- Bộ Y tế (2016)**, Quyết định 772/2016/QĐ - BYT ngày 04 tháng 03 năm 2016 "Về việc ban hành tài liệu hướng dẫn thực hiện quản lý kháng sinh trong bệnh viện".
- Cục Quản lý khám chữa bệnh (2010)**, Báo cáo kết quả kiểm tra bệnh viện năm 2010, Hà Nội.
- Bộ Y tế (2013)**, Thông tư 21/2013/TT-BYT ngày 08 tháng 03 năm 2013 "Quy định về tổ chức và hoạt động của Hội đồng thuốc và điều trị trong bệnh viện".
- Bộ Y tế (2014)**, Thông tư 40/2014/TT-BYT ngày 17 tháng 11 năm 2014 "ban hành và hướng dẫn thực hiện danh mục thuốc tân dược thuộc phạm vi thanh toán của quỹ Bảo hiểm Y tế".
- Nguyễn Thị Hiền Lương (2012)**, Nghiên cứu đánh giá sử dụng kháng sinh tại Bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2009 - 2011, Luận văn tốt nghiệp Dược sỹ, Đại học Dược Hà Nội.

7. **K. V. Nguyen và các cộng sự. (2013),** "Antibiotic use and resistance in emerging economies: a situation analysis for Viet Nam", *BMC Public Health*. 13, p. 1158.

ĐÁNH GIÁ THÀNH PHẦN HÓA HỌC CỦA CHẾ PHẨM TRÀ THẢO MỘC TỪ LÁ CHÈ VÀ QUẢ CỌ

Nguyễn Trần Hoàng Anh¹, Kiều Thanh Hằng¹

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá hàm lượng của một số thành phần hoá học quan trọng của chế phẩm trà thảo mộc từ lá chè và quả cọ. So sánh thành phần hóa học quan trọng của công thức trà CT3 với các loại lá chè và quả cọ. **Phương pháp:** Tiến hành phân tích tại phòng thí nghiệm Khoa Sinh học đại học Sư phạm Hà Nội. Xác định tỷ lệ chất khô, hàm lượng các chất hòa tan tổng hợp, polyphenol, tannin, caffeine của chế phẩm trà thảo mộc bao gồm thành phần chính là lá chè già, cùi quả cọ chín và các thành phần bổ sung gồm: cam thảo, râu ngô, hoa cúc trắng có công thức CT3. **Kết quả:** Tỷ lệ chất khô của chế phẩm trà thảo mộc theo công thức CT3 là: 95,52%, lớn hơn các loại lá chè và quả cọ. Hàm lượng các chất hòa tan chung, polyphenol của chế phẩm trà theo công thức CT3 lần lượt là: 47,74 ± 0,92; 25,25 ± 1,33; cao hơn các loại lá chè và quả cọ chín. Hàm lượng tannin, caffeine của chế phẩm CT3 lần lượt là: 3,02 ± 0,08; 21,80 ± 2,09 tương đương của các loại lá chè. **Kết luận:** Chế phẩm trà CT3 có hàm lượng chất hòa tan, polyphenol cao hơn các loại lá chè và quả cọ chín, tuy nhiên hàm lượng tannin, caffeine tương đương với lá chè.

Từ khóa: thành phần hóa học, trà thảo mộc, lá chè, quả cọ

SUMMARY

ASSESS CHEMICAL COMPOSITION OF HERB TEA FROM CAMELLIA SINENSIS AND LIVISTONA SARIBUS

Objective: To evaluate the some important chemical composition of herb tea from *Camellia sinensis* and *Livistona saribus*. Comparing the important chemical compositions between herb tea with CT3 formula and *Camellia sinensis* leaves, *Livistona saribus* fruits. **Method:** We had proceeded analytical at the Biology department of Ha Noi national university of education. Determination of dried substance percentage, content of solutes, polyphenols, tannins and caffeine of herb tea, which consisted of the main ingredients were old *Camellia sinensis* leaves, ripe *Livistona saribus* fruit and supplementary ingredients: licorice, corn silk, white chrysanthemum flower with CT3 formula. **Results:** The dried substance of the CT3 formula was 95.52%, greater than *Camellia sinensis* leaves and *Livistona saribus* fruits. Concentration of common solutes, polyphenols of herb tea with CT3 formula were: 47.74 ± 0.92; 25.25 ± 1.33; that was higher than the

Camellia sinensis leaves, ripe *Livistona saribus* fruit. The content of tannin, caffeine of herb tea with CT3 were: 3.02 ± 0.08; 21.80 ± 2.09, which was equivalents of *Camellia sinensis* leaves. **Conclusion:** The CT3 herb tea had common solutes and polyphenols, which were higher than *Camellia sinensis* leaves and *Livistona saribus* fruits. However its tannin content is comparable to that of tea leaves, caffeine equivalent to old tea leaves.

Key words: Chemical composition, herb tea, *camellia sinensis*, *livistona saribus*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phụ 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. 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).

Với mục đích tạo ra một chế phẩm trà thảo mộc mang hương vị độc đáo và có giá trị dược liệu của Phụ 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 hàm lượng của một số thành phần hoá học quan trọng của chế phẩm trà và các thành phần tạo nên nói trên. Nếu chế phẩm trà thảo mộc có sự kết hợp của lá chè, quả cọ và các thành phần bổ sung có thể duy trì hoặc gia tăng các hoạt tính sinh học và dược lý của chế phẩm thì sản phẩm tạo ra có ý nghĩa trong việc góp phần nâng cao sức khỏe cộng đồng.

¹Trường 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: 5.4.2018

Ngày duyệt bài: 13.4.2018

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

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 chiết mẫu: Để tiến hành phân tích các hoạt tính sinh học của mẫu trà thảo mộc và các mẫu khác, chúng tôi cân 5g mẫu mỗi loại, cắt nhỏ và chuyển vào bình tam giác dung tích 250ml. Bổ sung 100ml nước cất 2 lần, đậy bình tam giác bằng nút cao su và ủ trong bể ổn nhiệt ở nhiệt độ 95°C trong 30 phút (theo Mai Tuyên, Vũ Bích Lan, www.vinachem.com.vn). Ly tâm dịch chiết (10,000rpm trong 5 phút) để loại bỏ phần tạp chất, giữ lại phần dịch nổi dùng cho các phân tích tiếp theo.

2.3.2. Xác định hàm lượng của một số thành phần hoá học quan trọng: Nhằm làm rõ cơ sở khoa học của các hoạt tính sinh học của chế phẩm trà. Chúng tôi đã tiến hành phân tích thành phần hoá học của một số nhóm hợp chất quan trọng. Trong số các chỉ tiêu chất lượng chè,

hàm lượng chất hòa tan, tanin, caffeine và polyphenol trong chè nguyên liệu là những thành phần quyết định đến các hoạt tính sinh học và hương thơm, vị dịu ngọt của chè sản phẩm.

Xác định hàm lượng chất khô và các chất hoà tan: Cân chính xác 5g mẫu tươi, sấy ở 105°C đến khối lượng không đổi. Hàm lượng chất khô được tính bằng tỷ lệ % giữa khối lượng khô và khối lượng tươi. Chất hoà tan là các hợp chất tan trong nước khi chiết xuất chè bằng nước sôi. Hàm lượng chất hoà tan được xác định theo phương pháp Voronsov (Vũ Thị Thư và cs, 2001).

Các bước thí nghiệm: Nghiền nhỏ 2g mẫu, cho vào bình cầu dung tích 250ml, bổ sung 100ml nước sôi và chiết cách thủy 30 phút, thu và lọc dịch chiết vào bình định mức 250ml. Lặp lại 3 lần, dịch lọc được tập trung và lên thể tích đến vạch 250ml. Chuyển 30ml dịch chiết vào cối sứ, đun cách thủy đến khi bay hết hơi nước, sấy ở 105°C đến khối lượng không đổi. Hàm lượng chất hoà tan được tính theo công thức:

$$X = [(m_2 - m_1) \times V \times 100] / (30 \times m)$$

Trong đó: X là hàm lượng chất hoà tan; m₁ là khối lượng cốc sứ; m₂ là khối lượng cốc và chất hoà tan khi đã đạt khối lượng không đổi; V là thể tích dịch chiết từ 2g mẫu (250ml); m là khối lượng mẫu khô.

Xác định hàm lượng polyphenol tổng số

Hàm lượng polyphenol tổng số được xác định theo phương pháp chuẩn ISO 14502 - 1:2005 sử dụng Folin-Ciocalteu.

Nguyên lý: Polyphenol tổng số trong lá chè được phân tách bởi methanol 70% và được xác định hàm lượng bằng cách so màu sử dụng Folin-Ciocalteu. Hợp chất này có chứa axit phospho-tungstic như là chất oxy hoá, nó sẽ bị khử bởi các gốc hydroxy phenolic trong dịch chiết, tạo ra màu xanh da trời với mức độ hấp thụ quang cực đại tại bước sóng 765nm.

Các bước thí nghiệm: Nghiền 0.2g mẫu thành bột mịn, nâng nhiệt lên 70°C trong 1 phút. Bổ sung 5ml methanol 70% (Sigma) trong 30 phút. Lắc đều và tiếp tục ly trích ở 70°C trong 10 phút. Sau khi ly tâm ở nhiệt độ phòng, 3500rpm trong 10 phút, thu dịch chiết và tiếp tục ly trích lần 2 như trên. Gộp dịch chiết 2 lần và thêm methanol 70% đến vạch chuẩn 10ml. Hút chính xác 1 ml dịch chiết vào bình định mức 100ml và lên thể tích tới vạch, thu được dịch pha loãng.

Phương pháp đo quang phổ hấp thụ: Bổ sung 5ml Folin-Ciocalteu (Merck) vào 1ml dịch pha loãng, thêm 4ml Na₂CO₃ 7.5% (Merck), lắc đều, để yên trong 1h và đo quang phổ hấp thụ tại bước sóng 765nm. Hàm lượng của polyphenol

tổng số được tính dựa vào đường chuẩn của axit gallic (Sigma) trong khoảng nồng độ 10 - 50mg/ml theo công thức:

$$W_T = \frac{(D_s - D_i) \times V_s \times d \times 100}{S \times m \times 10000 \times W_s}$$

Trong đó: W_T là hàm lượng polyphenol tổng số (%CK); D_s là mật độ quang của dung dịch mẫu; D_i là mật độ quang khi $x = 0$; V_s là thể tích dịch chiết (10ml); d là hệ số pha loãng (100); S là hệ số góc (a); m là khối lượng mẫu phân tích; W_s là hàm lượng chất khô của mẫu phân tích (%).

Xác định hàm lượng tannin theo phương pháp Leventhal

Nguyên lý: Tannin là hợp chất khử, khi bị oxy hoá bởi $KMnO_4$ trong môi trường axit với chất chỉ thị Indigocamin sẽ tạo thành khí cacbonic và nước đồng thời làm mất màu xanh của Indigocamin, tạo thành màu vàng rơm.

Các bước thí nghiệm: Cân 2g mẫu khô đã nghiền nhỏ, thêm 100ml nước cất đun sôi, chiết cách thuỷ trong 40 phút, để yên vài phút rồi lọc qua bông vào bình định mức 250ml. Tiếp tục chiết cho đến khi dịch chiết không còn phản ứng của tannin (thử với $FeCl_3$). Thí nghiệm trên 2 bình: Thí nghiệm (TN) và đối chứng (ĐC).

+ *Bình TN:* Lấy 750ml nước cất cho vào cốc sử dụng tích 1000ml và 25ml dung dịch Indigocamin 0,1% trong môi trường axit, bổ sung 10ml dịch chiết mẫu. Chuẩn độ bằng dung dịch $KMnO_4$ 0.1N, lặp lại 3 lần.

+ *Bình ĐC:* Như trên, nhưng thay dịch chiết mẫu bằng nước cất hai lần.

Hàm lượng tannin được tính theo công thức sau:

$$X = \frac{V \times 0.00582 \times (a - b) \times 100}{v \times m}$$

Trong đó: X là Hàm lượng tannin tính theo chất khô (%); a là số ml $KMnO_4$ 0.1N chuẩn độ mẫu thí nghiệm; b là số ml $KMnO_4$ 0.1N chuẩn độ mẫu đối chứng; V là thể tích dịch chiết từ 2g mẫu nghiền cứu (250ml); v là thể tích dịch chiết lấy ra để phân tích (10ml); m là số g mẫu khô nghiền

cứ; 0,00582 là hệ số tannin (cứ 1ml $KMnO_4$ 0.1N oxy hoá được 0,00582 g hợp chất tannin).

Xác định hàm lượng caffeine tổng số

Có nhiều phương pháp xác định hàm lượng caffeine trong chè. Trong số đó, phương pháp micromethod cho kết quả tương đương với phương pháp HPLC (High Performance Liquid Chromatography - sắc ký lỏng hiệu năng cao) và nhạy hơn các phương pháp tách chiết bằng chloroform hay bằng acetate (Komes D. et al., 2009). Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng phương pháp micromethod theo Groisser D. (1978). Tóm tắt các bước như sau: Tinh chất chè (pH8-9) được chiết xuất bằng benzene và H_2SO_4 (Merck). Đo quang phổ hấp thụ tại bước sóng 273nm, sử dụng H_2SO_4 làm mẫu trắng (blank). Hàm lượng caffeine tổng số được xác định dựa trên đường cong chuẩn của caffeine (Merck) ở các nồng độ 2.5, 5.0, 7.5 và 10.0 μ g/ml.

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

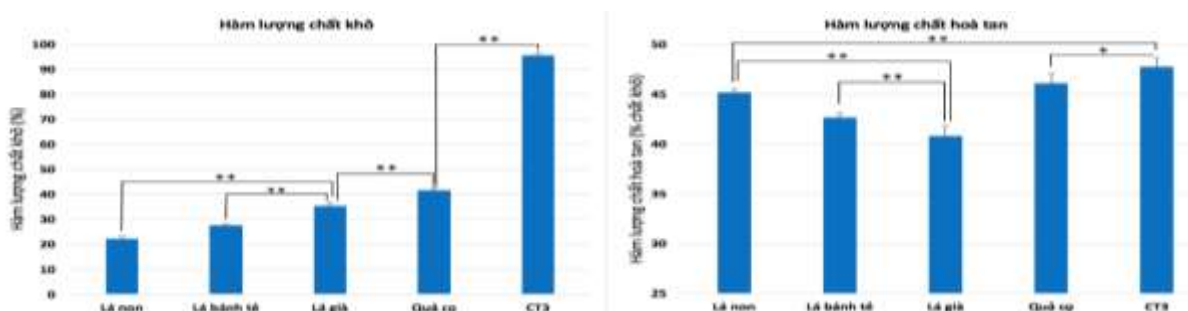
Để nghiên cứu cơ sở khoa học của các hoạt tính sinh học của chế phẩm trà thảo mộc CT3 và các loại mẫu khác, chúng tôi đã tiến hành phân tích hàm lượng của một số thành phần hoá học quan trọng, bao gồm hàm lượng chất hòa tan, hàm lượng chất khô, hàm lượng polyphenol tổng số, hàm lượng tannin và caffeine. Các chỉ tiêu này đều đóng vai trò quan trọng đối với các tính chất dược liệu cũng như hương vị, màu sắc của chè thành phẩm.

Kết quả phân tích các thành phần hoá học được thể hiện trong bảng 2, hình 1 và hình 2.

Bảng 2. Hàm lượng các thành phần hoá học chủ yếu trong các loại mẫu

Hàm lượng \ Mẫu	Lá non	Lá bánh tẻ	Lá già	Quả cọ	Trà CT3
Chất khô	22.31 ± 0.83	27.72 ± 0.49	35.32 ± 1.31	41.50 ± 1.16	95.52 ± 1.85
Chất hoà tan*	45.18 ± 0.31	42.66 ± 0.45	40.77 ± 0.98	46.08 ± 0.97	47.74 ± 0.92
Polyphenol tổng số*	22.20 ± 1.85	20.70 ± 1.0	19.57 ± 1.69	12.80 ± 1.02	25.25 ± 1.33
Caffeine*	4.85 ± 0.20	3.87 ± 0.18	2.94 ± 0.09	0.06 ± 0.02	3.02 ± 0.08
Tannin*	26.33 ± 0.43	23.30 ± 0.54	21.20 ± 0.66	9.96 ± 0.47	21.80 ± 2.09

*Các chỉ tiêu này được tính theo % chất khô.



Hình 1. So sánh hàm lượng chất khô và các chất hoà tan của các loại mẫu
 * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, n.s không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$).

3.1. Hàm lượng chất khô và chất hoà tan

Hàm lượng chất khô và chất hoà tan là hai chỉ tiêu có liên quan mật thiết đến chỉ số tiêu hao nguyên liệu/1 đơn vị sản phẩm, chất lượng, giá thành và hiệu quả kinh tế của sản phẩm. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng, nguyên liệu có hàm lượng chất hoà tan càng lớn thì chất lượng càng cao và ngược lại (Nguyễn Duy Thịnh, 2004).

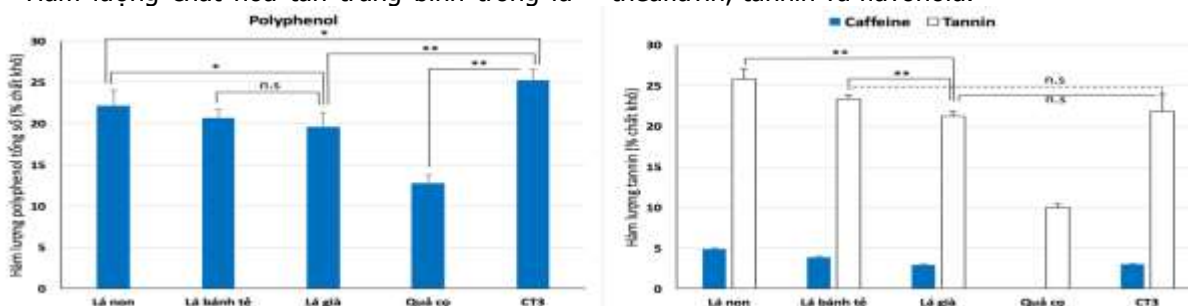
Kết quả ở bảng 2 và hình 1 cho thấy hàm lượng chất khô giảm dần theo chiều: Chế phẩm CT3 > quả cọ > lá già > lá bánh tẻ > lá non. Do chế phẩm CT3 được tạo thành từ các thành phần đã qua sấy ở nhiệt độ cao nên hàm lượng nước chỉ còn < 5%. Lá chè càng già thì hàm lượng chất khô càng cao. Mẫu quả cọ có hàm lượng chất khô cao hơn các loại lá chè.

Hàm lượng chất hoà tan trung bình trong lá

chè non (45.18%) lớn hơn lá bánh tẻ (42.66%) và lá già (40.77%). Kết quả này khá phù hợp với công bố của Giang Trung Khoa và cs (2013). Quả cọ có hàm lượng chất hoà tan cao tương đương với lá chè non (46.08%), đã góp phần giúp làm tăng hàm lượng chất hoà tan trong chế phẩm trà CT3. Cụ thể, hàm lượng chất hoà tan của trà CT3 trung bình là 47.74% chất khô, cao hơn so với các loại lá chè và quả cọ.

3.2. Hàm lượng polyphenol tổng số, caffeine và tannin:

Polyphenol là các hợp chất chứa nhiều gốc phenol, đóng vai trò như các chất làm sạch các gốc tự do *in vitro* (Rice-Evans C, 1999). Chúng đóng vai trò chính trong khả năng chống oxy hoá của chè. Polyphenol trong chè bao gồm các nhóm hợp chất catechin, theaflavin, tannin và flavonoid.



Hình 2. So sánh hàm lượng polyphenol tổng số, caffeine và tannin của các loại mẫu
 * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, n.s không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$).

Kết quả ở bảng 2 và hình 2 cho thấy: Hàm lượng polyphenol tổng số trong các mẫu lá chè có xu hướng giảm theo độ già của nguyên liệu. Trong đó, lá non đạt 22.20% polyphenol tổng số so với lượng chất khô. Tuy nhiên, hàm lượng polyphenol của lá chè già và lá chè bánh tẻ không có ý nghĩa thống kê. Hơn nữa, hàm lượng polyphenol của lá chè già đạt mức 88.2% so với lá chè non, cho thấy lá chè già thực sự là nguồn nguyên liệu tốt để tách chiết polyphenol hoặc chế biến các loại chè thành phẩm.

Điều thú vị là hàm lượng polyphenol tổng số

của chế phẩm CT3 tăng lên rõ rệt so với các loại mẫu lá chè và quả cọ. Sự gia tăng hàm lượng polyphenol tổng số này có thể là do trong các thành phần bổ sung có chứa nhiều polyphenol. Nghiên cứu của Yao H et al (2012) đã chỉ ra loài cọ xẻ *L. Chinensis* có chứa 6 loại flavonoid, cũng là một nhóm hợp chất của polyphenol.

Caffeine là chất kích thích thần kinh trung ương, thuộc nhóm methylxanthine, có công thức hóa là $C_8H_{10}N_4O_2$. Caffeine có trong các loại hạt cà phê, chè, hạt cola, quả guarana và trong hạt ca cao. Caffeine vừa có tác dụng tích cực vừa có

tác dụng tiêu cực đối với sức khỏe. Chẳng hạn nó có thể giúp phòng ngừa một số loại bệnh (VD Parkinson), song cũng có thể gây tác hại đối với giấc ngủ, nhất là đối với phụ nữ mang thai, hay gây ra một số triệu chứng nghiện caffeine (Malenka RC et al., 2009).

Kết quả trong bảng 2 và hình 2 cho thấy hàm lượng caffeine trong các mẫu lá chè giảm dần theo độ già của nguyên liệu. Cụ thể lá chè non có chứa 4.85% caffeine, lá bánh tẻ 3.87% và lá già 2.94%. Lượng caffeine trong quả cọ gần như bằng không. Đối với trà thảo mộc CT3 thì hàm lượng caffeine tương đương với lá chè già. So với lá chè non, lượng caffeine trong trà CT3 đạt mức 62.3%. Tỷ lệ này cao hơn so với báo cáo của Giang Trung Khoa và cs (2013).

Tannin cũng là một hợp chất polyphenol có trong thực vật có khả năng tạo liên kết bền vững với các protein và các hợp chất hữu cơ cao phân tử khác. Tannin tạo ra vị chát của chè, nó bao gồm các hợp chất catechin và các dẫn xuất của chúng. Catechin cũng là thành phần đóng vai trò chính trong khả năng chống oxy hoá của chè.

Kết quả phân tích cho thấy hàm lượng tannin trong các mẫu lá chè cũng có xu hướng giảm dần theo độ già của nguyên liệu, từ lá chè non (26.33%) đến lá chè già (21.20%). Chất khô của quả cọ có chứa 9.96% tannin. Hàm lượng tannin trong trà CT3 tương đương với lá chè bánh tẻ và lá chè già (hình 11). Điều này có thể giúp cho trà CT3 giảm đi vị chát.

IV. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Kết luận: Chế phẩm trà CT3 có hàm lượng chất hoà tan, polyphenol tổng số cao hơn các loại lá chè và quả cọ chín. Hàm lượng tannin của

trà CT3 tương đương với lá chè bánh tẻ, caffeine tương đương với lá chè già; cả hai chỉ tiêu đều thấp hơn lá chè 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.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chu D.C. and Juneja L.R. (1997).** *General chemical composition of green tea and its infusion.* Chemistry and applications of green tea, CRC Press, Boca Raton- New York, pp. 13-20.
2. **D. Komes, D. Horžić, A. Belščak, K. Kovačević Ganič 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. **Giang Thị Kim Liên, Phan Tất Hòa, Phạm Thị Ninh, Nguyễn Thế Anh, Trần Văn Sung (2011).** Nghiên cứu thành phần hóa học và hoạt tính sinh học của quả Cọ xè *Livistona chinensis*, *Tạp chí Hóa học*, Hà Nội. T.49 (2ABC): 446-451.
4. **Giang Trung Khoa, Nguyễn Thanh Hải, Ngô Xuân Mạnh, Nguyễn Thị Bích Thủy, Phạm Đức Nghĩa, Nguyễn Thị Oanh, Phan Thu Hương, P. Duez (2013).** Ảnh hưởng của nguồn nguyên liệu đến thành phần hoá học cơ bản của giống chè Trung Du (*Camellia sinensis* var. *sinensis*). *Tạp chí Khoa học & Phát triển*, 11 (3): 373-379.
5. **Grosser 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.
6. **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.
7. **Ninomiya M., Unten L., and Kim M. (1997).** *Chemical and physicochemical properties of green tea polyphenol.* Chemistry and application of green tea, CRC Press, Boca Raton- New York: 23-36.

THỰC TRẠNG BỆNH LANG BEN CỦA HỌC SINH 11 - 15 TUỔI TẠI HẢI PHÒNG NĂM 2016

Võ Thị Thanh Hiền¹, Đinh Thị Thanh Mai¹, Vũ Văn Thái¹,
Nguyễn Thị Liên Hương², Đỗ Ngọc Ánh³, Nguyễn Duy Bắc³

TÓM TẮT

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng,

²Cục quản lý môi trường Bộ Y tế

³Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Bắc

Email: bac_hvqy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 4.3.2018

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2018

Ngày duyệt bài: 3.5.2018

Một nghiên cứu cắt ngang được tiến hành tại 4 Trường Trung học cơ sở trên địa bàn thành phố Hải Phòng năm 2016. Học sinh được khám để phát hiện mắc bệnh lang ben. Những học sinh có biểu hiện bệnh lang ben trên lâm sàng đã được tiến hành làm xét nghiệm nấm trực tiếp đồng thời cấy vảy da trên môi trường CHROMagar™ *Malassezia* ở nhiệt độ 32°C. Kết quả cho thấy: Tỷ lệ mắc bệnh lang ben ở học sinh 11-15 tuổi là 21,6%, trong đó ngoại thành là 21,3%, nội thành là 21,8%. 28,2% học sinh lớp 8, 21,5% học sinh lớp 7, 21,0% học sinh lớp 6 và 15,4% học sinh lớp 9 mắc bệnh lang ben; 21,7% học sinh nam và

21,4% học sinh nữ mắc bệnh lang ben. 96,9% học sinh có tổn thương cơ bản là các dát giảm sắc tố, thường rải rác (84,3%), 75,1% không ngứa, hay gặp nhất ở lưng (43,3%). 80,2% học sinh không biết và không nhớ mình mắc bệnh từ khi nào.

Từ khóa: lang ben, học sinh trung học cơ sở

SUMMARY

THE SITUATION OF PITYRIASIS VERSICOLOR IN STUDENTS AGED 11-15 IN HAI PHONG IN 2016

A cross-sectional study was conducted at 4 secondary schools in Hai Phong City in 2016. All of the students were examined for pityriasis versicolor. Students with clinical manifestations were examined for fungal infection at the same time and the culture of samples on CHROMagar™ *Malassezia* at 32°C. The results showed that: The prevalence of pityriasis versicolor was 21.6% in the suburban area, 21.3% in the suburbs and 21.8% in the inner city. 28.2% of 8th class students, 21.5% of 7th class students, 21.0% of sixth class students, and 15.4% of 9th class students with pityriasis versicolor. 21.7% of males and 21.4% of females had pityriasis versicolor. 96.9% of the students with primary lesions were hyperpigmented (84.3%), 75.1% without itching, or most common in the back (43.3%). 80.2% of students do not know and can not remember when they got sick.

Key words: Pityriasis versicolor, secondary school student

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lang ben (Pityriasis versicolor) là một bệnh phổ biến ở người do nhiễm nấm trên bề mặt da. Biểu hiện của bệnh thường mờ nhạt với cảm giác khó chịu như kim châm khi trời nắng nóng hoặc gây mất thẩm mỹ [3] nên bệnh nhân thường không điều trị sớm dẫn đến lang ben lan rộng, trở nên khó điều trị và có thể là nguồn lây cho người khác. Bệnh phân bố ở mọi nơi trên thế giới, nhất là ở các nước nhiệt đới có khí hậu nóng và ẩm thuận lợi cho vi nấm phát triển và gây bệnh [3]. Tỷ lệ nhiễm nấm lang ben ở vùng nhiệt đới và cận nhiệt đới là 30% - 40%, ở vùng ôn đới là 14%[1]. Bệnh lang ben gặp ở mọi lứa tuổi nhưng gặp nhiều hơn ở lứa tuổi thanh thiếu niên nên còn gọi là bệnh lang lớn [6]. Do chủ quan cho rằng lang ben tự khỏi khi qua tuổi dậy thì nên bệnh ở đối tượng này thường có diễn biến kéo dài và hay tái phát. Tại Việt Nam, bệnh khá phổ biến nhưng do không có ảnh hưởng lớn đến sức khỏe nên ít được thống kê, báo cáo.

Nguyên nhân gây bệnh được xác định là do nấm men *Malassezia*. Nấm này còn là tác nhân thứ phát làm nặng nề hơn tình trạng của một số bệnh da khác: viêm da tiết bã, viêm nang lông,

viêm da cơ địa, bệnh vẩy nến và mụn trứng cá. Các nghiên cứu trước đây cho rằng, *Malassezia* chỉ gây bệnh trên da nhưng gần đây, *Malassezia* có thể là một nguyên nhân gây nhiễm trùng toàn thân, đặc biệt là ở trẻ sơ sinh, nuôi dưỡng bằng núm tương lipid, đặt catheter và ở những bệnh nhân suy giảm miễn dịch.

Thời tiết tại Hải Phòng rất thuận lợi cho các bệnh vi nấm phát triển: mùa hè nóng ẩm, mưa nhiều, nhiệt độ trung bình năm khoảng 23,9°C, độ ẩm trung bình 85-86%. Ở nước ta nói chung và Hải Phòng nói riêng, tuy đã có nhiều nghiên cứu về bệnh lang ben nhưng ít có nghiên cứu ở lứa tuổi thanh thiếu niên. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: *Mô tả thực trạng và đặc điểm lâm sàng bệnh lang ben ở học sinh 11 - 15 tuổi tại Hải Phòng năm 2016.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu: Học sinh trung học cơ sở lứa tuổi 11 - 15 tại Hải Phòng.

***Tiêu chuẩn chẩn đoán:** học sinh được chẩn đoán bệnh lang ben [1] khi

- Lâm sàng: có các dát màu hồng, nâu hoặc trắng ở trên da, bề mặt có những vảy cám mỏng, cạo có dấu hiệu "vỏ bào" ở vị trí mặt, cổ, lưng, ngực, bụng, tay, chân, da đầu.

- Xét nghiệm: soi tươi với xanhmetylen thấy những sợi nấm ngắn, to và những đám bào tử hình quả lê màu sáng trong tập trung thành từng đám.

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

- Là tất cả học sinh được chẩn đoán mắc bệnh lang ben: có các triệu chứng lâm sàng như trên, soi tươi nấm (+) và cấy trên môi trường Chromagar™ *Malassezia* có mọc nấm gây lang ben.

- Không dùng thuốc kháng nấm dạng bôi trước đó 7 ngày và không dùng thuốc kháng nấm dạng uống trước đó 1 tháng.

- Học sinh và phụ huynh học sinh đồng ý tham gia nghiên cứu.

***Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Dùng thuốc kháng nấm dạng bôi trước đó 7 ngày hoặc dùng thuốc kháng nấm dạng uống trước đó 1 tháng.

- Học sinh và/hoặc phụ huynh học sinh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Địa điểm nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành tại 4 trường trung học cơ sở trên địa bàn thành phố Hải Phòng:

+ 2 trường thuộc khu vực nội thành: Trường THCS Vĩnh Niệm, phường Vĩnh Niệm, quận Lê

Chân và Trường THCS Lạc Viên, phường Máy Chai, quận Ngô Quyền.

+ 2 trường thuộc khu vực ngoại thành: Trường THCS Quang Hưng, xã Quang Hưng, huyện An Lão và Trường THCS Đoàn Xá, xã Đoàn Xá, huyện Kiến Thụy.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 08 năm 2016 đến tháng 05 năm 2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Theo phương pháp mô tả cắt ngang.

2.3. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

2.3.1. Cỡ mẫu: Cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu cắt ngang mô tả đo lường tỷ lệ mắc bệnh lang ben được áp dụng theo công thức [2]:

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

- $Z_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy, với $\alpha = 0,1$, độ tin cậy 90% thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,645$

- p: tỷ lệ bệnh lang ben ước tính của quần thể, chọn p = 0,074 (tỷ lệ bệnh lang ben của cán bộ công nhân viên chức 4 mỏ than tại Thái Nguyên của Nguyễn Quý Thái).

- q: tỷ lệ không nhiễm lang ben, q = 0,926.

- d: là độ chính xác tuyệt đối mong muốn (d = 0,05).

Như vậy cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu ở một trường là 105. Cỡ mẫu cho cả 4 trường là $105 \times 4 = 420$. Thực tế chúng tôi đã đưa vào nghiên cứu 1357 học sinh.

2.3.2. Cách chọn mẫu: Liệt kê danh sách các trường THCS thuộc khu vực nội thành và danh sách các trường THCS thuộc khu vực ngoại thành. Từ danh sách này, chọn ngẫu nhiên mỗi khu vực 2 trường: nội thành (Trường THCS Lạc Viên và Trường THCS Vĩnh Niệm), ngoại thành (Trường THCS Đoàn Xá và Trường THCS Quang Hưng).

- Trường THCS Đoàn Xá, Vĩnh Niệm, Quang Hưng: lấy toàn bộ học sinh đang theo học tại 3 trường này đưa vào nghiên cứu.

- Trường THCS Lạc Viên: lập danh sách lớp theo 4 khối 6, 7, 8, 9. Chọn ngẫu nhiên 2 lớp khối 6 và 3 lớp khối 7, 3 lớp khối 8 và 3 lớp khối 9. Lấy toàn bộ học sinh ở mỗi lớp đưa vào nghiên cứu.

2.4. Nội dung nghiên cứu

- Xác định tỷ lệ mắc bệnh lang ben theo tuổi, giới.
- Xác định tỷ lệ mắc bệnh lang ben theo khu vực thu thập mẫu: nội thành và ngoại thành.
- Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh lang ben.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu và kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu

- Khám lâm sàng: Khai thác bệnh sử, tiền sử, các triệu chứng cơ năng và khám phát hiện tổn thương.

- Xét nghiệm nấm trực tiếp với xanhmetylen.

+ Dương tính (+): khi thấy tế bào nấm men hình tròn hoặc hình bầu dục đường kính 3-6µm xếp thành từng đám 10-30 tế bào, một số tế bào nấm men sinh sản với các chồi nhỏ mọc ở bên. Xen lẫn giữa các tế bào men là các sợi nấm ngắn.

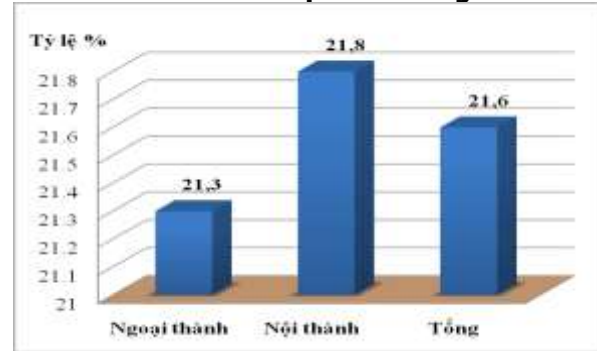
+ Âm tính (-) khi soi ít nhất 30 vi trường mà không thấy tế bào nấm.

- Kỹ thuật nuôi cấy nấm trên môi trường CHROMagar™*Malassezia* ủ ở nhiệt độ 32^oC. Đọc kết quả theo hướng dẫn của nhà sản xuất.

2.6. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê y sinh học SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng bệnh lang ben ở học sinh lứa tuổi 11 - 15 tại Hải Phòng



Hình 3.1. Tỷ lệ bệnh lang ben của học sinh

Nhận xét: Kết quả hình 3.1 cho thấy tỷ lệ mắc bệnh lang ben của học sinh trung học cơ sở lứa tuổi 11 - 15 là 21,6%, trong đó khu vực nội thành (21,8%) cao hơn khu vực ngoại thành (21,3%) nhưng không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Bảng 3.1. Tỷ lệ bệnh lang ben theo lứa tuổi

Khối lớp	Mẫu NC	Số lượng	Tỷ lệ %
Lớp 6 (a)	315	66	21,0
Lớp 7 (b)	362	78	21,5
Lớp 8 (c)	348	98	28,2
Lớp 9 (d)	332	51	15,4

p (a, b, c, d) = 0,001; p (a,c) < 0,05, p (b,c) < 0,05, p (b,d) < 0,05, p (c,d) < 0,05

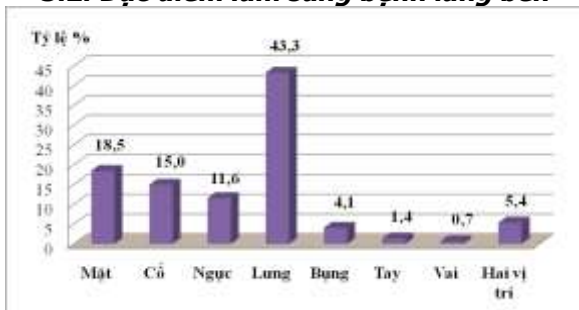
Nhận xét: Học sinh lớp 8 có tỷ lệ bệnh lang ben cao nhất (28,2%), thấp nhất là học sinh lớp 8 (15,4%), học sinh lớp 6 và lớp 7 có tỷ lệ bệnh tương đương nhau (21,0% và 21,5%).

Bảng 3.2. Tỷ lệ bệnh lang ben theo giới tính

Giới tính	Mẫu NC	Số lượng	Tỷ lệ %	p
-----------	--------	----------	---------	---

Nam	690	150	21,7	> 0,05
Nữ	667	143	21,4	
Tổng	1357	293	21,6	

3.2. Đặc điểm lâm sàng bệnh lang ben



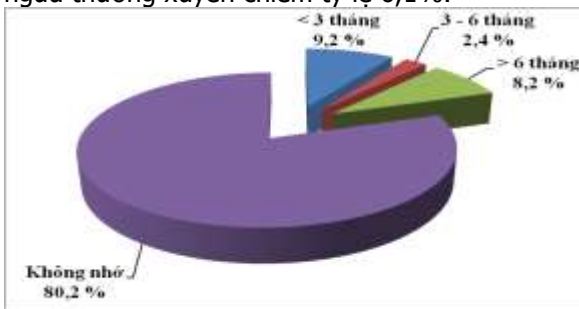
Hình 3.2. Phân bố vị trí tổn thương lang ben

Nhận xét: Lung là vị trí thường gặp nhất trong bệnh lang ben chiếm tỷ lệ 43,3%. Mặt, cổ, ngực chiếm tỷ lệ thấp hơn lần lượt là 18,4%, 15,0% và 11,6%. Các vị trí khác ít gặp hơn chiếm tỷ lệ thấp. Có 16 học sinh nhiễm năm gây lang ben ở hai vị trí trên cơ thể chiếm tỷ lệ 5,4%.

Bảng 3.3. Phân bố triệu chứng cơ năng của bệnh lang ben

Triệu chứng		Số lượng	Tỷ lệ %
Ngứa	Ngứa thường xuyên	18	6,1
	Ngứa khi ra mồ hôi	55	18,8
	Không ngứa	220	75,1
Tổng		293	100,0

Nhận xét: Đa số học sinh mắc bệnh lang ben không có biểu hiện ngứa chiếm 75,1%, 18,8% học sinh ngứa khi ra mồ hôi và có rất ít học sinh ngứa thường xuyên chiếm tỷ lệ 6,1%.



Hình 3.3. Phân bố thời gian mắc bệnh lang ben

Nhận xét: Phần lớn học sinh (80,2%) không nhớ và không biết là mình mắc bệnh lang ben từ khi nào. Chỉ có một số ít biết và xác định được thời gian mắc bệnh.

Bảng 3.4. Phân bố đặc điểm lâm sàng của bệnh lang ben

Triệu chứng		Số lượng	Tỷ lệ %
Đát thay đổi màu sắc da	Trắng	284	96,9
	Hồng	9	3,1

Nhận xét: Nhìn chung tỷ lệ bệnh lang ben ở nam (21,7%) và nữ (21,4%) tương đương nhau.

Tính chất	Tổng	293	100,0
Tính chất	Rải rác	247	84,3
	Khu trú	35	11,9
	Liên kết thành đám	11	3,8
Tổng	293	100,0	

Nhận xét: Tất cả học sinh mắc bệnh lang ben đều có đát thay đổi màu sắc trên da trong đó 96,9% học sinh có đát tổn thương là màu trắng, chỉ có 3,1% học sinh có đát tổn thương là màu hồng. Phần lớn các trường hợp tổn thương lang ben nằm rải rác chiếm tỷ lệ 84,3%, chỉ có một số ít có tổn thương lan rộng thành đám chiếm tỷ lệ 3,8%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng bệnh lang ben ở học sinh lứa tuổi 11 - 15 tại Hải Phòng

Kết quả nghiên cứu tại hình 3.1 cho thấy tỷ lệ bệnh lang ben của học sinh trung học cơ sở lứa tuổi 11 - 15 tại Hải Phòng là 21,6%, trong đó khu vực nội thành (21,8%) và ngoại thành (21,3%) có tỷ lệ nhiễm tương đương nhau. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao gấp nhiều lần so với kết quả nghiên cứu của các tác giả tại Viện Da liễu Trung Ương: Triệu Tân Phong [7], tỷ lệ mắc bệnh lang ben là 1,1%, 1,54% số bệnh nhân đến khám và điều trị mắc bệnh lang ben. Có thể lý giải sự khác biệt này là do: Thứ nhất, Viện Da liễu Trung Ương là tuyến cao nhất của ngành Da liễu Việt Nam, là nơi tập trung nhiều loại bệnh, thể bệnh đa dạng phức tạp, khó điều trị. Bệnh lang ben lại không phải là bệnh trầm trọng, mặc dù có gây mất thẩm mỹ nhưng không ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe nên chỉ có những trường hợp mắc bệnh lâu ngày hoặc ở mức độ nặng mới đến đây khám và điều trị. Đồng thời đây là bệnh mạn tính, biểu hiện rất dễ nhận biết lại có nhiều phương pháp điều trị cả đông y và tây y nên người bệnh có thể đến khám bệnh ở tuyến dưới hoặc tự mua thuốc trên thị trường để điều trị hoặc điều trị theo kinh nghiệm dân gian. Thứ hai, đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là học sinh lứa tuổi dậy thì từ 11-15 tuổi, là lứa tuổi mà tuyến bã hoạt động mạnh mẽ làm tăng tiết acid béo trên bề mặt da rất thuận lợi cho nấm men ưa mỡ gây bệnh lang ben phát triển. Thứ ba, lứa tuổi 11 - 15 này cũng thiếu kiến thức về vệ sinh cá nhân nói chung và bệnh lang ben cũng như các biện pháp phòng bệnh nói riêng nên tỷ lệ bệnh cao. Thứ tư, nghiên cứu của chúng

tôi tiến hành lấy mẫu vào tháng 8 và tháng 9, theo một số tác giả thì đây là thời điểm bệnh lang ben có tỷ lệ cao nhất trong năm. Đây là những tháng thời tiết nóng ẩm, nhiệt độ cao, ra mồ hôi nhiều là điều kiện tốt để nấm phát triển.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Đình Nga năm 2005 tại Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, tỷ lệ bệnh lang ben của học viên trung học lứa tuổi 17 - 19 là 20,87% [5].

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ mắc bệnh lang ben cao nhất ở học sinh lớp 8 (28,2%), tiếp theo là học sinh lớp 7 (21,5%) rồi đến học sinh lớp 6 (21,0%) và thấp nhất là học sinh lớp 9 (15,4%). Sự khác nhau này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,001$ (bảng 3.1).

Tỷ lệ bệnh lang ben ở nam là 21,7%, không có sự khác biệt so với ở nữ 21,4%, $p > 0,05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Triệu Tân Phong: nam (58,9%), nữ (41,1%) [7] tại Viện Da liễu Trung Ương. Điều này được lý giải là do chọn đối tượng nghiên cứu.

4.2. Đặc điểm lâm sàng nhiễm nấm lang ben: Theo các y văn trên thế giới, tổn thương lang ben thường gặp ở vùng da có nhiều tuyến bã nhờn như lưng, ngực, cổ ít gặp hơn ở các chi. Tuy nhiên tổn thương có thể lan rộng trên nhiều vùng cơ thể. Kết quả nghiên cứu ở hình 3.2 cho thấy tổn thương ở lưng là vị trí thường gặp nhất chiếm tỷ lệ 43,3%, tiếp theo là mặt (18,4%), cổ (15,0%), ngực (11,6%), các vị trí khác (bụng, tay, vai) và phối hợp hai vị trí ít gặp hơn. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nhiều nghiên cứu khác [4], [7].

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy phần lớn học sinh không có biểu hiện ngứa chiếm 75,1%, 18,8% học sinh có ngứa khi ra mồ hôi, ngứa thường xuyên gặp một tỷ lệ rất thấp (6,1%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số học sinh không ngứa có thể là do tổn thương ở học sinh không nhiều, ít có tổn thương lan rộng thành đám.

Kết quả nghiên cứu tại bảng 3.4 cho thấy 100% học sinh có tổn thương cơ bản là các dát thay đổi màu sắc trong đó tổn thương là dát màu trắng chiếm đa số 96,9%, các dát tổn thương thâm màu ít gặp hơn 3,1%. Nguyên nhân của sự thay đổi màu sắc da so với da thường là các hạt sắc tố melanin trong vùng da mắc bệnh không được tổng hợp do một loại acid dicarboxylic (đặc biệt axit azelaic) do nấm men *Malassezia* sp sản xuất ra. Tuy nhiên sự thay đổi màu sắc da còn phụ thuộc vào sắc tố da của từng cá thể.

Theo chúng tôi, các tổn thương lang ben liên kết thành đám rộng là do nấm phát triển lan tràn trong một thời gian dài mà người bệnh không chú ý tới hoặc không phát hiện ra. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối tượng mới bắt đầu bước vào lứa tuổi dậy thì, tuyến bã bắt đầu hoạt động mạnh thích hợp cho sự phát triển của nấm trên bề mặt da nên phần lớn tổn thương rải rác (84,3%), 11,9% học sinh có tổn thương khu trú và chỉ có rất ít học sinh (3,8%) có tổn thương liên kết thành đám. So sánh với các tác giả khác thì thấy rằng tổn thương lan rộng liên kết thành đám chiếm đa số.

Kết quả nghiên cứu tại hình 3.3 cho thấy sự phân bố thời gian mắc bệnh. Phần lớn học sinh không biết hoặc không nhớ mình mắc bệnh từ khi nào chiếm tỷ lệ 80,2%. Chỉ một số ít học sinh biết mình mắc bệnh và xác định được thời gian mắc bệnh của mình: < 3 tháng là 9,2%, 3 - 6 tháng là 2,4%, >6 tháng là 8,2%. Một số ít trong số học sinh này đã từng điều trị nhưng không khỏi. Nguyên nhân học sinh không xác định được thời gian mắc bệnh là do đây là bệnh thông thường, ít ảnh hưởng đến cuộc sống và sinh hoạt đồng thời học sinh không có kiến thức về bệnh lang ben nên ít để ý đến triệu chứng của bệnh, hơn nữa tổn thương chủ yếu lại ở lưng.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ mắc bệnh lang ben của học sinh lứa tuổi 11-15 là 21,6%; tỷ lệ nhiễm lang ben không có sự khác biệt giữa 2 giới và giữa 2 khu vực nội, ngoại thành. Tỷ lệ mắc bệnh lang ben cao nhất ở học sinh lớp 8 (28,2%), tiếp đến là lớp 7 (21,5%) và lớp 6 (21,0%), thấp nhất ở học sinh lớp 9 (15,4%).

- 96,9% học sinh có tổn thương cơ bản là các dát giảm sắc tố, thường rải rác (84,3%), 75,1% không ngứa, hay gặp nhất ở lưng (43,3%). Đa số học sinh (80,2%) không biết và không nhớ mình mắc bệnh lang ben từ khi nào.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu*, tr.43 - 45.
2. Phạm Ngọc Đình (2013), *Dịch tễ học (Giáo trình giảng dạy sau đại học)*, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung Ương, Nhà xuất bản y học, tr.20.
3. Trần Xuân Mai, Nguyễn Vĩnh Niên, Nguyễn Long Giang, Trần Thị Hồng, Phùng Đức Thuận, Ngô Hùng Dũng (1994), *Ký sinh trùng y học*, Trung tâm đào tạo và bồi dưỡng cán bộ y tế thành phố Hồ Chí Minh, tr.309 - 311.
4. Hoàng Văn Minh, Bùi Văn Đức, Võ Quang Đình, Văn Thế Trung, Nguyễn Tất Thắng, Phan Anh Tuấn (2004), "Điều trị lang ben bằng Itraconazole 400mg liều duy nhất trên bệnh nhân

- ngiên ma túy", *Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh*, 8(1), tr. 40 - 43.
5. **Nguyễn Đình Nga (2006)**, *Nghiên cứu một số cây thuốc kháng vi nấm gây bệnh lang ben*, Luận án tiến sĩ dược học, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
 6. **Đoàn Thị Nguyễn (2010)**, *Ký sinh trùng y học*, Nhà xuất bản Y học.
 7. **Triệu Tân Phong (2009)**, *Nghiên cứu tình hình, đặc điểm lâm sàng và hiệu quả điều trị bệnh lang ben bằng fluconazole*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.

ĐẶC ĐIỂM KHẨU PHẦN VÀ TẬP TÍNH DINH DƯỠNG CỦA BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG 2017

Vũ Cao Cường¹, Ninh Thị Nhung¹,
Phan Hương Dương², Nguyễn Trọng Hưng³

TÓM TẮT

Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang với mục tiêu: mô tả đặc điểm khẩu phần và tập tính dinh dưỡng của 125 thai phụ đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2017. Kết quả cho thấy: Tỷ lệ thai phụ ăn đúng giờ chiếm 65,6%, thai phụ ăn 5 bữa trong ngày có tỷ lệ cao nhất chiếm 53,6%, thai phụ ăn 3 bữa có tỷ lệ thấp nhất chiếm 0,8%. Tần suất tiêu thụ thực phẩm: Nhóm thịt các loại là nhóm thực phẩm được tiêu thụ cao nhất chiếm 100%, cá các loại chiếm 82,4%, thấp nhất thuộc về nhóm phủ tạng các loại chiếm 9,6%. Nhóm dầu, lạc vừng có mức tiêu thụ cao nhất chiếm 96,7%, thấp nhất nhóm bơ chiếm 15,2%. Cơm là thực phẩm được tiêu thụ cao nhất chiếm 100%, sau đó đến bánh mì, bánh bao chiếm 80%. Rau xanh các loại, hoa quả các loại là thực phẩm được tiêu thụ cao nhất chiếm 100%, thấp nhất là nước có ga chiếm 0,8%. Năng lượng khẩu phần trung bình của thai phụ 2240,6 ± 581,0kcal/ngày. Trong đó Protein khẩu phần đạt 20,1% với tỷ lệ Protein động vật (ĐV)/Protein tổng số là 71,1%, Lipid khẩu phần đạt 28,7% với tỷ lệ Lipid ĐV/Lipid tổng số là 74,3%, Carbohydrate khẩu phần đạt 51,2%.

Từ khóa: Đái tháo đường thai kỳ, khẩu phần ăn, Bệnh viện Nội tiết Trung ương

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF DIETARY INTAKE AND EATING HABITS OF GESTATIONAL DIABETES MELLITUS AT NATIONAL HOSPITAL OF ENDOCRINOLOGY IN 2017

Using a cross-sectional descriptive study, dietary characteristics and dietary habits of patients with gestational diabetes at the National Hospital of Endocrinology in 2017. The results showed that: There were 65.6% pregnant women who ate on time, pregnant women who ate 5 meals per day have the highest rate of 53.6%, pregnant women ate 3 meals with the lowest rate of 0.8%. Frequency of food consumption: Group of meat was the group of food consumption is highest 100%, fishes of all types 82.4%, the lowest belongs to the group of organs of

all kinds 9.6%. Group oil, peanut has the highest consumption accounted for 96.7%, the lowest group of avocados accounted for 15.2%. Rice is the highest consumed food accounted for 100%, then to the bread, dumplings accounted for 80%. Vegetables of all kinds, fruits are the highest consumed foods account for 100%, the lowest is carbonated water accounts for 0.8%. The median weight gain of pregnant women was 2240.6 ± 581.0 kcal/d. Dietary protein content was 20.1% with a total dietary protein content of 71.1%, Lipid diet 28.7% with a total lipid / lipid ratio of 74.3%, Carbohydrate share 51.2%.

Key words: gestational diabetes mellitus (GDM), dietary intake, National Hospital of Endocrinology

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là một thể đặc biệt của đái tháo đường, là bệnh rối loạn chuyển hóa hay gặp trong thai kỳ, bệnh có xu hướng tăng ở khu vực châu Á - Thái

Bình Dương, trong đó có Việt Nam. Ở Hoa Kỳ ước tính mỗi năm ĐTĐTK ảnh hưởng đến khoảng 170.000 thai phụ chiếm tỷ lệ 1-14%, tỷ lệ mắc ĐTĐTK tại Việt Nam khoảng 3,6-39,0%, tác giả Nguyễn Khoa Diệu Vân và Thái Thị Thanh Thúy tại khoa Sản bệnh viện Bạch Mai thấy tỉ lệ mắc đái tháo đường thai kỳ là 39%[1]. Năm 2015, tác giả Nguyễn Thị Mai Phương đã chỉ ra tỷ lệ ĐTĐTK là 37,4% theo tiêu chuẩn chẩn đoán ADA 2012 [2]. Tỷ lệ ĐTĐTK thay đổi tùy thuộc vào tiêu chuẩn chẩn đoán, chủng tộc, địa lý dân cư.

Đái tháo đường thai kỳ nếu không được chẩn đoán và điều trị sẽ gây tai biến cho mẹ và con. Điều trị ĐTĐTK đòi hỏi sự tuân thủ chỉ định của bác sĩ, cụ thể hóa cho từng trường hợp có thể kết hợp điều trị bằng thuốc với chế độ dinh dưỡng, hoạt động thể lực hợp lý hoặc đơn thuần chỉ điều chỉnh chế độ ăn kết hợp với hoạt động thể lực. Ăn uống và hoạt động thể lực hợp lý giúp thai phụ kiểm soát được đường huyết, đảm bảo dinh dưỡng cho mẹ và thai nhi và phòng ngừa được nhiều biến chứng. Chính vì thế chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Mô tả đặc điểm khẩu phần và tập tính dinh dưỡng của bệnh nhân đái tháo đường thai kỳ tại bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

1.1. Đối tượng nghiên cứu: Là các thai phụ đến khám và điều trị tại Bệnh viện Nội Tiết

¹. Trường Đại học Y Dược Thái Bình

². Bệnh viện Nội tiết Trung ương

³. Viện Dinh Dưỡng

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Cao Cường

Email: caocuongyt@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2018

Ngày phản biện khoa học: 27.4.2018

Ngày duyệt bài: 7.5.2018

Trung Ương được chẩn đoán là đái tháo đường thai kỳ theo tiêu chuẩn của Hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (ADA) năm 2017.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các trường hợp đã được chẩn đoán ĐTĐ từ trước khi có thai.
- Đang mắc các bệnh có ảnh hưởng đến chuyển hoá glucose: cường giáp, suy giáp, Cushing, suy thận, u tuỷ thượng thận, hội chứng Cohn, to đầu chi, bệnh lý gan.
- Đang sử dụng các thuốc ảnh hưởng đến chuyển hoá glucid: corticoid, salbutamol, thuốc chẹn giao cảm, lợi tiểu nhóm thiazid.

- Đang mắc các bệnh cấp tính: nhiễm khuẩn, lao phổi...

- Các thai phụ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2 Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu dịch tễ học mô tả, cắt ngang

2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Chọn toàn bộ bệnh nhân đủ điều kiện tham gia nghiên cứu, thời gian từ tháng 9/2017 đến hết tháng 12/2017. Có 125 thai phụ đủ điều kiện tham gia nghiên cứu.

2.3. Tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu

- Nhu cầu khuyến nghị cho phụ nữ mang thai và Bà mẹ cho con bú của người Việt Nam năm 2017 [3].

Nhóm tuổi	Hoạt động thể lực nhẹ (kcal)	Hoạt động thể lực trung bình (kcal)		
20-29 tuổi	1.760	2.050		
30-39 tuổi	1.730	2.010		
Phụ nữ mang thai 3 tháng giữa	+ 250			
Phụ nữ mang thai 3 tháng cuối	+ 450			
Nhóm tuổi	Tỷ lệ % NL từ protein/tổng năng lượng khẩu phần	Nhu cầu khuyến nghị protein (g/ngày)		Yêu cầu tỷ lệ protein động vật (%)
20-29 tuổi	13 - 20	1,13	60	≥ 30
30-39 tuổi	13 - 20	1,13	60	≥ 30
Phụ nữ mang thai 3 tháng giữa			+ 10	≥ 35
Phụ nữ mang thai 3 tháng cuối			+ 31	≥ 35
Nhóm tuổi	% năng lượng khẩu phần (kcal)	Nhu cầu khuyến nghị lipid (g/ngày)		
20-29 tuổi	20 - 25	46 - 57		
30-39 tuổi	20 - 25	45 - 56		
Phụ nữ mang thai 3 tháng giữa	20 - 30	+ 7,5 g		
Phụ nữ mang thai 3 tháng cuối	20 - 30	+ 15 g		

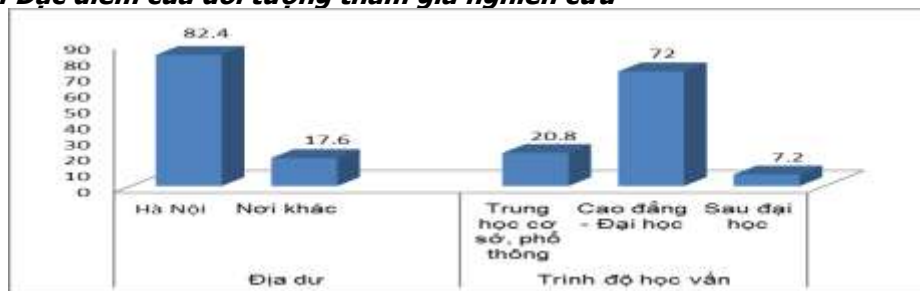
- Nhu cầu khuyến nghị Glucid. Theo hướng dẫn Quốc gia Dinh dưỡng cho phụ nữ mang thai và Bà mẹ cho con bú năm 2017 [4].

Nhóm tuổi	Nhu cầu khuyến nghị Glucid (g/ngày)
20-29 tuổi	320 - 360
30-39 tuổi	290 - 320
Phụ nữ mang thai 3 tháng giữa	+ (35 - 40)
Phụ nữ mang thai 3 tháng cuối	+ (65 - 70)

2.4. Nhập và xử lý số liệu: Nhập liệu bằng chương trình EPI DATA. Phân tích số liệu được tiến hành bằng chương trình SPSS 13.0 với các test thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm của đôi tượng tham gia nghiên cứu



Biểu đồ 1: Đặc điểm chung của đôi tượng nghiên cứu

Kết quả biểu đồ 1 cho thấy: Đối tượng nghiên cứu có địa chỉ tại Hà Nội chiếm 82,4%, nhóm thai phụ có khu vực sống khác chiếm 17,6%. Tỷ lệ thai phụ có khu vực sống tại Hà Nội cao hơn hẳn so với thai phụ sống tại khu vực khác có thể là do nghiên cứu được thực hiện tại địa bàn Hà Nội. Trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu tương đối cao, nhóm có trình độ Cao đẳng - Đại học là cao nhất chiếm 72%, nhóm tốt nghiệp Trung học cơ sở, trung học phổ thông chiếm 20,8%.

Bảng 1. Chỉ số khối cơ thể (BMI) của đối tượng nghiên cứu trước khi mang thai

BMI	Số lượng	Tỷ lệ %	X Tuổi	X BMI (kg/m ²)
< 18,5	1	0,8	27,0	18,3
18,5 -22,9	85	68,0	29,4±5,4	21,6±0,8
≥ 23	39	31,2	31,1±4,5	23,7±0,7
Tổng	125	100,0	29,9±5,1	22,2 ± 1,3

Kết quả bảng 1 cho thấy chỉ có 01 thai phụ có BMI < 18,5 chiếm 0,8%, thai phụ có BMI từ 18,5 -22,9 nhiều nhất 68,0%; thai phụ có BMI ≥ 23 chiếm 31,2%. BMI trung bình của thai phụ là 22,2 ± 1,3.

Bảng 2. Phân bố số bữa ăn trong ngày của đối tượng nghiên cứu (n=125)

Đặc điểm	Thai kỳ	3 tháng giữa(n=28)		3 tháng cuối(n=97)		Chung(n=125)	
		SL	%	SL	%	SL	%
Ăn đúng giờ	Không	7	25,0	36	37,1	43	34,4
	Có	21	75,0	61	62,9	82	65,6
Số bữa ăn trong ngày	3 bữa	1	3,6	0	0,0	1	0,8
	4 bữa	4	14,3	9	9,3	13	10,4
	5 bữa	20	71,4	47	48,5	67	53,6
	6 bữa	3	10,7	41	42,3	44	35,2

Kết quả bảng 2 tỷ lệ thai phụ ăn đúng giờ chiếm 65,6%, thai phụ ăn 5 bữa trong ngày có tỷ lệ cao nhất chiếm 53,6%, thai phụ ăn 3 bữa có tỷ lệ thấp nhất chiếm 0,8%.

Bảng 3. Tần suất (%) tiêu thụ thực phẩm thường xuyên (≥ 3 lần/tuần) của đối tượng nghiên cứu (n=125)

Nhóm thực phẩm	Thai kỳ	3 tháng giữa(n=28)		3 tháng cuối(n=97)		Chung(n=125)	
		SL	%	SL	%	SL	%
Thịt các loại		28	100,0	97	100,0	125	100,0
Cá các loại		23	82,1	80	82,5	103	82,4
Trứng các loại		15	53,6	60	61,9	75	60,0
Tôm, tép, cua, ghẹ các loại		4	14,3	27	27,8	31	24,8
Phụ tạng các loại		5	17,9	7	7,2	12	9,6
Đậu/ đỗ các loại		21	75,0	71	73,2	92	73,6
Bơ		5	17,9	14	14,4	19	15,2
Dầu ăn, lạc, vừng		28	100,0	94	96,9	122	96,7
Mỡ động vật		12	42,9	41	42,3	53	42,4
Cơm		28	100,0	97	100,0	125	100,0
Khoai sắn		22	78,6	62	63,9	84	67,2
Mì ăn liền		4	14,3	15	15,5	19	15,2
Miến		3	10,7	9	9,3	12	9,6
Bánh mỳ, bánh bao		23	82,1	77	79,4	100	80,0
Rau xanh các loại		28	100,0	97	100,0	125	100,0
Hoa quả các loại		28	100,0	97	100,0	125	100,0
Sữa bà bầu		23	82,1	78	80,4	101	80,8
Sữa có đường		24	85,7	67	69,1	91	72,8
Sữa không đường		6	21,4	28	28,9	34	27,2
Nước quả các loại		18	64,3	41	42,3	59	47,2
Nước có ga		0	0,0	1	1,0	1	0,8
Cafe, trà		2	7,1	5	5,2	7	5,6

Kết quả bảng 3 cho thấy: Nhóm thịt các loại là nhóm thực phẩm được tiêu thụ cao nhất chiếm 100%, cá các loại chiếm 82,4%, thấp nhất thuộc về nhóm phụ tạng các loại chiếm 9,6%.

Nhóm dầu, lạc vừng có mức tiêu thụ cao nhất chiếm 96,7%, sau đó đến nhóm mỡ động vật, thấp nhất nhóm bơ chiếm 15,2%.

Cơm là thực phẩm được tiêu thụ cao nhất chiếm 100%, sau đó đến bánh mỳ, bánh bao chiếm 80%, thấp nhất là miến chiếm 9,6%.

Rau xanh các loại, hoa quả các loại là thực phẩm được tiêu thụ cao nhất chiếm 100%, sau đó đến sữa bầu chiếm 80,8%, thấp nhất là nước có ga chiếm 0,8%.

Bảng 4. Giá trị trung bình các chất sinh năng lượng trong khẩu phần của đối tượng nghiên cứu theo tuổi thai (n = 125)

Chỉ số	Thai kỳ	3 tháng giữa (n=28) $\bar{X} \pm SD$	3 tháng cuối (n=97) $\bar{X} \pm SD$	Chung (n = 125) $\bar{X} \pm SD$	P
Năng lượng (Kcal)		2216,2±507,3	2247,6±602,9	2240,6±581,0	>0,05
Protein (g/ngày)		110,3±29,0	113,0±29,8	112,4±29,5	>0,05
Lipid (g/ngày)		76,2±28,4	71,9±27,1	72,8±27,3	>0,05
Glucid (g/ngày)		273,5±63,4	291,2±89,5	287,2±84,4	>0,05

Kết quả bảng 4 cho thấy năng lượng khẩu phần trung bình của đối tượng là 2240,6±581,0 Kcal. Trong đó, năng lượng do Protein khẩu phần cung cấp là 112,4±29,5g/ngày, Lipid cung cấp là 72,8±27,3g/ngày, Glucid cung cấp là 287,2±84,4.

Bảng 5. Tính cân đối giữa các chất sinh năng lượng khẩu phần của đối tượng nghiên cứu theo tuổi thai (n = 125)

Các chất sinh N.lượng	Giai đoạn thai kỳ	3 tháng giữa (n = 28) $\bar{x} \pm SD$	3 tháng cuối (n = 97) $\bar{x} \pm SD$	Chung (n = 125) $\bar{x} \pm SD$	p
Năng lượng khẩu phần (Kcal)		2216,2±507,3	2247,6±602,9	2240,6±581,0	> 0,05
Protein (%)		19,9±2,3	20,2±2,4	20,1±2,3	> 0,05
Protein ĐV/Protein tổng số (%)		69,9±10,4	71,4±10,2	71,1±10,2	> 0,05
Lipid (%)		30,4±7,5	28,5±6,7	28,7±6,9	> 0,05
Lipid ĐV/lipid tổng số (%)		73,3±13,6	74,6±12,1	74,3±12,4	> 0,05
Carbohydrate (%)		49,9±7,5	51,9±7,6	51,2±7,6	> 0,05

- Năng lượng khẩu phần trung bình của thai phụ 2240,6±581,0 kcal/ngày. Trong đó năng lượng khẩu phần trung bình ở thai phụ mang thai 3 tháng giữa là 2216,2±507,3, ở thai phụ mang thai 3 tháng cuối là 2247,6±602,9, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với (p >0,05).

- Protein khẩu phần đạt 20,1% với tỷ lệ Protein ĐV/Pr tổng số là 71,1%. Tỷ lệ này không có sự khác biệt ở thai phụ mang thai 3 tháng giữa và thai phụ mang thai 3 tháng cuối (p >0,05).

- Lipid khẩu phần đạt 28,7% với tỷ lệ Lipid ĐV/Lipid tổng số là 74,3%. Tỷ lệ này không có sự khác biệt ở thai phụ mang thai 3 tháng giữa và thai phụ mang thai 3 tháng cuối (p >0,05).

- Carbohydrate khẩu phần đạt 51,2%. Trong đó Carbohydrate ở thai phụ mang thai 3 tháng giữa là 49,9%, ở thai phụ mang thai 3 tháng cuối là 51,9, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với (p >0,05).

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ thai phụ ăn đúng giờ chiếm 65,6%, thai phụ ăn 5 bữa trong ngày có tỷ lệ cao nhất chiếm 53,6%, thai phụ ăn 3 bữa có tỷ lệ thấp nhất chiếm 0,8%. Theo tác giả Bùi Xuân Tiến (2017) thấy chỉ có 41,9% đối tượng thực hiện ăn uống đúng giờ, tỷ lệ ở nam giới là 47%, ở nữ giới là 36,4%, đa số bệnh nhân mắc ĐTD thực hiện chế độ ăn như người khỏe mạnh 3 bữa/ngày (72,5%), tỷ lệ bệnh nhân chia nhỏ thành 5 bữa/ngày rất ít (8,1%) [5].

Tần suất tiêu thụ thực phẩm: Nhóm thịt các loại là nhóm thực phẩm được tiêu thụ cao nhất chiếm 100%, cá các loại chiếm 82,4%, thấp nhất thuộc về nhóm phủ tạng các loại chiếm 9,6%; Nhóm dầu, lạc vừng có mức tiêu thụ cao nhất chiếm 96,7%, sau đó đến nhóm mỡ động vật, thấp nhất nhóm bơ chiếm 15,2%; Nhóm Glucid gạo là thực phẩm được tiêu thụ cao nhất chiếm 100%, sau đó đến bánh mì, bánh bao chiếm 80%, thấp nhất là miến chiếm 9,6%; Rau xanh các loại, hoa quả các loại là thực phẩm được tiêu thụ cao nhất chiếm 100%, sau đó đến sữa bầu chiếm 80,8%, thấp nhất là nước có ga chiếm 0,8%. Theo tác giả Phạm Thị Lan Anh (2010) điều tra tần suất tiêu thụ lương thực thực phẩm cho thấy, tần suất tiêu thụ thịt ít nhất 1 lần/ngày là 70-78%, nhóm cá, hải sản các loại chỉ xuất hiện nhiều theo tuần, 70-82% đối tượng tham gia tiêu thụ nhóm này >2-4 lần/tuần. Tiêu thụ quả chín hàng ngày có tỷ lệ 68-81%, riêng đồ ngọt (bao gồm đường, kem, bánh ngọt, ...) tỷ lệ kiêng ăn rất cao, có tới 89-92% đối tượng kiêng đồ ngọt [6]. Theo Trần Thị Phúc Nguyệt, Phạm Văn Khôi cho thấy tỷ lệ bệnh nhân ăn hoa quả là 34,3%, tỷ lệ bệnh nhân uống sữa là 29,3%[7]. Tác giả Bùi Xuân Tiến (2017) thấy 98,3% đối tượng sử dụng rau quả hàng ngày, 52,8% đối tượng không ăn phủ tạng, tỷ lệ dùng dầu thực vật hàng ngày là 84,4%, tỷ lệ ăn trái cây hàng

ngày/đạt 55%, 4-5 lần/tuần 13,3%, tỷ lệ uống sữa hàng ngày là 16,1%; 4-5 lần/tuần 5% [5].

Năng lượng khẩu phần trung bình của thai phụ 2240,6 ± 581,0 kcal/ngày; Protein khẩu phần đạt 20,1% với tỷ lệ Protein ĐV/Pr tổng số là 71,1%; Lipid khẩu phần đạt 28,7% với tỷ lệ Lipid ĐV/Lipid tổng số là 74,3%; Carbohydrate khẩu phần đạt 51,2%. Theo nghiên cứu của Phạm Thị Lan Anh (2010) năng lượng trung bình 1396,7 ± 372,9 đạt 84,6%; protein (g) 65,5 ± 25,2 (93,6%); lipid (g) 18,1 ± 16,1 (45,3%); carbohydrate(g) 213,6 ± 55,6 (87,2%) [4], tác giả Bùi Xuân Tiến (2017) thấy năng lượng khẩu phần trung bình của đối tượng là 1365,6+383,9 kcal, trong đó Protein khẩu phần đạt 20,6% với tỷ lệ protein ĐV/Pr tổng số là 60,2%, Lipid đạt 24,5% tổng năng lượng khẩu phần, Carbohydrate đạt 54,5% tổng năng lượng khẩu phần [5].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy tỷ lệ thai phụ ăn đúng giờ, ăn nhiều bữa, tần suất tiêu thụ các loại thực phẩm, năng lượng khẩu phần đạt cao hơn so với một số tác giả khác có thể do đối tượng nghiên cứu là phụ nữ mang thai nên họ quan tâm đến chế độ dinh dưỡng hơn các đối tượng khác.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thai phụ ăn đúng giờ chiếm 65,6%, thai phụ ăn 5 bữa trong ngày có tỷ lệ cao nhất chiếm 53,6%, thai phụ ăn 3 bữa có tỷ lệ thấp nhất chiếm 0,8%.

Tần suất tiêu thụ thực phẩm: Nhóm thịt các loại là nhóm thực phẩm được tiêu thụ cao nhất chiếm 100%, cá các loại chiếm 82,4%, thấp nhất thuộc về nhóm phủ tạng các loại chiếm 9,6%. Nhóm dầu, lạc vừng có mức tiêu thụ cao nhất chiếm 96,7%, sau đó đến nhóm mỡ động vật, thấp nhất nhóm bơ chiếm 15,2%. Cơm là thực

phẩm được tiêu thụ cao nhất chiếm 100%, sau đó đến bánh mì, bánh bao chiếm 80%, thấp nhất là miến chiếm 9,6%. Rau xanh các loại, hoa quả các loại là thực phẩm được tiêu thụ cao nhất chiếm 100%, sau đó đến sữa bầu chiếm 80,8%, thấp nhất là nước có ga chiếm 0,8%.

Năng lượng khẩu phần trung bình của thai phụ 2240,6±581,0 kcal/ngày. Trong đó Protein khẩu phần đạt 20,1% với tỷ lệ Protein ĐV/Pr tổng số là 71,1%, Lipid khẩu phần đạt 28,7% với tỷ lệ Lipid ĐV/Lipid tổng số là 74,3%, Carbohydrate khẩu phần đạt 51,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Khoa Diệu Vân, Thái Thị Thanh Thúy (2015)**, "Nghiên cứu tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ theo tiêu chuẩn ADA-2011 và các yếu tố nguy cơ", Tạp chí nghiên cứu y học 97 (5), tr.25 - 33.
2. **Nguyễn Thị Mai Phương (2015)**. Nghiên cứu Đái tháo đường Thai kỳ tại Bệnh Viện Phụ Sản Hải Phòng năm 2015, Luận văn Thạc sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội
3. **BỘ Y TẾ (2017)**. "Hướng dẫn Quốc gia Dinh dưỡng cho phụ nữ có thai và bà mẹ cho con bú", Nhà xuất bản Y học.
4. **BỘ Y TẾ -Viện Dinh dưỡng (2016)**. "Nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị cho người Việt Nam", Nhà xuất bản Y học
5. **Bùi Xuân Tiến (2017)**. Thực trạng chăm sóc và tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân đái tháo đường type 2 điều trị tại khoa nội tiết - thần kinh bệnh viện đa khoa tỉnh hưng yên năm 2016, Luận văn Thạc sĩ dinh dưỡng, Trường đại học Y Dược Thái Bình.
6. **Viện Dinh dưỡng (2010)**, Hiệu quả can thiệp tư vấn chế độ ăn, thực phẩm bổ sung isomalt và luyện tập ở người có nguy cơ đái tháo đường type 2 tại công đồng, Luận án Tiến sĩ dinh dưỡng công đồng.
7. **Trần Thị Phúc Nguyệt, Phạm Văn Khôi (2011)**, "Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân đái tháo đường và thực hành nuôi dưỡng, tư vấn dinh dưỡng tại bệnh viện Bạch Mai", Tạp chí Nghiên cứu Y học 77 (6), tr.118-123.

PHẪU THUẬT GHÉP GIÁC MẠC NỘI MÔ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG MỔNG MẮT GIÁC MẠC NỘI MÔ: KẾT QUẢ, BIẾN CHỨNG

Phạm Ngọc Đông¹, Lê Xuân Cung¹, Nguyễn Đình Ngân²

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Mắt Trung ương

²Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ngọc Đông

Email: dongpn69@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2018

Ngày phản biện khoa học: 27.4.2018

Ngày duyệt bài: 8.5.2018

Mục tiêu: đánh giá kết quả điều trị tổn thương nội mô mắt bù trong hội chứng mổng mắt nội mô giác mạc (ICE). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu trên 7 mắt của 7 bệnh nhân bị tổn thương nội mô giác mạc mắt bù, nhãn áp điều chỉnh, được ghép giác mạc nội mô (DSAEK) tại Bệnh viện Mắt Trung ương. Nếu mắt còn thể thủy tinh, sẽ được phẫu thuật lấy thể thủy tinh bằng phẫu thuật phaco, đặt IOL, kết hợp với DSAEK. Các chỉ số ghi nhận bao gồm triệu chứng cơ năng, dấu hiệu thực thể, độ trong của mảnh ghép và giác mạc, thị lực sau mổ. **Kết quả:** 7 bệnh nhân với 4 nam, 3 nữ, bị hội chứng ICE ở 1 mắt có thị

lực dưới ĐNT 1m, mắt còn lại bình thường. Sau mổ 1 năm, 4 mắt có mảnh ghép trong, thị lực trên 20/50. Dính mống mắt không tăng hơn suốt thời gian theo dõi. Tăng nhãn áp xảy ra ở 2 mắt và nhãn áp điều chỉnh bằng thuốc. Có 1 mắt bị thải ghép trong thời gian theo dõi, sau khi điều trị, mảnh ghép đã phục hồi. **Kết luận:** DSAEK là phẫu thuật có hiệu quả để điều trị hội chứng mống mắt nội mô giác mạc, giúp cải thiện thị lực, điều chỉnh nhãn áp và tình trạng dính mống mắt-giác mạc

Từ khóa: hội chứng mống mắt nội mô giác mạc (ICE), ghép giác mạc nội mô (DSAEK)

SUMMARY

DESCMET STRIPPING AUTOMATIC ENDOTHELIAL TRANSPLANTATION FOR IRIDOCORNEAL ENDOTHELIAL SYNDROME: OUTCOME AND COMPLICATION

Purpose: to evaluate treatment's outcome of endothelial transplantation (Descemet Stripping Automatic Endothelial Transplantation - DSAEK) for Irido-corneal endothelial syndrome. **Method:** A prospective study on 7 eyes of 7 patients with endothelial decompensation and controlled intraocular pressure having been done DSAEK at Vietnam National Institute of Ophthalmology. If patients have natural lens, phaco is done with intraocular lens implantation and DSAEK. The recorded indicators are symptom, clarity of graft and cornea, visual acuity, intraocular pressure. **Results:** 7 patients with 4 male, 3 female, average age of 56.7 have ICE syndrome in 1 eye with visual acuity less than count finger at 1m. The fellow eyes were normal. One year post-opt, 4 eyes had clear corneal graft with improved vision from 20/50. Iris synechia and was unchanged during the follow-up. Glaucoma was seen in 2 eyes and controlled with eye drop. There was one rejection episode and the graft was recovered after the treatment. **Conclusion:** DSAEK is effective surgery to improve visual acuity, control intraocular pressure and irido-corneal synechia in ICE syndrome.

Key words: Iridocorneal endothelial syndrome (ICE), Descemet Stripping Automatic Endothelial Transplantation (DSAEK)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng mống mắt nội mô giác mạc (IridoCorneal Endothelial (ICE) syndrome) là bệnh lý chưa rõ nguyên nhân, với biểu hiện các tế bào nội mô bị thay thế dần bằng các tế bào dạng biểu mô. Đặc điểm lâm sàng của hội chứng bao gồm thay đổi ở nhu mô mống mắt, dính mống mắt-giác mạc rộng ở chu biên, glacom góc đóng thứ phát và mất bù nội mô giác mạc [1]. Điều trị mất bù nội mô trong hội chứng này bằng phẫu thuật còn gặp nhiều khó khăn. Kết quả phẫu thuật ghép giác mạc xuyên khá hạn chế với tỷ lệ thải ghép và mất bù nội mô cao [2],[3].

Trong thập kỷ qua, ghép giác mạc nội mô là một trong những tiến bộ quan trọng trong điều

trị tổn thương nội mô giác mạc mất bù [4]. Ghép giác mạc nội mô là phẫu thuật ít xâm lấn hơn, thị lực phục hồi nhanh và nhiều hơn so với ghép xuyên. Với các trường hợp có tổn thương ở bán phần trước, như phẫu thuật glacom, kết quả phẫu thuật thường kém hơn so với các trường hợp khác. Tuy nhiên, kết quả của phẫu thuật ghép nội mô trong điều trị hội chứng ICE còn ít được biết đến [5].

Ở nước ta, hội chứng ICE ở giai đoạn mất bù nội mô được điều trị bằng ghép giác mạc xuyên, tuy nhiên đến nay, chưa có báo cáo về kết quả điều trị được công bố. Từ năm 2010, phẫu thuật ghép giác mạc nội mô đã được thực hiện tại Bệnh viện Mắt Trung ương và đã trở thành phẫu thuật thường quy trong điều trị các trường hợp tổn thương nội mô mất bù [6]. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị tổn thương nội mô mất bù trong hội chứng ICE trên bệnh nhân ở nước ta.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến cứu trên những bệnh nhân bị hội chứng ICE, tổn thương nội mô giác mạc mất bù, có nhãn áp điều chỉnh.

Bệnh nhân được ghép giác mạc DSAEK, phẫu thuật do 1 bác sỹ thực hiện. Bệnh nhân được gây mê, dùng giác mạc do ngân hàng Mắt Sight Life đã cắt sẵn. Nếu bệnh nhân còn thể thủy tinh, thể thủy tinh được lấy bằng phẫu thuật phaco, đặt thể thủy tinh nhân tạo cùng với ghép giác mạc. Bóc màng Descemet và tế bào nội mô theo đường kính định trước. Tạo đường rạch chính ở vùng rìa thái dương hoặc phía trên, tùy theo nơi nào ít dính góc hơn. Đưa mảnh ghép vào tiền phòng bằng chỉ khâu loại 2 kim dài, thẳng (8571G: 2-0 prolene blue 14"). Khâu kín mép mổ. Bơm hơi tiền phòng để ép mảnh ghép vào nền ghép, chờ 10 phút. Lấy bớt hơi trong tiền phòng, thay thể bằng dung dịch Ringer lactate. Sau mổ, bệnh nhân được điều trị bằng Cravite 0,5%; Pred Forte 1%; Vismed 0,18% tra 1 giọt x 4 lần/ngày. Kháng sinh được dùng trong 3 tuần sau mổ. Pred Forte dùng giảm liều dần, 1 giọt/tháng, sau đó duy trì 1 giọt/ngày. Bệnh nhân được khám sau mổ 4 tiếng, 1 ngày đầu tiên, tuần đầu tiên, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và ít nhất là 1 năm sau mổ

Các chỉ số nghiên cứu bao gồm: đặc điểm bệnh nhân trước mổ (tuổi, giới, thị lực, tổn thương giác mạc, mống mắt, nhãn áp, thể thủy tinh), trong mổ (giác mạc ghép, các biến chứng, khó khăn trong mổ); kết quả phẫu thuật (tình trạng mảnh ghép, tiền phòng, mống mắt, thể

thủy tinh, nhãn áp, thị lực). Các thông số trên được ghi nhận và phân tích ở các thời điểm trước mổ và thời điểm theo dõi cuối cùng sau mổ. Ghi nhận các biến chứng sau mổ như tiền phòng kếp (mảnh ghép tách khỏi nền ghép), di lệch mảnh ghép, bơm hơi lại tiền phòng, thải ghép, nhãn áp, thất bại ghép và các biến chứng khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm bệnh nhân: Đã có 7 bệnh nhân bị hội chứng ICE được ghép giác mạc nội mô với 4 bệnh nhân nam, 3 nữ, tuổi trung bình là 56,7 (từ 42 đến 66 tuổi). Tất cả 7 bệnh nhân đều mắc hội chứng ICE ở 1 mắt, mắt còn lại không bị hội chứng ICE và có thị lực từ 20/80 trở lên.

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân trước mổ

Đặc điểm trước mổ	BN 1	BN 2	BN 3	BN 4	BN 5	BN 6	BN 7
Thị lực trước mổ	ĐNT 2m	ĐNT 0,1m	ĐNT 1m	ĐNT 1m	ĐNT 0,5	ĐNT 0,3m	ĐNT 1m
Phẫu thuật trước đó	Không	Cắt bè	Cắt bè	Phaco	Cắt bè + Phaco	Không	Phaco
Dính góc tiền phòng*	1	3	3	1	4	1	1
Nhãn áp trước mổ	18	19	20	20	18	18	17
Tổn thương giác mạc	Phù	Phù, bong BM	Phù, bong BM	Phù	Phù	Phù, bong BM	Phù, bong BM

*Dính góc tiền phòng được tính theo góc phần tư của 360°: dính 1 góc, 2 góc, 3 góc hay dính toàn bộ ở 4 góc.

3.2 Đặc điểm phẫu thuật: Tất cả số 7 mắt được ghép giác mạc nội mô DSAEK, có 3 mắt còn thể thủy tinh tự nhiên nên đã được lấy thể thủy tinh phối hợp bằng phẫu thuật Phaco, đặt thể thủy tinh nhân tạo. Phẫu thuật phaco trên mắt bị tổn thương nội mô giác mạc mất bù khó khăn hơn vì nhu mô giác mạc phù, biểu mô dày. Vì vậy, lớp biểu được bóc đi để dễ quan sát tiền

Tất cả các mắt đều có thị lực ở mức thấp, từ ĐNT 1m trở xuống. Nhãn áp đều ở mức dưới 20mmHg với 3 mắt đã được cắt bè củng mạc (có một mắt đã được mổ phối hợp cả phaco và đặt IOL).

Giác mạc: 7 mắt đều ở tình trạng tổn hại nội mô giác mạc mất bù, với các biểu hiện nhìn mờ, chói mắt, chảy nước mắt. Giác mạc phù, có hoặc không có bong biểu mô.

Ba mắt đã được lấy thể thủy tinh, đặt thể thủy tinh nhân tạo hậu phòng bằng phẫu thuật phaco trước đó. Bốn mắt còn lại, thủy tinh thể đục ở các mức độ khác nhau, được mổ phaco phối hợp với ghép giác mạc DSAEK cùng một thì.

phòng và thể thủy tinh nên phẫu thuật phaco được hiện khá thuận lợi và đều đặt được IOL vào túi bao. Đường kính mảnh ghép từ 7,5mm - 8,5mm. Mắt có đường kính ghép nhỏ vì dính mỏng mắt - giác mạc nhiều ở chu biên. Việc bơm hơi, áp mảnh ghép khó khăn xảy ra ở 5/7 mắt, không bơm căng được tiền phòng như trong phẫu thuật DSAEK thông thường. Sau khi chờ 10 phút, bóng hơi to được để lại trong tiền phòng mà không rút bớt hơi như trong phẫu thuật DSAEK thường quy.

Bảng 2: Đặc điểm phẫu thuật

Đặc điểm phẫu thuật	BN 1	BN 2	BN 3	BN 4	BN 5	BN 6	BN 7
Đường kính ghép (mm)	8,5	7,5	7,5	7,5	7	8	8
Phẫu thuật phối hợp	Phaco	Không	Phaco	Không	Không	Phaco	Không
Biến chứng trong mổ	Không	Khó bơm hơi	Khó bơm hơi	Không	Khó bơm hơi	Không	Không

3.3 Kết quả phẫu thuật: Ngày đầu sau mổ, mảnh ghép không áp hoàn toàn xảy ra ở 1 mắt và phải bơm hơi lại. Sau bơm hơi, mảnh ghép áp tốt. Không có mắt nào bị glacom do nghẽn đồng tử vì bóng khí. Tăng nhãn áp muộn xảy ra ở 2 mắt (1 mắt chưa mổ cắt bè, tăng nhãn áp sau ghép 2 năm; một mắt đã mổ cắt bè, tăng nhãn áp sau ghép 3 tháng). Cả 2 mắt này nhãn áp đều điều chỉnh khi được điều trị bằng thuốc Timolol 0,1% phối hợp với Azopt 1% tra 3 lần/ngày.

Bảng 3: Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm sau mổ	BN 1	BN 2	BN 3	BN 4	BN 5	BN 6	BN 7
Biến chứng sau mổ	Không	Tăng nhãn áp	Bơm hơi lại	Không	Không	Không	Tăng nhãn áp
Nhãn áp	18	21	18	19	19	19	20
Giác mạc sau mổ	Trong	Mờ	Mờ	Trong	Mờ	Trong	Trong

Thời gian theo dõi (tháng)	41	35	31	36	29	26	25
Thị lực ở thời điểm cuối cùng	20/25	20/100	20/200	20/40	20/200	20/40	20/50
Tế bào nội mô sau ghép 1 năm	2015	Không đếm được	Không đếm được	1895	Không đếm được	1670	1420

Sau mổ 1 năm, 7 mắt đều có mảnh ghép trong, thị lực cải thiện so với trước mổ. Có 2 mắt có thời gian theo dõi sau mổ 3 năm, giác mạc trong, thị lực đạt từ 20/40 trở lên. Tình trạng dính mống mắt không tăng hơn suốt thời gian theo dõi. Với 4 mắt giác mạc trong, đếm được tế bào nội mô. Ba mắt còn lại giác mạc mờ, không đếm được tế bào nội mô. Có 1 mắt bị thải ghép trong thời gian theo dõi, sau khi điều trị, mảnh ghép đã phục hồi (Bảng 3).

IV. BÀN LUẬN

ICE là hội chứng tổn thương mắt với biểu hiện thoái hóa, dính mống mắt, tổn hại nội mô giác mạc và tăng nhãn áp. Tổn hại nội mô mất bù là hậu quả của quá trình diễn biến tự nhiên của bệnh và do tăng nhãn áp. Tổn hại nội mô mất bù làm giảm thị lực, gây ra những triệu chứng khó chịu như chói, nhức, chảy nước mắt, làm ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng sống.

Điều trị tổn hại nội mô mất bù bằng ghép giác mạc là phương pháp điều trị duy nhất có thể làm hết các triệu chứng cơ năng, phục hồi thị lực cho bệnh nhân. Ghép giác mạc xuyên đã được ứng dụng trong điều trị [2],[3]. Với những ưu điểm vượt trội của ghép nội mô so với ghép giác mạc xuyên, các tác giả đã điều trị tổn hại nội mô giác mạc mất bù bằng phẫu thuật [4],[5]. Với 7 mắt được phẫu thuật, trong thời gian theo dõi ít nhất là 25 tháng, 3/7 mắt có giác mạc trong, 4 mắt có giác mạc mờ. Tất cả các mắt (7/7) đều có thị lực phục hồi, tốt hơn so với trước mổ. Bệnh nhân không còn các triệu chứng cơ năng của tổn thương tế bào nội mô mất bù gây ra. Mắt có thị lực thấp nhất là 20/200, có 4/7 mắt đạt mức thị lực từ 20/50 trở lên với 1 mắt có thị lực 20/40 và 1 mắt thị lực là 20/25. Fajgenbaum điều trị 9 mắt bị mất bù nội mô giác mạc do hội chứng ICE bằng phẫu thuật ghép giác mạc nội mô, 7/9 mắt đạt mức thị lực từ 6/12 trở lên, trong thời gian theo dõi trung bình sau mổ là 55 tháng [5]. Kết quả điều trị hội chứng ICE bằng phẫu thuật ghép giác mạc xuyên của Alvim thì tỷ lệ thải ghép là 11/14 ca (79%) và có tới 43% phải ghép lại trong thời gian theo dõi sau mổ trung bình là 56 tháng. Hơn thế nữa, 100% số mắt đều bị glacom, phải điều trị bằng thuốc và phẫu thuật đặt van dẫn lưu thủy dịch [3]. Kết quả này cho thấy phẫu thuật ghép giác mạc nội mô DSAEK thực sự là một lựa chọn tốt trong điều trị mất bù nội mô trong hội chứng ICE.

Ở thời điểm theo dõi cuối cùng, 4/7 mắt đếm được tế bào nội mô và số lượng tế bào nội mô ở

mức trên 1400 tế bào/mm². Mật độ tế bào nội mô cao trong nhóm bệnh nhân bị hội chứng ICE so với các trường hợp ghép bị loạn dưỡng Fuch [5]. Vì vậy, tiên lượng sống mảnh ghép trong ghép điều trị hội chứng ICE cũng thấp hơn so với ghép điều trị các bệnh lý nội mô khác.

Có nhiều nguyên nhân gây mất tế bào nội mô trong và sau mổ ghép trên bệnh nhân có hội chứng ICE. Việc đưa mảnh ghép và tiền phòng, định vị mảnh ghép thường khó khăn hơn nhiều vì dính góc tiền phòng và phẫu thuật glacom trước đó. Những yếu tố này làm hẹp không gian của tiền phòng, làm phẫu thuật trở nên khó khăn hơn và kéo dài hơn. Trong nghiên cứu này, có 3/7 số ca gặp khó khăn khi phẫu thuật, so với 2% ở những ca mổ ghép DSAEK thông thường. Yếu tố thứ 2 gây mất tế bào nội mô sau phẫu thuật là những mắt này có nguy cơ cao bị glacom và điều trị glacom bằng phẫu thuật.

Rối loạn hàng rào máu thủy dịch trong hội chứng ICE có thể góp phần vào sự thất bại lâu dài của phẫu thuật DSAEK. ICE thường có các giai đoạn viêm và phản ứng thải ghép, có thể biểu hiện ở dưới mức lâm sàng. Vì nguy cơ thải ghép cao hơn nên cần thận trọng trong việc dùng thuốc chống thải ghép, cần phải duy trì thuốc chống thải ghép ở mức tối thiểu để duy trì tác dụng, ít nhất là 1 lần/ ngày chứ không phải là 2 ngày mới nhỏ 1 lần [5]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ gặp 1 đợt thải ghép ở 1 mắt. Sau khi được điều trị tích cực bằng corticosteroid, mảnh ghép trong và duy trì thị lực tốt tới thời điểm theo dõi cuối cùng.

Với mắt bị hội chứng ICE, tiền phòng biến dạng nhiều do dính mống mắt-giác mạc, mống mắt bị teo, nhều và có nhiều lỗ thủng mống mắt [1]. Vì vậy việc phẫu thuật khó khăn hơn và đường kính ghép cũng thường nhỏ hơn so với các mắt bị tổn thương khác. Đường kính mắt ghép nhỏ nhất là 7mm, lớn nhất là 8mm với 5 mắt còn lại có đường kính ghép 7,5mm. Nếu đường kính ghép lớn hơn, bờ mảnh ghép sẽ

chạm tới các vị trí dính mống mắt, giác mạc, gây khó khăn trong khi bơm hơi tiền phòng và dễ bị thải ghép sau này [5].

Bơm hơi tiền phòng là một thì quan trọng trong phẫu thuật, làm cho mảnh ghép ép vào nền ghép. Với 3 mắt có dính mống mắt - giác mạc nhiều, đã cắt bè trước đó, việc bơm hơi khá khó khăn do hơi có xu hướng thoát ra ngoài qua vị trí bơm, ra sau mống mắt và ra ngoài nhãn cầu qua vị trí cắt bè. Vì vậy, chúng tôi chỉ bơm một lượng khí vừa đủ căng tiền phòng, lưu khí lại trong 10 phút để đảm bảo thời gian tối thiểu, giúp cho mảnh ghép áp vào nền ghép. Lượng khí này được để lưu lại toàn bộ trong tiền phòng mà không thay thế bằng dung dịch Ringerlactat như trong phẫu thuật DSAEK thông thường [7]. Tuy vậy, sau mổ vẫn có 1/7 mắt mảnh ghép không áp vào nền ghép và phải bơm hơi tiền phòng lần hai. Đây cũng là biến chứng thường gặp sau ghép giác mạc nội mô, nhất là trên những mắt ghép vì hội chứng ICE [5].

V. KẾT LUẬN

Ghép giác mạc nội mô DSAEK có kết quả tốt trong điều trị tổn hại nội mô mất bù do hội chứng ICE. Phẫu thuật đã cải thiện thị lực và làm hết các triệu chứng cơ năng của bệnh giác mạc bong. Mảnh ghép nội mô có đường kính nhỏ hơn, bơm hơi tiền phòng khó khăn hơn do dính góc tiền phòng, mống mắt mất trương lực. Biến

chứng trong và sau mổ có thể cao hơn so với các phẫu thuật ghép nội mô điều trị các bệnh lý khác và do vậy, tiên lượng sống mảnh ghép có thể sẽ thấp hơn. Cần có thêm nghiên cứu để có nhận định chính xác hơn về kết quả phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Morris R.W., Dunbar M.T. (2004), "Atypical presentation and review of the ICE syndrome". *Optometry*. 75(1): p. 13-25.
2. Crawford G.J., Stulting R.D., Cavanagh H.D., et al. (1989), "Penetrating keratoplasty in the management of iridocorneal endothelial syndrome". *Cornea*. 8(1): p. 34-40.
3. Alvim P.T., Cohen E.J., Rapuano C.J., et al. (2001), "Penetrating keratoplasty in iridocorneal endothelial syndrome". *Cornea*. 20(2): p. 134-40.
4. Bahar I., Kaiserman I., Buys Y., et al. (2008), "Descemet's stripping with endothelial keratoplasty in iridocorneal endothelial syndrome". *Ophthalmic Surg Lasers Imaging*. 39(1): p. 54-6.
5. Fajgenbaum M.A., Hollick E.J. (2015), "Descemet Stripping Endothelial Keratoplasty in Iridocorneal Endothelial Syndrome: Postoperative Complications and Long-Term Outcomes". *Cornea*. 34(10): p. 1252-8.
6. Phạm Ngọc Đông, P.T. Hải Yến. (2015), "Ghép giác mạc nội mô DSAEK điều trị bệnh giác mạc bong: kết quả và biến chứng". *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 95(3): p. 32-39.
7. Nakagawa H., Inatomi T., Hieda O., et al. (2014), "Clinical outcomes in descemet stripping automated endothelial keratoplasty with internationally shipped precut donor corneas". *Am J Ophthalmol*. 157(1): p. 50-55.

CHI PHÍ KHÁM CHỮA BỆNH BẢO HIỂM Y TẾ TRÊN BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH VINH PHÚC GIAI ĐOẠN 2015-2017

Đỗ Thị Châm¹, Nguyễn Thị Hoài Thu²

TÓM TẮT

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là bệnh mạn tính là gánh nặng về kinh tế cho bệnh viện và Xã hội. **Mục tiêu** nghiên cứu này nhằm mô tả và so sánh chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế trên bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa (BVĐK) tỉnh Vinh Phúc giai đoạn 2015-2017. Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, hồi cứu 803 hồ sơ bệnh án bệnh nhân COPD

điều trị nội trú có BHYT giai đoạn 2015-2017 tại BVĐK tỉnh Vinh Phúc. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân COPD giai đoạn 2015-2017 là 71±12, trong đó 79,33% là nam giới và 74,85% bệnh nhân trên 65 tuổi. Chi phí điều trị trung bình cho một bệnh nhân là 10,4±1,5 triệu đồng, trong đó nhóm chi phí thuốc, máu, dịch truyền chiếm 55,7%. **Kết luận:** Chi phí thuốc, máu, dịch truyền và chi phí tiền giường là hai nhóm chi phí chủ yếu của bệnh COPD. Các yếu tố như nơi cư trú, khoa điều trị, nơi đăng ký khám chữa bệnh ban đầu (ĐKKCBĐ) là những yếu tố liên quan tới chi phí điều trị.

Từ khóa: Chi phí điều trị nội trú, COPD

SUMMARY

TREATMENT COST OF INSURED INPATIENTS DIAGNOSED WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AT

¹Bệnh viện đa khoa tỉnh Vinh Phúc

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Châm

Email: docham228@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 20.4.2018

Ngày duyệt bài: 27.4.2018

THE GENERAL HOSPITAL OF VINH PHUC PROVINCE FROM 2015-2017

Chronic obstructive pulmonary disease is one of the chronic diseases that create high economic burden for hospitals and the whole society. This study aimed to describe and compare the cost of treatment for COPD patients in general hospital in Vinh Phuc Province for the period 2015-2017. This study applied cross-sectional design, collected retrospective data from 803 medical records of insured inpatients diagnosed with COPD and admitted to the hospital of Vinh Phuc province during period 2015-2017. **Results:** The mean age of patients with COPD admitted to the hospital during the period 2015-2017 was 71 ± 12 ; 79.33% were male and 74.85% were over 65 years of age. The average cost of treatment for a patient is 10.4 ± 1.5 million VND, of which drug, blood and infusion cost accounts for 55.7%. **Conclusion:** Costs of medicines, blood, fluids and bed costs are the two main costs of COPD. The factors such as the place of residence, the department of treatment, the initial registration of medical treatment are factors related to the cost of treatment.

Keywords: inpatient cost, COPD

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chi phí điều trị tại các bệnh viện tăng cao nhanh, luôn là vấn đề được xã hội quan tâm đặc biệt; từ các nhà hoạch định chính sách, các nhà quản lý bệnh viện đến người sử dụng dịch vụ. Tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc trong 5 năm gần đây, chi phí điều trị trung bình của người bệnh điều trị nội trú có thẻ bảo hiểm y tế tăng nhanh từ 1,9 triệu (năm 2012) tăng lên 3,7 triệu (năm 2016)[1],[2]. Các bệnh lý mạn tính trong đó có bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính với số ngày điều trị kéo dài, chi phí điều trị lớn là một trong những gánh nặng to lớn về kinh tế. Vấn đề đang được quan tâm là làm thế nào để theo dõi và kiểm soát được chi phí điều trị bệnh COPD nhằm theo dõi, kiểm soát và giảm chi phí điều trị nhưng vẫn đảm bảo chất lượng điều trị. Vì vậy,

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính qua các năm.

Bảng 1: Đặc điểm chung của bệnh nhân COPD điều trị nội trú tại BVĐK tỉnh Vĩnh Phúc giai đoạn 2015 - 2017.

Biến	Năm 2015		Năm 2016		Năm 2017		Tổng
	N(%)	Mean±SD	N(%)	Mean±SD	N(%)	Mean±SD	
Tuổi	280	73±12	316	70±13	207	71±10	803(71±12)
<65	57(20,36)		99(31,33)		46(2,22)		215(25,15%)
>=65	223(79,64)		217(68,67)		161(77,78)		588(74,85%)
Giới tính							
Nam	213(70,07)		263(83,23)		164(77,78)		637(79,33%)
Nữ	67 (23,93)		53 (16,77)		43(20,67)		166(20,77)
Nơi cư trú							
Thành thị	43(15,36)		46(14,56)		36(13,39)		125(15,57%)
Nông thôn	237(84,64)		270(85,55)		171(82,61)		678(84,43%)

chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả và so sánh chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế trên bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị nội trú tại BVĐK tỉnh Vĩnh Phúc giai đoạn 2015-2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm nghiên cứu: Tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc.

2.2. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 10 năm 2017 đến tháng 4 năm 2018.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả phổi điều trị nội trú có BHYT có chẩn đoán Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (ICD: J44) tại BVĐK tỉnh Vĩnh Phúc từ 01/01/2015 đến 30/6/2017.

2.4. Cỡ mẫu: 803 phổi điều trị nội trú có BHYT có chẩn đoán Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính từ tháng 01/01/2015 đến 30/6/2017.

2.5. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, hồi cứu số liệu và báo cáo.

2.6. Một số khái niệm sử dụng trong nghiên cứu

Trong Y tế, chi phí được phân chia thành 4 nhóm: (1) Chi phí trực tiếp dành cho điều trị; (2) Chi phí gián tiếp dành cho điều trị; (3) chi phí trực tiếp không dành cho điều trị; (4) chi phí gián tiếp không dành cho điều trị [3], [4]. Trong phạm vi nghiên cứu này nhóm nghiên cứu chỉ đề cập đến chi phí trực tiếp dành cho điều trị bao gồm: chi phí thuốc, máu, dịch truyền; vật tư y tế; xét nghiệm; chẩn đoán hình ảnh; giường bệnh; phẫu thuật, thủ thuật (được thể hiện trong tờ phiếu thanh toán chi phí khám chữa bệnh nội trú của người bệnh khi ra viện).

2.7. Phân tích số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm Excel 2010, sau đó được tổng hợp, làm sạch, mã hóa lại và phân tích bằng phần mềm STATA 13.

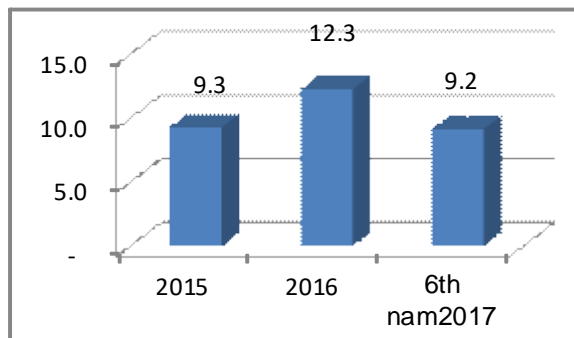
Nơi ĐKKCBĐ						
Đa Tuyển	242(86,43)		284(89,87)		174(84,06)	700(87,17%)
Tại tuyến	38 (15,37)		32(10,13)		33(15,94)	103(12,83%)
Khoa điều trị						
ICU	43 (15,36)		51 (16,14)		17(8,21)	111(13,82%)
Khoa nội	237(84,64)		265(83,86)		190(91,97)	692(86,18%)

Giai đoạn 2015-2017 có 803 lượt bệnh nhân COPD điều trị nội trú, với độ tuổi 71±12, tuổi trung bình năm 2015 cao nhất 73±12. Tuổi trên 65 tuổi chiếm đa số: năm 2015 cao nhất là 79,64%; năm 2016 là 68,67% và trong 6 tháng năm 2017 là 77,78%.

Bệnh nhân COPD phần lớn sống khu vực nông thôn tỷ lệ là 84,43%; chủ yếu điều trị tại khoa Nội chiếm 86,18%. Năm 2017, bệnh nhân điều trị tại khoa Nội chiếm tỷ lệ cao nhất 91,97%.

Bệnh nhân điều trị chủ yếu ở nhóm BHYT đa tuyến đến (87,17%), nhóm bệnh nhân BHYT tại tuyến là 12,83%. Trong đó bệnh nhân có BHYT tại tuyến năm 2015 và 2017 tương đương nhau, năm 2016 thấp hơn chỉ 10,13%.

3.2. So sánh chi phí điều trị trung bình của 3 năm



Biểu đồ 1: Chi phí điều trị trung bình/năm bệnh COPD

Nhận xét: Chi phí điều trị trung bình bệnh COPD tại BVĐK tỉnh Vĩnh Phúc giai đoạn 2015-2017 trung bình trên 9 triệu đồng/lượt điều trị và cao nhất năm 2016 là 12,3 triệu đồng/lượt điều trị.

3.3. Mô tả và so sánh chi phí điều trị

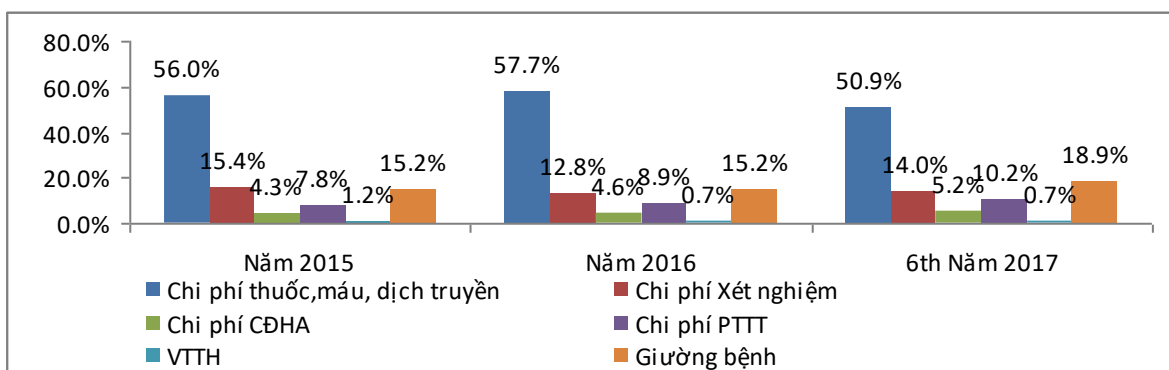
3.4. Mô tả cơ cấu chi phí điều trị bệnh COPD qua các năm

trung bình của 3 năm theo nhóm tuổi; giới tính; nơi cư trú; khoa điều trị; nơi đăng ký thẻ BHYT ban đầu

Bảng: Sự chênh lệch về viện phí trung bình theo nơi cư trú, nơi đăng ký BHYT và khoa điều trị (đơn vị tính: triệu đồng)

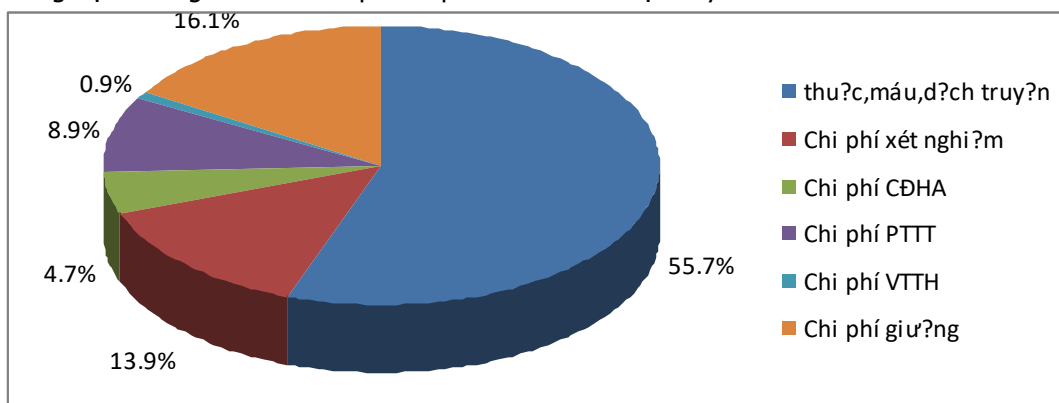
	Chênh lệch	95% KTC	P(Mann-whitney test)
Nơi cư trú	- 3,8	(-6,7)-(-0,8)	0,001
Thành thị (medium ±SD)	7,2±0,7	5,6-8,8	
Nông thôn (medium ±SD)	11,0±0,6	9,7-12,3	
Nơi đăng ký khám BHYT	4.9	1,7-8,1	0,0001
Đa tuyến (medium ±SD)	11,1±0,6	5,4-6,8	
Tại tuyến (medium ±SD)	6,1 ±0,3	9,8-12,3	
Khoa điều trị	21	1,8-2,38	<0,0001
Khoa HSTC (medium ±SD)	28,6±3,1	22,3-34,8	
Khoa Nội (medium ±SD)	7,5±0,2	7,0-8,0	

Giai đoạn 2015-2017, chi phí điều trị trung bình cho bệnh nhân thành thị thấp hơn chi phí bệnh nhân nông thôn là 3,8 triệu đồng/lượt điều trị; bệnh nhân đa tuyến đến chi phí điều trị trung bình cao hơn bệnh nhân đăng ký BHYT tại tuyến là 4,9 triệu đồng/lượt điều trị; bệnh nhân điều trị khoa HSTC có chi phí điều trị trung bình cao hơn bệnh nhân khoa Nội 21 triệu đồng/lượt điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (P<0,05).



Biểu đồ 1: Cơ cấu chi phí bệnh COPD theo năm

Trong các nhóm chi phí thì chi phí cho thuốc, máu, dịch truyền chiếm tỷ lệ cao nhất. Năm 2017, tỷ lệ thuốc, máu, dịch truyền cao nhất trong cả giai đoạn 2015-2017 chiếm 57,7%. Tiếp đến là chi phí giường bệnh đứng thứ 2 và chi phí thấp nhất là nhóm vật tư y tế tiêu hao.



Biểu đồ 2: Cơ cấu chi phí điều trị bệnh COPD giai đoạn 2015-2017

Giai đoạn 2015-2017, nhóm chi phí thuốc máu dịch truyền là chủ yếu chiếm 55,7%, thứ hai là nhóm chi phí giường bệnh 16,1%, ít nhất là chi phí vật tư tiêu hao 0,9%

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính qua các năm: Tuổi của bệnh nhân COPD trung bình trên 70 tuổi, nhóm tuổi trên 65 tuổi chiếm đa số. Kết quả này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Vũ Văn Khâm (2002) Nghiên cứu các đối tượng mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính vào viện vì đợt cấp nhận thấy độ tuổi trung bình là 70,97±9,02[5]. Từ đó cho thấy tuổi cũng là một yếu tố nguy cơ bệnh COPD.

Bệnh thường gặp ở nam nhiều hơn nữ, tỷ lệ mắc nam/nữ tăng dần và cao hơn kết quả nghiên cứu của Ngô Quý Châu và cộng sự (2005) Nghiên cứu dịch tễ học bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trong dân cư thành phố Hà Nội, năm 2005 tỷ lệ chung cho cả hai giới là 2%; nam 3,4%; nữ 0,7%[6].

Người bệnh chủ yếu được điều trị tại khoa Nội (trên 80%) tiếp đến khoa HSTC, trong đó 6 tháng năm 2017 tỷ lệ điều trị tại HSTC là thấp nhất 8,21%. Bệnh viện thành lập phòng quản lý bệnh phổi mạn tính tại khoa Nội (CMU) và tại phòng khám từ năm 2016 do vậy công tác dự phòng cho bệnh nhân COPD được triển khai tốt giúp giảm dần bệnh nhân COPD nặng, nguy kịch vào viện trong năm 2017.

4.2. So sánh chi phí điều trị trung bình của 3 năm: Chi phí điều trị bệnh COPD tại BVĐK tỉnh Vĩnh Phúc giai đoạn 2015-2017 trung bình trên 9 triệu đồng/lượt điều trị. Kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của Vũ Xuân Phú và cộng sự (2009) Chi phí điều trị nội trú của bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện phổi Trung ương năm 2009, Tạp chí y học thực hành năm 2012 là 507.417 đồng [7]. Kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của Trương Công Trứ (2014) Chi phí điều trị nội trú bệnh

phổi tắc nghẽn mạn tính, viêm phổi và ung thư phổi tại Bệnh viện 74 Trung ương, năm 2014, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y tế công cộng là 8,5 triệu đồng/lượt điều trị. Nghiên cứu tại Iran năm 2014 về phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến chi phí chăm sóc cho bệnh nhân nhập viện với sự gia tăng cấp tính COPD cho thấy chi phí điều trị trung bình cho bệnh nhân COPD năm 2013 cao gấp 5,7 lần so với năm 2011.

Năm 2016, với sự thành lập các phòng quản lý bệnh phổi mạn tính, chuyển giao kỹ thuật theo Đề án 1816 từ Bệnh viện Bạch Mai đã giúp BVĐK tỉnh Vĩnh Phúc nâng cao năng lực chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh COPD. Đồng thời Bệnh viện đã có những biện pháp quản lý chi phí. Do vậy, năm 2017 chi phí điều trị đã giảm đáng kể so với năm 2016 và thấp hơn năm 2015, kết quả phù hợp với sự phát triển về mặt chuyên môn, điều trị và dự phòng cho bệnh nhân COPD trong giai đoạn 2015-2017.

4.3. Mô tả và so sánh chi phí điều trị trung bình của 3 năm theo nhóm tuổi; giới tính; nơi cư trú; khoa điều trị; nơi đăng ký thẻ BHYT ban đầu

Chi phí cho bệnh nhân COPD sinh sống ở khu vực nông thôn cao hơn thành thị. bệnh nhân khu vực thành thị khi có triệu chứng sẽ vào điều trị ngay BVĐK tỉnh nên tình trạng bệnh nhẹ hơn giảm bệnh nhân nguy kịch, bệnh nhân khu vực nông thôn thường điều trị tại các Trung tâm y tế huyện không đỡ mới chuyển BVĐK tỉnh nên bệnh thường nặng, thời gian điều trị kéo dài và chi phí cao hơn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$)

Chi phí điều trị bệnh nhân nằm tại khoa HSTC thì cao hơn nhiều so với chi phí điều trị tại khoa Nội. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa chi phí điều trị và khoa điều trị của người bệnh ($P < 0,05$). Kết quả này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Vũ Xuân Phú và cộng sự (2009) Chi phí điều trị nội trú của bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện phổi Trung ương năm 2009, Tạp chí y học thực hành năm 2012 [7].

Chi phí điều trị bệnh nhân đa tuyến đến cao hơn chi phí điều trị tại tuyến, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$). Chi phí điều trị cho bệnh nhân tại tuyến được thanh toán trong quỹ BHYT được giao dựa trên số thẻ đăng ký ban đầu tại đơn vị, Bệnh viện tự kiểm soát quỹ BHYT nên chặt chẽ hơn trong chi phí điều trị BHYT tại tuyến.

4.4. Mô tả cơ cấu chi phí điều trị bệnh COPD qua các năm: Trong các nhóm chi phí

thì chi phí thuốc, máu, dịch truyền là cao nhất 55,7%, kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Vũ Xuân Phú và cộng sự (2009) Chi phí điều trị nội trú của bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện phổi Trung ương năm 2009, Tạp chí y học thực hành năm 2012 (chi phí thuốc, máu, dịch truyền chiếm 75%) [7].

Chi phí tiền giường cao thứ 2 trong các nhóm chi phí chiếm 19%, kết quả này cao hơn nghiên cứu của Vũ Xuân Phú và cộng sự (2009) Chi phí điều trị nội trú của bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện phổi Trung ương năm 2009, Tạp chí y học thực hành năm 2012 (chi phí giường/phòng bệnh 2%).

Theo kết quả Biểu đồ 2 cho thấy phần lớn chi phí cho các yếu tố năm 2016 đều cao hơn năm 2015 nhiều và tăng nhẹ so với 2017. Cùng với sự phát triển chuyên môn kỹ thuật, năng lực chẩn đoán, điều trị bệnh COPD được nâng cao thì từ ngày 01/3/2016 bắt đầu áp dụng giá dịch vụ y tế bao gồm chi phí trực tiếp và đặc thù theo Thông tư số 37/TT-BYT ngày 29/10/2015 của liên Bộ Y tế - Bộ Tài chính. Năm 2017, cấu phần chi phí giảm nhẹ so với năm 2016 do công tác dự phòng điều trị cùng với sự điều chỉnh chi phí điều trị nội trú bệnh COPD để đảm bảo quỹ và trần BHYT tại Bệnh viện.

Nghiên cứu mới chỉ phân tích chi phí trực tiếp cho bệnh nhân COPD trên hồ sơ bệnh án, chưa nghiên cứu được tổng thể chi phí của người bệnh trong đợt điều trị nhưng đã cung cấp thêm thông tin góp phần trong việc lập kế hoạch phân bổ chi phí, tính toán chi phí, cân đối quỹ và trần BHYT của bệnh nhân COPD nói riêng và của Bệnh viện nói chung. Trong bối cảnh tiến tới lộ trình tự chủ Bệnh viện thì nghiên cứu mang tính chất thiết thực trong việc phân bổ kinh phí của Bệnh viện. Và cần có những nghiên cứu rộng hơn về chi phí điều trị nội trú của Bệnh viện để đưa ra được chi tiết cơ cấu chi phí và các yếu tố liên quan ảnh hưởng đến chi phí.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy chi phí điều trị trung bình cho bệnh nhân COPD tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc giai đoạn 2015-2017 10.4 ± 1.5 triệu đồng/lượt điều trị. Bệnh nhân ở khu vực nông thôn chi phí điều trị cao hơn khu vực thành thị; chi phí bệnh nhân khoa HSTC cao hơn gần 4 lần bệnh nhân điều trị tại khoa Nội. Chi phí bệnh nhân đa tuyến cao hơn bệnh nhân tại tuyến. Trong các nhóm chi phí thì tiền thuốc, máu, dịch truyền chiếm tỷ lệ cao nhất tiếp đến là chi phí

ngày giường và chi phí xét nghiệm. Để giảm chi phí điều trị bệnh COPD mà vẫn đảm bảo hiệu quả điều trị cần đẩy mạnh phòng quản lý bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, giảm bệnh nhân nặng và nguy kịch vào viện do đó sẽ giảm chi phí điều trị, đồng thời có kế hoạch kiểm soát chi phí, tối đa hóa sử dụng nguồn lực để giảm chi phí cho bệnh nhân và bệnh viện. Và nghiên cứu chi phí cung cấp thông tin và bằng chứng quan trọng trong việc quản lý tài chính bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc (2012).** Báo cáo tổng kết công tác Bệnh viện.
- 2. Bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc (2016).** Báo cáo tổng kết Công tác Bệnh viện năm 2016.
- 3. Nguyễn Thị Kim Chúc (2007).** "Phân tích chi phí", *Kinh tế Y tế và Bảo hiểm Y tế*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
- 4. Vũ Xuân Phú (2008).** *Kinh tế Y tế: Giáo trình đào tạo cử nhân y tế công cộng*, Nhà Xuất bản Y học, Hà Nội.
- 5. Vũ Văn Khâm (2001).** *Đánh giá tác dụng phối hợp Fenderol - Ipratropium khí dung điều trị đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính*,
- 6. Ngô Quý Châu và cộng sự (2005).** Nghiên cứu dịch tễ học bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trong dân cư thành phố Hà Nội. *Báo cáo nghiệm thu đề tài nghiên cứu khoa học cấp bộ, Bộ Y tế năm 2005*,
- 7. Vũ Xuân Phú và cộng sự (2009).** Chi phí điều trị nội trú của bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện phổi trung ương năm 2009. *Tạp chí y học thực hành năm 2012*,

KẾT QUẢ KHÁM SÀNG LỌC BỆNH GLÔCÔM TẠI HAI TỈNH THÁI BÌNH - NAM ĐỊNH

Bùi Thị Vân Anh¹, Vũ Anh Tuấn² và cộng sự

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tỷ lệ và một số đặc điểm liên quan đến bệnh nhân glôcôm trên khu vực tỉnh Thái Bình và Nam Định. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tại địa điểm được chọn ngẫu nhiên 2 huyện trong 1 tỉnh và 2 xã trong 1 huyện. Đối tượng là người dân ≥ 35 tuổi đang làm việc và sinh sống ổn định tại điểm dân cư đã lựa chọn trong thời gian tiến hành tổ chức khám sàng lọc. Số liệu thu thập thông qua phỏng vấn và khám trực tiếp. **Kết quả:** 12629 người (5920 người ở Nam Định và 6709 người ở Thái Bình) được khám sàng lọc. Chúng tôi đã xác định được 130 người ở Nam Định (2,19%) và 161 người ở Thái Bình (2,40%) có bệnh glôcôm; 638 người ở Nam Định (10,78%) và 763 người ở Thái Bình (11,37%) có các yếu tố nguy cơ của bệnh glôcôm cần được khám lại để xác định chẩn đoán. Glôcôm góc đóng chiếm đa số (64,6% ở Thái Bình, 60% ở Nam Định); lồi đĩa rộng và yếu tố gia đình là các yếu tố nguy cơ thường gặp nhất. **Kết luận:** khám sàng lọc phát hiện tỷ lệ glôcôm trong cộng đồng người trên 35 tuổi là khoảng hơn 2% và đa số là glôcôm góc đóng.

Từ khóa: khám sàng lọc, glôcôm, yếu tố nguy cơ

SUMMARY

GLAUCOMA SCREENING RESULTS IN NAMDINH AND THAIBINH PROVINCE

Objectives: To assess the incidence and characteristics of glaucoma patients in Thaibinh and Namdinh provinces. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted at two randomly selected districts in each province and two communes in one district. Target population is 35 years old or more who are working and living in the residential area selected during the screening. Data collected through interviews and eye examination. **Result:** 12629 people (5920 in Namdinh and 6709 in Thaibinh) were screened. We identified 130 people in Namdinh (2.19%) and 161 people in Thaibinh (2.40%) had glaucoma; 638 people in Namdinh (10.78%) and 763 people in Thaibinh (11.37%) had risk factors for glaucoma that need to be re-examined to determine the diagnosis. Angle closed glaucoma occupy the majority (64.6% in Thaibinh, 60% in Namdinh); large cup and family history of glaucoma are the most common risk factors. **Conclusion:** 2% of the 35-year-

old population was discovered having glaucoma during screening and most are closed-angle glaucoma

Key words: screening, glaucoma, risk factors

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Glôcôm là một bệnh nguy hiểm, thường gặp, mang tính xã hội cao và gây ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe cộng đồng. Theo các nghiên cứu mang tính dự báo trong khu vực và trên thế giới, số lượng người bệnh glôcôm sẽ tăng lên đáng kể vào những năm tới. Các nước Đông Nam Á vào năm 2010 có khoảng 4,2 triệu người bệnh glôcôm, và vào năm 2020 số lượng này sẽ tăng lên khoảng 6 triệu người. Tại Việt Nam qua điều tra RAAB (Rapid Assessment of Avoidable Blindness) năm 2007 tỷ lệ mù hai mắt do glôcôm ở người > 50 tuổi chiếm 6,5%, đứng thứ hai trong các nguyên nhân gây mù, hiện có khoảng 24.800 người mù do glôcôm [1]. Cho đến thời điểm hiện nay ở nước ta chưa có một nghiên cứu mang tính chất toàn quốc hoặc khu vực về đánh giá tỷ lệ mắc bệnh glôcôm trong cộng đồng. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm "Đánh giá tỷ lệ và một số đặc điểm liên quan đến bệnh nhân glôcôm trên khu vực tỉnh Thái Bình và Nam Định".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Địa điểm nghiên cứu người bệnh glôcôm: Địa điểm nghiên cứu được lựa chọn là tỉnh Nam Định với 2 huyện chọn ngẫu nhiên là Mỹ Lộc (3 xã chọn ngẫu nhiên là Mỹ Tân, Mỹ Thuận, Mỹ Thịnh), Trực Ninh (3 xã chọn ngẫu nhiên là Liêm Hải, Trực Đạo, Trực Mỹ) và tỉnh Thái Bình với 2 huyện chọn ngẫu nhiên là Vũ Thư (3 xã chọn ngẫu nhiên là Việt Hùng, Xuân Hòa, Minh Lãng), Kiến Xương (3 xã chọn ngẫu nhiên Quang Bình, Bình Nguyên, Bình Thanh).

2.2 Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** người dân ≥ 35 tuổi đang làm việc và sinh sống ổn định tại điểm dân cư đã lựa chọn trong thời gian tiến hành tổ chức khám sàng lọc.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Những người già yếu không đi lại đến cơ sở y tế được để khám, chẩn đoán xác định bệnh glôcôm. Những người không phối hợp điều tra và khám bệnh: Trí nhớ không minh mẫn, người chăm sóc không nắm được cụ thể tình trạng bệnh tật của người bệnh. Những người từ chối tham gia nghiên cứu.

¹Bệnh viện Mắt Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Vân Anh

Email: buivananh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 7.3.2018

Ngày phản biện khoa học: 26.4.2018

Ngày duyệt bài: 8.5.2018

• Cỡ mẫu cho điều tra xác định tình trạng bệnh glôcôm trong cộng đồng.

Cỡ mẫu ước lượng tối thiểu cần có là 5500 người dân mỗi tỉnh. Để hạn chế sai số và bỏ nghiên cứu chúng tôi tiến hành khám trên 6000 dân mỗi tỉnh

2.3 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Đề tài được thực hiện dưới dạng nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, sử dụng phương pháp điều tra cắt ngang, kỹ thuật phỏng vấn trực tiếp.

Các thức tiến hành: Tại mỗi xã tiến hành khám sàng lọc người bệnh glôcôm và đối tượng nguy cơ cao bị bệnh. Thông tin khám bệnh được điền vào "Phiếu khám sàng lọc glôcôm tại cơ sở"

- Thành viên đoàn điều tra gồm: 2 bác sỹ chuyên khoa glôcôm của bệnh viện Mắt TW trực tiếp khám bệnh, 2 bác sĩ học viên đang hoàn thành luận văn tiến sĩ, thạc sĩ, nội trú, chuyên khoa cấp II tại khoa Glôcôm Bệnh Viện Mắt TW phỏng vấn, điền thông tin vào các mẫu phiếu điều tra, bộ câu hỏi, 2 điều dưỡng khoa glôcôm Bệnh Viện Mắt TW đo nhãn áp, thử thị lực. Tất cả các cán bộ điều tra được tập huấn một ngày trước khi đi để thống nhất về quy trình kỹ thuật khám bệnh, cách phỏng vấn và điền thông tin.

3.1.1 Đặc điểm tuổi và giới của đối tượng được khám sàng lọc

Bảng. Phân bố đối tượng khám sàng lọc theo tuổi

Đặc điểm	Nam Định		Thái Bình		P	
	N	%	n	%		
Tuổi	<40	524	8.9	626	9.3	P=0,35>0,05
	40-54	2264	38.2	2506	37.4	P= 0,3>0,05
	55-70	1850	31.3	2187	32.6	P=0.29>0,05
	> 70	1282	21.7	1390	20.7	P=0.19>0.05
Min - Max	35 - 98		35 - 97		P <0,0001	
Mean ± SD	57.7 ± 13.7		56.4 ± 13.2			
Giới	Nam	1685	28,5	1594	23,8	P= 0,283>0,05
	Nữ	4235	71,5	5115	76,2	
	P	P < 0.001		P < 0.001		
Tổng	5920	100.0	6709	100.0		

Vào thời điểm bắt đầu tiến hành nghiên cứu, chúng tôi đã tổ chức sàng lọc bệnh glôcôm cho 5920 người dân trên 35 tuổi của Nam Định và 6709 người ở Thái Bình. Sự phân bố về tuổi cũng như giới ở hai tỉnh không có sự khác biệt. Ở cả hai tỉnh, tỷ lệ nữ đi khám cao hơn hẳn so với nam giới và tỷ lệ thanh niên dưới 40 tuổi đi khám thường rất ít. Điều này hoàn toàn phù hợp với tình trạng di chuyển lực lượng lao động thanh niên, đặc biệt là nam giới từ nông thôn ra thành thị đang diễn ra ở nước ta hiện nay. Phân bố về tuổi cũng như giới tính của nhóm người đi khám sàng lọc trong nghiên cứu của chúng tôi khác biệt tương đối nhiều so với nghiên cứu của

Thu thập thông tin về đối tượng người dân trong cộng đồng dân cư nghiên cứu bằng trực tiếp khám lâm sàng, điền thông tin vào phiếu khám sàng lọc glôcôm tại cơ sở

Phân nhóm đối tượng: Nhóm người bệnh glôcôm gồm những người: Có tiền sử đã phẫu thuật glôcôm (khám thấy có sẹo mổ); đang điều trị glôcôm bằng thuốc (ghi nhận trong y bạ); có các triệu chứng của glôcôm: nhãn áp cao, lồi đĩa và tổn thương thị trường. Nhóm nguy cơ glôcôm khi có dấu hiệu nhãn áp dao động ở ngưỡng cao (23-25mmHg), tiền phòng nông <2,5 mm, góc tiền phòng hẹp (Van Herrick $\leq \frac{1}{4}$ chiều dày giác mạc), lồi đĩa thị giác rộng với sự chênh lệch giữa 2 mắt $\geq 2/10$, tiền sử có người ruột thịt bị glôcôm. Nhóm những người không thuộc hai nhóm trên.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Thông tin dịch tễ về đối tượng người dân khám sàng lọc: Nghiên cứu mô tả về thực trạng bệnh glôcôm được thực hiện ở 12 xã thuộc 4 huyện của 2 tỉnh Nam Định và Thái Bình. Tổng số người dân trên 35 tuổi được khám sàng lọc bao gồm 12629 người (5920 người ở Nam Định và 6709 người ở Thái Bình).

Anand (2008) thực hiện trên người Ấn Độ. Trong nghiên cứu của mình, Anand ghi nhận tỷ lệ nam/nữ đi khám gần tương đương nhau (51,4/48,6) và lứa tuổi trên 65 đi khám sàng lọc ít nhất (chỉ chiếm 13,5% trường hợp)[2]. Ở cả hai tỉnh, hơn 50% người dân đi khám sàng lọc là những người trên 55 tuổi. Điều này cho thấy dường như những người lớn tuổi có nhiều thời gian hơn hoặc họ quan tâm tới các vấn đề sức khỏe hơn nên đã tham gia vào các đợt khám sàng lọc tích cực hơn.

3.1.2 Kết quả khám, phát hiện bệnh glôcôm

Qua đợt khám sàng lọc, chúng tôi đã xác định được 130 người ở Nam Định (2,19%) và 161

người ở Thái Bình (2,40%) có bệnh glôcôm (gồm glôcôm được phát hiện, điều trị trước đây và người bệnh được xác định chẩn đoán thông qua lần khám này). Chúng tôi cũng phát hiện 638 người ở Nam Định (10,78%) và 763 người ở Thái

Bình (11,37%) có các yếu tố nguy cơ của bệnh glôcôm cần được khám lại để xác định chẩn đoán. Tỷ lệ bị bệnh glôcôm được xác định giữa hai tỉnh không có sự khác biệt.

Bảng. Tỷ lệ mắc các bệnh mắt của đối tượng khám sàng lọc

Đặc điểm	Nam Định			Thái Bình			P
	n	% trên dân số	% nhóm nguy cơ	n	% trên dân số	% nhóm nguy cơ	
Bệnh Glôcôm	130	2,19		161	2,40		P=0,19
Nguy cơ	Nhãn áp	46	0,78	7,2	16	0,24	3,6
	TP, góc TP	169	2,85	26,5	105	1,57	23,4
	Lõm đĩa	230	3,89	36,1	158	2,36	35,2
	Tiền sử gia đình	193	3,26	30,2	170	2,53	37,8
	Tổng	638	10,78	100	763	11,37	100
Bình thường+ Khác	5152	87,03		5785	86,23		P=0.188
Tổng	5920	100,0		6709	100,0		

3.1.3 Nhóm người có yếu tố nguy cơ mắc bệnh glôcôm

Sau khi khám xác định bệnh glôcôm số đối tượng nguy cơ glôcôm phát hiện được tại Nam Định chiếm 10,78% và tại Thái Bình chiếm 11,37%. Tỷ lệ người có yếu tố nguy cơ glôcôm trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của AC.Le và cộng sự thực hiện tại Úc năm 2003 với 6,1%. Sự chênh lệch này có thể do trong nghiên cứu của AC. Le, tác giả chỉ đề cập tới các yếu tố nguy cơ của bệnh glôcôm góc mở mà không nhắc đến các yếu tố nguy cơ của bệnh glôcôm góc đóng[3]. Trong số các trường hợp có nguy cơ glôcôm, lõm đĩa rộng và tiền sử gia đình là những yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ cao nhất. Đặc điểm khiến người bệnh được đưa vào diện nghi ngờ glôcôm trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối khác nhau giữa hai tỉnh. Tuy nhiên yếu tố nhãn áp vẫn chiếm tỷ lệ thấp nhất. Đây là những trường hợp có nhãn áp trong giá trị ranh giới (23-24mmHg). Tính trên toàn thể số dân được khám sàng lọc tại Nam Định, tỷ lệ nghi ngờ do yếu tố nhãn áp chỉ chiếm 0,8%, ở Thái Bình chiếm 0,24%. Tỷ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu trên quần thể 1370300 người dân thành thị thực hiện tại Thái Lan năm 2003. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ dân cư được đưa vào theo dõi do nhãn áp là 2,14%. Nguyên nhân khiến tỷ lệ nghi ngờ do nhãn áp trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn đáng kể như vậy là do tiêu chí đánh giá của Bourne (nghiên cứu của Thái Lan 2003) gồm những trường hợp nhãn áp trên 22mmHg và cả những trường hợp nhãn áp giữa 2 mắt chênh lệch quá nhiều (từ 6mmHg trở lên). Như vậy đối

tượng đưa vào theo dõi của nhiên cứu tại Thái Lan dường như mở rộng hơn so với nghiên cứu của chúng tôi[4].

Đối tượng được đưa vào theo dõi trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi do nguyên nhân tổn thương đĩa thị chiếm 3,9% ở Nam Định (cao nhất trong các yếu tố nguy cơ) và 2,4% ở Thái Bình. Các tỷ lệ này không có sự khác biệt nhiều so với nghiên cứu được thực hiện tại Thái Lan năm 2003 (4,1%)[4].

Các đối tượng có tiền phòng hẹp và góc tiền phòng hẹp trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ chiếm 2,9% ở Nam Định và 1,6% ở Thái Bình. tỷ lệ này thấp hơn rất nhiều so với các đối tượng cần theo dõi do tình trạng góc được khảo sát ở nghiên cứu của Thái Lan năm 2003 (với 10,1%). Chúng tôi không phân tích rõ được nguyên nhân của sự chênh lệch này do bài báo nghiên cứu của Bourne (2003) không phân tích rõ tiêu chí đánh giá góc tiền phòng trong nghiên cứu của mình. Tuy nhiên theo chúng tôi sự chênh lệch này có thể do tiêu chí lựa chọn khác nhau hoặc ảnh hưởng của quần thể dân cư khác nhau gây ra[4].

3.2 Đặc điểm của đối tượng người bệnh glôcôm: Tỷ lệ người bệnh glôcôm được phát hiện tại Nam Định trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 2,2%, ở Thái Bình chiếm 2,4%. Trong đó, số người bệnh glôcôm ở Nam Định là 130 người bệnh gồm 108 người bệnh được phát hiện khi khám sàng lọc và 22 người bệnh được phát hiện khi người bệnh được chuyển lên khám xác định tại tuyến chuyên môn. Ở Thái Bình, số người bệnh glôcôm là 161 bao gồm 144 người bệnh phát hiện khi khám sàng lọc và 17 người bệnh phát hiện được khi khám lại.

Tỷ lệ này dường như cao hơn so với tỷ lệ

glôcôm ghi nhận được trong nghiên cứu của N.T. Nhân (2006) là 1,6% dân số trên 35-40 tuổi[5]. Tuy nhiên, so với nghiên cứu năm 2008 của Anand P. và cộng sự cũng được thực hiện trên các đối tượng trên 35 tuổi người Ấn Độ và nghiên cứu của Kim JH năm 2011 trên người Hàn quốc thì tỷ lệ glôcôm trong nghiên cứu có xu hướng thấp hơn đáng kể (3,68% và 3,4%)[2][6]. Chính các tiêu chuẩn, các phương tiện chuẩn đoán mới (thị trường, soi góc, OCT,...) đã giúp phát hiện thêm nhiều trường hợp glôcôm góc mở trong cộng đồng khiến tỷ lệ người bệnh glôcôm được phát hiện nâng lên đáng kể. Tuy nhiên, do tỷ lệ người bệnh đi khám lại để xác định bệnh rất thấp (Nam Định 41/660 chiếm 6,2%; Thái Bình 83/446 chiếm 17,8% số đối tượng cần khám xác định bệnh) nên tỷ lệ người bệnh glôcôm thực sự trên số dân được

khám sàng lọc trong nghiên cứu của chúng tôi còn cao hơn rất nhiều so với con số chúng tôi thu được. Chính vì thế, việc trang thiết bị không đầy đủ và hoàn chỉnh của tuyến cơ sở đã làm bỏ sót tương đối nhiều đối tượng cần theo dõi và điều trị glôcôm tại tuyến. Đây cũng chính là nguyên nhân khiến tỷ lệ người bệnh glôcôm trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu của Anand P năm 2008 và nghiên cứu của Kim JH năm 2011[2][6]. Ở cả 2 tỉnh tỷ lệ người bệnh nữ cao hơn người bệnh nam. Ở Thái Bình, tỷ lệ người bệnh nữ cao hơn rõ rệt, chiếm 76,4%. Phân bố người bệnh theo giới ở 2 tỉnh khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ở Nam Định, tỷ lệ gặp cao nhất ở lứa tuổi trên 70 tuổi (51,6%) trong khi ở Thái Bình, tỷ lệ cao nhất ở độ tuổi 55 -70 chiếm 41,6%.

Đặc điểm	Nam Định	Thái Bình	P	Đặc điểm	Nam Định	Thái Bình	P		
Tuổi	<40	3 (2,3%)	4(2,5%)	<0,05	Giới	Nam	60(46,2%)	38(23,6%)	< 0,001
	40-54	12 (9,2%)	30(18,6%)			Nữ	70(53,8%)	123(76,4%)	
	55-70	48(36,9%)	67(41,6%)		Hình thái	Góc mở	33(25,4%)	44(27,3%)	> 0,05
	> 70	67(51,6%)	60(37,3%)			Góc đóng	78(60%)	104(64,6%)	
Điều trị	1 mắt	45(34,6%)	84(52,2%)	<0,05	Tổng	Thứ phát	18(13,8%)	10 (6,2%)	
	2 mắt	48(36,9%)	47(29,2%)			Bẩm sinh	1 (0,8%)	3(1,9%)	
	0Đtri	37(28,5%)	30(18,6%)						
					130(100%)	161 (100%)			

Trong số 130 người bệnh glôcôm ở Nam Định, tỷ lệ glôcôm góc mở chiếm 25,4% tương đương với tỷ lệ glôcôm góc mở thu được tại Thái Bình (27,3% trên 161 người bệnh). Tỷ lệ này cũng hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của Chương trình phòng chống mù loà của Tổ chức Y tế Thế giới thực hiện năm 1990 (26,7%). Tuy nhiên tỷ lệ glôcôm góc mở trong nghiên cứu của Kim JH 2011 và Bourne năm 2003 cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu này[1][4][6]. Đa số các trường hợp bị glôcôm được phát hiện là hình thái góc đóng (Thái Bình 64,6%; Nam Định 60%)

3.2.1 Đặc điểm tổn thương của các mắt bị bệnh glôcôm

Đặc điểm	Nam Định	Thái Bình	P	Đặc điểm	Nam Định	Thái Bình	P	
Thị lực	> 7/10	16(6,2%)	43(13,4%)	Nhãn áp	< 25	203(79,0%)	287(90,0%)	< 0,05
	7/10 - 4/10	22(8,5 %)	47(14,6%)		25-32	43(16,7%)	24(7,5%)	
	3/10- ĐNT3m	109(41,9%)	131(40,7%)		>32	11(4,3%)	8(2,5%)	
	< ĐNT3m	113(43,5%)	101(31,4%)		Tiền tăng	22(8,5%)	35(10,9%)	
C/D	≤ 3/10	48 (18,5%)	106(32,9%)	Giai đoạn bệnh	Sơ phát	13(5,0%)	25(7,8%)	< 0,05
	4/10- 7/10	65(25,0%)	58(18,0%)		Tiến triển	21(8,1%)	32(9,9%)	
	> 7/10	55(21,1 %)	47(14,6%)		Trầm trọng	32(12,3%)	8(2,5%)	
	0 soi đc	92(35,4%)	111(34,5%)		Gần mù+mù	6(2,3%)	7(2,2%)	
Tổng	260(100%)	322(100%)		0xác định	166 (63,8%)	215(66,8%)		

Ở cả 2 tỉnh, tỷ lệ thị lực từ ĐNT 3m đến 3/10 chiếm tỷ lệ cao nhất (Nam Định chiếm 41,9%, Thái Bình chiếm 40,7 %) và thị lực cao hơn 7/10 chiếm tỷ lệ thấp nhất (Nam Định 6,2%, Thái Bình 13,4%). Phân bố thị lực khác nhau giữa 2 tỉnh có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ thị lực

kém cao chứng tỏ việc phát hiện sớm cũng như theo dõi điều trị một cách hợp lý cho người bệnh glôcôm vẫn chưa được thực hiện tại 2 địa phương tham gia nghiên cứu nói riêng và các địa phương ở nước ta nói chung.

Số mắt đo được nhãn áp ở Nam Định là

257/260 mắt và Thái Bình là 319/322 mắt. Tỷ lệ mức nhãn áp dưới 25mmHg cao nhất (79% ở Nam Định và 90% ở Thái Bình). Phân bố các mức nhãn áp giữa 2 tỉnh khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ở Nam Định có 168/260 mắt soi được đáy mắt. Kết quả cho thấy mức lồi gai từ 4/10 đến 7/10 chiếm tỷ lệ cao nhất 25%. Ở Thái Bình có 211/322 mắt soi được đáy mắt cho kết quả là mức lồi gai dưới 3/10 chiếm tỷ lệ cao nhất 32,9%. Mức lồi đĩa >7/10 thấp nhất ở cả 2 tỉnh. Phân bố mức lồi đĩa ở 2 tỉnh có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Chính khả năng phát hiện sớm hơn và điều trị hợp lý người bệnh glôcôm cũng đã giúp tỷ lệ nhãn áp cao ở Thái Bình (10%) thấp hơn đáng kể so với Nam Định (21%), tỷ lệ C/D >7/10 ở Thái Bình (14,6%) thấp hơn Nam Định (21,1%).

Giai đoạn bệnh glôcôm: Ở Nam Định có 94/260 mắt được đo thị trường, trong đó giai đoạn trầm trọng chiếm tỷ lệ cao nhất 34,1%. Ở Thái Bình có 107/322 mắt được đo thị trường, trong đó giai đoạn tiềm tàng chiếm tỷ lệ cao nhất 32,7%. Chính sự khác biệt giữa các yếu tố bệnh lý đã khiến phân bố giai đoạn bệnh khác nhau giữa 2 tỉnh cũng trở nên có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ mù lòa do glôcôm ở Nam Định chiếm 6,4%, ở Thái Bình chiếm 6,5% không khác biệt so với tỷ lệ mù lòa chung của Việt nam 6,3% cũng như ở một số nước trong khối Asean như Indonexia 6,6%, Lào 8%; Cam puchia 7%. Tuy nhiên tỷ lệ này lại cao hơn đáng kể so với tỷ lệ mù lòa do glôcôm ở Thái Lan 3,5%, Malaysia 1,8% và thấp

hơn nhiều so với tỷ lệ mù lòa do glôcôm ở Myanma 16%. Sự chênh lệch này có thể do có sự chênh lệch về hệ thống phát hiện và theo dõi glôcôm ở các nước gây ra.

V. KẾT LUẬN

Qua đợt khám sàng lọc, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ người có yếu tố nguy cơ bị glôcôm ở Nam Định là 10,78% và ở Thái Bình là 11,37%. Các yếu tố nguy cơ bao gồm góc tiền phòng hẹp, nhãn áp nghi ngờ, lồi đĩa rộng. Tỷ lệ bệnh glôcôm ở Nam Định là 2,19% và ở Thái Bình là 2,40%; đa số các trường hợp là hình thái góc đóng

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Như Hân, Nguyễn Chí Dũng (2010)** "Hoạt động phòng chống mù lòa và chăm sóc mắt ở Việt Nam năm 2009- 2010 nhằm đạt mục tiêu toàn cầu -Thị giác 2020". *Kỷ yếu hội nghị ngành nhãn khoa năm 2010*. Tr 37-38.
2. **Anand Palimkar, R Khandekar, V. Venkataraman;** Prevalence and distribution of *glaucoma* in central *India (Glaucoma. Survey - 2001)*. *Indian J Ophthalmol 2008*; 56:57-62
3. **Le A(1), Mukesh BN, McCarty CA, Taylor HR.** Risk factors associated with the incidence of open-angle *glaucoma*: the visual impairment project. *Invest Ophthalmol Vis Sci. 2003 Sep*;44(9):3783-9
4. **Bourne RR(1),** Sukodom P, Foster PJ, et al Prevalence of *glaucoma* in *Thailand*: a population based survey in Rom Klao District, Bangkok. *Br J Ophthalmol. 2003 Sep*;87(9):1069-74.
5. **Ji Hyun Kim, Sung Yong Kang,** Na Rae Kim et al. Prevalence and Characteristics of *Glaucoma* among Korean Adults. *Korean J Ophthalmol. 2011 Apr*; 25(2): 110-115.
6. **Nguyễn Trọng Nhân (2006):** Tuyển tập các công trình nghiên cứu t.1, NXB Y học

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ VÒM MŨI HỌNG GIAI ĐOẠN II ĐIỀU TRỊ HÓA XẠ ĐỒNG THỜI TẠI BỆNH VIỆN K

Trần Thị Kim Phượng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chất lượng cuộc sống (CLCS) của bệnh nhân ung thư vòm mũi họng (UTVMH) giai đoạn II điều trị hóa xạ đồng thời. **Đối tượng và phương pháp:** Ghi nhận một số chỉ số về CLCS theo bảng câu hỏi tự điền EORTC QLQ-C30 và QLQ-H&N35 (Cancer Quality of Life Questionnaire Core 30 and Quality of Life Questionnaire Head and Neck Module

35) trên 54 bệnh nhân UTVMH giai đoạn II điều trị hóa xạ đồng thời (HXĐT) tại bệnh viện K từ tháng 4/2014-4/2017 với tổng liều xạ là 66-70Gy và hóa trị bằng Cisplatin 30mg/m²/tuần x 6 tuần. **Kết quả:** Điểm CLCS tổng thể: 61,1. Các chỉ số chức năng theo QLQ C30 có số điểm tốt: chức năng hoạt động (80,5), chức năng làm việc (68,2); chức năng nhận thức (81,5); các điểm tồi: vấn đề tài chính (48,8); chán ăn (39,5); mệt mỏi (29,8) và mất ngủ (20,9). Các chỉ số triệu chứng có điểm tồi theo QLQ-H&N35: khô miệng (52,4); nước bọt quánh (45,1); vấn đề về răng (33,3). **Kết luận:** Mặc dù còn có các chỉ số tồi, đặc biệt là các triệu chứng về đầu cổ làm ảnh hưởng tới CLCS của bệnh nhân UTVMH giai đoạn II điều trị HXĐT, nhưng CLCS tổng thể cũng như điểm chức năng nói chung đạt ở mức độ chấp nhận được.

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Kim Phượng

Email: phuoghong433tn@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2018

Ngày phản biện khoa học: 27.4.2018

Ngày duyệt bài: 9.5.2018

Từ khóa: Ung thư vòm mũi họng giai đoạn II, chất lượng cuộc sống, hóa xạ đồng thời.

SUMMARY

QUALITY OF LIFE OF NASOPHARYNGEAL CARCINOMA STAGE II PATIENTS TREATED WITH CONCURRENT

CHEMORADIOTHERAPY AT K HOSPITAL

Purpose: To assess the quality of life (QoL) of nasopharyngeal carcinoma (NPC) stage II patients treated with concurrent chemoradiotherapy (CCRT). **Study method:** using the European Organization for Research and Treatment of EORTC QLQ-C30 and QLQ-H&N35 to record some QoL scores of 54 NPC stage II patients treated with CCRT at K Hospital, from 4/2014-4/2017. The dose of radiation is 66-70 Gy with weekly Cisplatin 30mg/m² in 6 weeks. **Results:** Global health status score is 61,1. According to QLQ C30 some good functioning scores are: physical functioning (79,2); role functioning (68,2); cognitive functioning (81,5); bad symptom scores are: financial problems (48,8); appetite loss (39,5); fatigue (29,8) and insomnia (20,9). According to QLQ-H&N35 bad scores are: dry mouth (52,4); sticky saliva (45,1); teeth (33,3). **Conclusion:** NPC stage II patients treated with CCRT have acceptable global health status and function score. However, there are also several bad symptom scores, especially head and neck symptoms, which degrade the QoL of these patients.

Key words: Nasopharyngeal carcinoma stage II, quality of life, concurrent chemoradiotherapy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vòm mũi họng (UTVMH) là loại hay gặp nhất trong các ung thư đầu cổ ở Việt Nam. Theo Globocan 2012, tại Việt Nam, UTVMH đứng hàng thứ 4 ở nam giới với tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi là 7,7/100.000 dân và đứng hàng thứ 2 ở nữ giới với tỷ lệ mắc chuẩn theo tuổi là 3,4/100.000 dân [4]. Mặc dù UTVMH là một bệnh khó phát hiện và chẩn đoán sớm, nhưng nhờ các tiến bộ trong chẩn đoán, số bệnh nhân đến viện ở giai đoạn sớm đã tăng lên và kết hợp với các tiến bộ trong điều trị như việc phối hợp hóa xạ trị thay vì xạ trị đơn thuần như trước đây, tiên lượng chung của UTVMH đã được cải thiện đáng kể qua ba thập kỷ gần đây.

Trong các cách thức phối hợp hóa xạ trị, hóa xạ đồng thời cũng được coi như là một chỉ định điều trị chuẩn cho UTVMH giai đoạn II-IVB. Phương thức này đã được chứng minh có hiệu quả trong kiểm soát tại chỗ tại vùng và phòng di căn xa đối với giai đoạn III-IVB bởi rất nhiều các thử nghiệm pha III. Nhưng với giai đoạn II, các bằng chứng về vai trò của HXĐT còn chưa đủ mạnh. Mặt khác, sống thêm của bệnh nhân giai đoạn II thường khá cao với tỷ lệ sống thêm 5 năm có thể lên tới 95-97% [6],[7] nên song

với việc sống thêm kéo dài thì CLCS cũng là một vấn đề hết sức quan trọng. Tuy nhiên, trên thực tế lâm sàng tại Việt Nam còn thiếu những bằng chứng nghiên cứu về hiệu quả của HXĐT cũng như các thông tin về CLCS trên bệnh nhân UTVMH giai đoạn II. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu đánh giá CLCS của bệnh nhân UTVMH giai đoạn II được điều trị HXĐT để góp phần kết luận đầy đủ hơn về vai trò của HXĐT trong giai đoạn này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- 60 bệnh nhân bệnh nhân UTVMH giai đoạn II điều trị HXĐT tại bệnh viện K cơ sở Tam Hiệp, từ tháng 1/2014 - 4/2017, trong đó có 54 bệnh nhân còn sống đến thời điểm thu thập thông tin.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** tuổi từ 18 đến 70, PS 0-2, có chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học tại u vòm hoặc hạch cổ, chẩn đoán và điều trị lần đầu, được giải thích rõ liệu trình điều trị và tự nguyện chấp nhận theo phác đồ điều trị của chuyên môn, có hồ sơ lưu trữ đầy đủ. Loại trừ các bệnh nhân: mắc các bệnh phối hợp khác có chống chỉ định của hóa trị (tim mạch, gan, thận...), bỏ dở điều trị không phải lý do chuyên môn, có bệnh lý về tâm thần, hay không tự trả lời được theo bảng câu hỏi tự điền.

- Chẩn đoán xác định dựa vào các triệu chứng lâm sàng, nội soi vòm họng, xét nghiệm mô bệnh học tại u vòm hoặc tại hạch; chẩn đoán giai đoạn theo UICC/AJCC 2010. Điều trị HXĐT theo phác đồ: xạ trị (XT) 3 chiều theo hình dạng khối u bằng máy gia tốc Varian; liều xạ tại u 66-70 Gy, tại hạch cổ 66-70 Gy, dự phòng tại hạch cổ 50Gy, phân liều 2Gy/ngày x 5 ngày/tuần; hóa trị bằng Cisplatin 30mg/m²/tuần x 6 tuần.

- Ghi nhận một số chỉ số về CLCS theo bảng câu hỏi tự điền EORTC QLQ-C30 và QLQ-H&N35 trên 54 bệnh nhân tại thời điểm dừng nghiên cứu (tháng 4/2018).

- **Xử lý số liệu bằng** phần mềm tin học SPSS 16.0. So sánh giá trị trung bình bằng test t mẫu không phụ thuộc. Lựa chọn khoảng tin cậy 95% (p<0,05).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu có 54/60 bệnh nhân còn sống tới thời điểm thu thập thông tin. Các bệnh nhân này được trả lời 2 bộ câu hỏi sẵn có theo 4 mức độ khác nhau. Kết quả được tóm tắt theo các bảng dưới đây.

3.1. Chất lượng cuộc sống theo EORTC QLQ C30

Bảng 3.1. Chất lượng cuộc sống theo EORTC QLQ C30

Chất lượng cuộc sống	Điểm trung bình (SD)
Điểm chất lượng cuộc sống tổng thể (QL2)	61,1 (18,3)
Điểm chức năng	
Chức năng hoạt động (PF2)	80,5 (18,6)
Chức năng làm việc (RF2)	68,2 (25,1)
Chức năng cảm xúc (EF)	75,0 (21,4)
Chức năng nhận thức (CF)	81,5 (21,1)
Chức năng xã hội (SF)	66,9 (18,1)
Điểm triệu chứng	
Mệt mỏi (FA)	29,8 (26,6)

Chất lượng cuộc sống	Điểm trung bình (SD)
Nôn, buồn nôn (NV)	4,6 (13,9)
Đau (PA)	16,0 (21,2)
Khó thở (DY)	9,3 (21,9)
Mất ngủ (SL)	20,9 (27,7)
Chán ăn (AP)	39,5 (29,0)
Táo bón (CO)	4,9 (15,1)
Tiêu chảy (DI)	1,9 (7,7)
Vấn đề tài chính (FI)	48,8(30,1)

Nhận xét: Điểm CLCS tổng thể là 61,1. Chức năng hoạt động và chức năng nhận thức có số điểm cao nhất: 80,5 và 81,5. Điểm triệu chứng: các triệu chứng có số điểm tối nhất lần lượt là vấn đề tài chính (48,8); chán ăn (39,5); mệt mỏi (29,8) và mất ngủ (20,9).

3.2. Chất lượng cuộc sống theo EORTC QLQ H&N35

Bảng 3.2. Chất lượng cuộc sống theo EORTC QLQ H&N35

Triệu chứng	Điểm (SD)	Triệu chứng	Điểm (SD)
Đau miệng (HNSA)	15,2 (20,3)	Nước bọt quánh (HNSS)	45,1 (25,2)
Khó nuốt (HNSW)	22,4 (18,9)	Ho (HNCO)	19,8 (29,3)
Vị giác và khứu giác (HNSE)	20,4 (27,9)	Cảm giác ốm (HNFI)	25,9 (27,2)
Lời nói (HNSP)	16,9 (25,3)	Dùng thuốc giảm đau (HNPK)	7,4 (26,4)
Ăn nơi công cộng (HNSO)	20,5 (20,8)	Dinh dưỡng bổ sung (HNNU)	24,1 (43,1)
Giao tiếp nơi công cộng (HNSC)	14,1 (17,6)	Ăn qua sonde (HNFE)	0,0
Vấn đề răng (HNTE)	33,3 (33,0)	Giảm cân (HNWL)	31,5 (46,8)
Há miệng (HNOM)	9,9 (22,1)	Tăng cân (HNWG)	11,1 (31,7)
Khô miệng (HNDR)	52,4 (29,3)		

Nhận xét: Các chỉ số không tốt lần lượt là: khô miệng (52,4); nước bọt quánh (45,1); răng (33,3); giảm cân (31,5); cảm giác ốm (25,9); khó nuốt (22,4); dinh dưỡng bổ sung (24,1). Các chỉ số tốt là: dùng thuốc giảm đau (7,4); há miệng (9,9).

3.3. So sánh các chỉ số về chất lượng cuộc sống theo một số yếu tố

Bảng 3.3. So sánh chỉ số QLQ C30 về chất lượng cuộc sống tổng thể và một số chức năng theo một số yếu tố

		QL2		PF2		RF2		CF	
		TB	p	TB	p	TB	p	TB	p
Giới	Nam	63,7	0,623	81,7	0,903	71,0	0,383	84,8	0,530
	Nữ	56,7		78,3		63,3		75,8	
Tuổi	<50	70,4	0,00	89,1	0,00	70,4	0,533	88,3	0,017
	≥50	51,9		71,9		66,0		74,7	
Sống thêm	<24 tháng	65,2	0,419	81,8	0,794	78,8	0,119	86,4	0,396
	≥24 tháng	60,1		80,2		65,5		80,2	
Giai đoạn	T1N1M0	62,1	0,563	81,2	0,659	67,5	0,767	82,0	0,777
	T2N0M0								
	T2N1M0								

Nhận xét: Trong các yếu tố giới, tuổi, giai đoạn và thời gian sống thêm, yếu tố tuổi có ảnh hưởng đến CLCS tổng thể và một số chức năng như chức năng hoạt động, chức năng làm việc và chức năng nhận thức. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 3.4. So sánh một số chỉ số QLQ C30 về triệu chứng theo một số yếu tố

		FA		SL		AP		FI	
		TB	p	TB	p	TB	p	TB	p
Giới	Nam	29,7	0,973	18,6	0,419	39,2	0,925	44,1	0,142
	Nữ	30,0		25,0		40,0		56,7	
Tuổi	<50	18,1	0,001	11,1	0,008	33,3	0,119	45,7	0,457
	≥50	41,6		30,8		45,7		51,8	

Sống thêm	< 24 tháng	27,3	0,724	24,2	0,667	24,0	0,50	42,4	0,440
	≥24 tháng	30,5		20,1		43,4		50,4	
Giai đoạn	T1N1M0	28,3	0,536	21,9	0,704	38,6	0,726	48,2	0,847
	T2N0M0			18,7		41,7		50,0	
	T2N1M0	33,3							

Nhận xét: Yếu tố tuổi có ảnh hưởng đến triệu chứng mệt mỏi và mất ngủ của bệnh nhân ($p < 0,05$).

Bảng 3.5. So sánh một số triệu chứng đau cổ QLQ H&N35 theo một số yếu tố

		Giới		Tuổi		Giai đoạn		Sống thêm	
		Nam	Nữ	<50	≥50	T1N1M0 T2N0M0	T2N1M0	<24 tháng	≥24 tháng
HNSW	TB	22,3	22,5	17,6	27,2	22,1	22,9	19,7	23,1
	p	0,971		0,063		0,893		0,604	
HNTE	TB	32,3	35,0	27,2	39,5	31,3	34,2	27,3	34,9
	p	0,779		0,172		0,767		0,500	
HNDR	TB	55,9	46,7	46,9	58,0	45,8	55,3	42,4	55,0
	p	0,270		0,167		0,286		0,207	
HNSS	TB	50,0	36,7	41,9	48,1	37,5	48,2	39,4	46,5
	p	0,060		0,373		0,154		0,409	
HNFI	TB	20,6	35,0	14,8	37,0	22,8	33,3	24,2	26,3
	p	0,060		0,002		0,197		0,821	
HNPk	TB	8,8	5,0	0,00	14,8	7,9	6,2	9,3	6,9
	p	0,612		0,038		0,837		0,815	
HNOM	TB	9,8	10,0	9,9	11,1	4,2	12,3	6,1	10,8
	p	0,975		1,00		0,221		0,526	

Nhận xét: Yếu tố tuổi (< 50 và ≥50) có xu hướng ảnh hưởng đến các triệu chứng về đau cổ như vấn đề nuốt khó, khô miệng, ảnh hưởng có ý nghĩa đến cảm giác ốm, cũng như vấn đề dùng thuốc giảm đau của bệnh nhân.

IV. BÀN LUẬN

Trên thực tế lâm sàng có nhiều bộ câu hỏi để đánh giá CLCS của bệnh nhân UTMH, trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng bộ câu hỏi lập sẵn có 4 mức độ khác nhau theo mẫu của EORTC QLQ-C30 (dành cho sức khỏe chung) và QLQ H&N35 (dùng cho các bệnh nhân ung thư đầu cổ) vì 2 bộ câu hỏi này đã được dịch ra nhiều thứ tiếng trên thế giới, có giá trị, được sử dụng rộng rãi, có tính thống nhất mang tính quốc tế và đã được kiểm chứng bởi nhiều nghiên cứu trên số lượng lớn bệnh nhân.

Kết quả theo QLQ-C30: điểm CLCS tổng thể 61,1; điểm chức năng hoạt động 80,5; chức năng làm việc 68,2; chức năng cảm xúc 75,3; chức năng nhận thức 81,5 và chức năng xã hội là 66,9. So sánh với một số kết quả của các tác giả nghiên cứu về CLCS của bệnh nhân UTMH, với số điểm là 61,1; điểm CLCS tổng thể trong nghiên cứu của chúng tôi ở mức trung bình, chấp nhận được. Theo một số tác giả, điểm số này có kết quả như sau: tác giả Fang (2010): 52,9 (điều trị hóa xạ tính chung các kỹ thuật 2DRT, 3DCRT, IMRT); Huang (2015): 66 ở nhóm hóa xạ với kỹ thuật IMRT và 52 ở nhóm hóa xạ không dùng IMRT; tác giả Hong (2015): 74,2 (tính chung tất cả các bệnh nhân UTMH). Theo

các tác giả này thì bệnh nhân được XT bằng kỹ thuật IMRT cho CLCS tổng thể tốt hơn [1],[2],[3]. Tuy nhiên, đối tượng của các nghiên cứu này là bệnh nhân ở tất cả các giai đoạn nên sự so sánh chưa được phù hợp lắm.

Với UTMH giai đoạn II, có tác giả Pan (2017) cũng đánh giá CLCS của bệnh nhân sau điều trị [5]. Tác giả so sánh CLCS của bệnh nhân được điều trị bằng xạ đơn thuần với HXĐT (55 bệnh nhân XT đơn thuần và 51 bệnh nhân HXĐT với kỹ thuật 2DRT và IMRT). Khi so sánh điểm số về CLCS chúng tôi thấy có một số điểm tương đương như: điểm CLCS tổng thể (QL2) 67,8; điểm chức năng hoạt động (PF2) là 80,3; điểm chức năng làm việc (RF2) là 76,8; chức năng cảm xúc (EF) 71,9; chức năng nhận thức là (CF) 69,3 và chức năng xã hội (SF) là 73,2. Tuy nhiên, các chỉ số này vẫn thấp hơn so với các bệnh nhân XT đơn thuần với các kết quả của các chỉ số QL2, PF2, RF2, EF, CF, SF lần lượt là 76,7; 87,4; 87,9; 82,3; 77,9 và 78,8 (tính chung xạ 2DRT và IMRT). Trong đó, sự khác biệt của các chỉ số QL2, PF2, RF2, EF là có ý nghĩa thống kê [5]. Và khi xét riêng về XT IMRT cũng cho kết quả tốt hơn với số điểm lần lượt là: 86,3; 97,6; 98,8; 92,2; 95,2 và 98,8.

Về các chỉ số triệu chứng, các triệu chứng theo QLQ C30 có số điểm tồi nhất lần lượt là vấn đề tài chính (FI) 48,8; chán ăn (AP) 39,5; mệt mỏi (FA) 29,8; và mất ngủ (SL) 20,9. Và cũng giống như các chỉ số về chức năng, các số điểm của chúng tôi cũng gần tương tự với tác giả Pan đối với nhóm hóa xạ đồng thời, nhưng khi so với nhóm XT đơn thuần thì vẫn kém hơn nhiều (với các điểm về tài chính, chán ăn, mệt mỏi, mất ngủ ở nhóm XT đơn thuần lần lượt là: 27,3; 8,5; 18,6; 34,6) [5]. Trong các chỉ số này, chúng tôi thấy có sự khác biệt đáng kể về chỉ số chán ăn, chỉ số này kém hơn rất nhiều so với của tác giả Pan (nhóm HXĐT 7,19; nhóm XT đơn thuần: 8,5). Bệnh nhân sau XT vào vùng đầu cổ gặp nhiều biến chứng tại họng miệng ảnh hưởng đến vấn đề dinh dưỡng và dinh dưỡng kém cũng góp phần vào việc chán ăn. Để khắc phục điều này, cần phải có chế độ dinh dưỡng cũng như chế độ chăm sóc phù hợp. Tuy nhiên, với điều kiện hiện tại của người Việt Nam, đặc biệt với những bệnh nhân nghèo ở vùng nông thôn thì vấn đề kinh tế và chăm sóc cho người bệnh còn gặp nhiều khó khăn, có lẽ là như vậy nên chỉ số này tương đối có sự khác biệt. Chỉ số đánh giá về tình trạng mệt mỏi cũng rất đáng quan tâm. Mệt mỏi là vấn đề thường gặp ở các bệnh nhân ung thư sau điều trị, nó có thể kéo dài và ảnh hưởng đến các chức năng làm việc hay hoạt động hàng ngày, cũng như ảnh hưởng đến sức khỏe tinh thần của bệnh nhân, làm tăng những cảm giác lo lắng hay trầm cảm cho người bệnh. Chỉ số này trong nghiên cứu của chúng tôi còn khá cao (29,8).

Đối với các chỉ số triệu chứng vùng đầu cổ theo QLQ H&N35, các chỉ số không tốt lần lượt là: khô miệng (52,4); nước bọt quánh (45,1); vấn đề về răng (33,3); giảm cân (31,5); cảm giác ồm (25,9); khó nuốt (22,4); dinh dưỡng bổ sung (24,1). Các chỉ số này liên quan nhiều với các biến chứng xạ mạn, ảnh hưởng rất lớn đến vấn đề tiêu hóa và dinh dưỡng và đây cũng là các chỉ số cơ bản ảnh hưởng đến CLCS nổi chung của bệnh nhân UTMH. So sánh với tác giả Pan, chúng tôi thấy các điểm số này phần lớn đều kém hơn với các chỉ số về khô miệng, nước bọt quánh, vấn đề răng, giảm cân, cảm giác ồm, khó nuốt ở nhóm HXĐT lần lượt là: 39,2; 7,8; 32,0; 13,7; 15,7; 17,5 và nhóm XT đơn thuần (tính chung cả 2 kỹ thuật 2DRT và IMRT): 39,4; 4,9; 27,9; 5,5; 13,3; 14,1. Khi so sánh giữa hai kỹ thuật xạ trong nhóm XT đơn thuần, tác giả cũng thấy IMRT cho kết quả CLCS về các triệu chứng đầu cổ cải thiện hơn với các chỉ số về khô miệng, nước bọt quánh, răng miệng, khó nuốt

lần lượt là 19,0; 2,3; 7,14; 2,9 so với xạ 2DRT: 54,5; 7,1; 40,4; 22,2. Tác giả nhận xét, hóa xạ đồng thời làm giảm CLCS của bệnh nhân UTMH giai đoạn II so với XT đơn thuần [5].

Để tìm ra yếu tố tiên lượng liên quan với một số chỉ số về CLCS, chúng tôi so sánh chỉ số CLCS tổng thể, một số chức năng cũng như một số triệu chứng chung hay triệu chứng về đầu cổ theo một số yếu tố như giới, tuổi, giai đoạn và thời gian sống thêm. Trong các yếu tố này, chúng tôi thấy nhóm bệnh nhân tuổi ≥ 50 có CLCS ở phần lớn các chỉ số kém hơn với nhóm bệnh nhân < 50 tuổi. Cụ thể là các chỉ số CLCS tổng thể, chức năng hoạt động, chức năng nhận thức cũng như các triệu chứng mệt mỏi, mất ngủ hay các triệu chứng đầu cổ như khó nuốt, cảm giác ồm và vấn đề dùng thuốc giảm đau. Điều này cũng phù hợp vì bệnh nhân tuổi cao thường gặp nhiều tác dụng phụ với mức độ nặng hơn so với các bệnh nhân ít tuổi, cũng như khả năng tự chăm sóc của bệnh nhân tuổi cao thường gặp khó khăn hơn. Vì vậy, rất cần có sự phối hợp chặt chẽ giữa cán bộ y tế, người nhà bệnh nhân và bệnh nhân trong việc chăm sóc người bệnh đặc biệt là các bệnh nhân lớn tuổi cả trong và sau điều trị để giảm thiểu các ảnh hưởng của tác dụng phụ, góp phần nâng cao CLCS cho người bệnh.

Khi phân tích các yếu tố còn lại như giới tính, giai đoạn hay thời gian sống thêm chúng tôi chưa thấy có sự liên quan với các điểm về CLCS.

Nghiên cứu này không tránh khỏi một số hạn chế như chưa đánh giá được CLCS ở các thời điểm khác nhau trong quá trình điều trị, cũng như việc sử dụng bảng câu hỏi QLQ H&N35 cho ung thư đầu cổ chưa thực sự phù hợp với bệnh nhân UTMH do không đề cập đến một số các biến chứng thường gặp khác trong UTMH như vấn đề giảm sức nghe, viêm tai giữa hay hoại tử thùy thái dương....

V. KẾT LUẬN

Với các kết quả ban đầu ghi nhận, chúng tôi thấy mặc dù còn có các điểm tồi đặc biệt là các chỉ số về triệu chứng đầu cổ như khô miệng, khó nuốt hay nước bọt quánh và vấn đề về răng làm giảm chất CLCS của bệnh nhân UTMH giai đoạn II điều trị hóa xạ đồng thời, nhưng nhìn chung, điểm CLCS tổng thể và các điểm chức năng của bệnh nhân trong nghiên cứu là chấp nhận được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fang F.M., Tsai W.L., Chien C.Y., et al. Pretreatment quality of life as a predictor of distant metastasis and survival for patients with

- nasopharyngeal carcinoma. *J Clin Oncol.* 2010; 28 (28), 4384-4389.
2. **Hong J.S., Tian J., Han Q.F., et al.** Quality of life of nasopharyngeal cancer survivors in China. *Curr Oncol.* 2015; 22 (3), e142-147.
 3. **Huang. T. L, Chien. C. Y, Tsai W. L, et al.** Long-term late toxicities and quality of life for survivors of nasopharyngeal carcinoma treated with intensity modulated radiotherapy versus non-intensity-modulated radiotherapy. *Head Neck,* 2016; 38 Suppl 1, E1026-1032.
 4. **Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik M, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, Parkin DM, Forman D, Bray F. Globocan 2012: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. International Agency for Research on Cancer.** <http://globocan.iarc.fr/>
 5. **Pan X.B., Huang S.T., Chen K.H., et al. (2017).** Concurrent chemoradiotherapy degrades the quality of life of patients with stage II nasopharyngeal carcinoma as compared to radiotherapy. *Oncotarget.* 2017; 8 (8), 14029-14038.
 6. **Pan X.B., Huang S.T., Chen K.H., et al.** Chemotherapy use and survival in stage II nasopharyngeal carcinoma. *Oncotarget.* 2017; 8 (60), 102573-102580.
 7. **Su SF, Han F, Zhao C, Chen CY, Xiao WW, Li JX, Lu TX.** Long-term outcomes of early-stage nasopharyngeal carcinoma patients treated with intensity-modulated radiotherapy alone. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2012; 82: 327-33.

XÁC ĐỊNH ĐỘT BIẾN EXON 3 GEN EGFR TRÊN BỆNH NHÂN U NGUYÊN BÀO THẦN KINH ĐỆM

Nguyễn Thị Thơm¹, Trần Quốc Đạt¹, Trần Huy Thịnh¹,
Đặng Thị Ngọc Dung¹, Hà Xuân Hợp², Trần Văn Khánh¹
Tạ Thành Văn¹, Kiều Đình Hùng¹.

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện với **mục tiêu** xác định đột biến exon 3 gen EGFR trên bệnh nhân u nguyên bào thần kinh đệm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 71 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là u nguyên bào thần kinh đệm tại Bệnh viện Việt Đức. Kỹ thuật giải trình tự gen trực tiếp được áp dụng để xác định đột biến trên exon 3 của gen EGFR. **Kết quả:** 7/71 (9,9%) bệnh nhân có đột biến điểm trên exon 3 gen EGFR với 2 kiểu đột biến khác nhau, trong đó 6/7 bệnh nhân đột biến p.K129N, và 1/7 bệnh nhân đột biến p.G87D. **Kết luận:** Đã phát hiện được đột biến điểm trên exon 3 của gen EGFR trên bệnh nhân u nguyên bào thần kinh đệm. Xác định đột biến gen EGFR sẽ giúp bác sỹ có định hướng điều trị phù hợp cho bệnh nhân.

Từ khóa: U nguyên bào thần kinh đệm, giải trình tự gen, gen EGFR.

SUMMARY

IDENTIFICATION OF EGFR MUTATION IN GLIOBLASTOMAS PATIENTS

The aim of this study was to identify the mutation in exon 3 of the EGFR gene. **Subjects and Methods:** 71 glioblastomas patients were diagnosed at the Department of Pathology, Viet Duc Hospital. Direct sequencing method were used to detect mutation in exon 3 of EGFR gene. **Results:** 7/71 (9.9%) of

patients were found to have mutation in EGFR gene, We found two different point mutations in EGFR gene, 6/7 case was p.K129N mutation type; 1/7 was p.G87D mutation type. **In conclusion:** By using direct sequencing method, we successfully identified point mutation in exon 3 of EGFR gene. This results will help for doctor to give an appropriate treatment for glioblastomas patients.

Keywords: glioblastomas, sequencing, EGFR gene.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nguyên bào thần kinh đệm (UNBTKĐ) - Glioblastoma (GB) phát triển từ tế bào thần kinh đệm trong não, chiếm tỷ lệ cao nhất trong số các loại u ác tính trong não (14,9%). Bệnh tiến triển rất nhanh, điều trị phẫu thuật là chủ yếu, và thời gian sống trên 5 năm rất thấp (dưới 5,5%) [1],[2]. Khoảng 40%–50% bệnh nhân u nguyên bào thần kinh đệm có đột biến gen EGFR và một số nghiên cứu đã chỉ ra đột biến gen EGFR có liên quan đến tỷ lệ sống còn của bệnh nhân u nguyên bào thần kinh đệm, hay gặp nhất là các đột biến xóa đoạn exon 2-7 và đột biến điểm trên các exon này. Tỷ lệ đột biến điểm exon 2-7 gen EGFR trên người mắc UNBTKĐ khoảng 14,4%, trong đó đột biến ở exon 2 là 0,8%; exon 3 là 3,8%, exon 7 là 5,3%, exon 8 là 1,5%; exon 15 là 2,2%; exon 21 là 0,8%. Các đột biến đã được chứng minh phát sinh khối u bằng thử nghiệm trên chuột, và còn được ghi nhận tăng tính nhạy cảm với một số thuốc điều trị như Temozolomid [3] [4]... Vì vậy, xác định đột biến gen là cần thiết giúp bác sỹ lâm sàng tiên lượng bệnh và đưa ra được hướng điều trị tốt nhất cho

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²BV Việt Đức Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Kiều Đình Hùng

Email: kieudinhhungthinhland16@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2018

Ngày phản biện khoa học: 27.4.2018

Ngày duyệt bài: 7.5.2018

bệnh nhân; tại Việt Nam chưa có nghiên cứu về vấn đề này, do vậy nhóm nghiên cứu thực hiện đề tài với mục tiêu: Xác định đột biến exon 3 gen EGFR trên bệnh nhân u nguyên bào thần kinh đệm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 71 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là u nguyên bào thần kinh đệm tại Bệnh viện Việt Đức dựa trên đặc điểm lâm sàng và kết quả giải phẫu bệnh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- **Kỹ thuật tách DNA:** các mẫu mô được loại bỏ paraffin bằng toluen, sau đó được tách DNA theo phương pháp phenol:chloroform. Nồng độ và độ tinh sạch của DNA tách chiết được xác định trên máy Nano-Drop, những mẫu DNA đạt giá trị OD 260/OD280 \geq 1.8 – 2,0 được sử dụng để phân tích.

- **Kỹ thuật PCR:** PCR được sử dụng để khuếch đại exon 3 bằng cặp mồi đặc hiệu: Mồi xuôi: 5'- TTAGGGTTCAACTGGGCGTC... -3; Mồi ngược: 5- AGCCTTCTCCGAGGTGGAAT-3;

+ **Thành phần phản ứng PCR (thể tích 10 μ l) gồm:** 5 μ l Taq polymerase; 0,5 μ l mồi xuôi; 0,5 μ l mồi ngược; 1,0 μ l DNA và 3 μ l H₂O.

+ **Chu trình nhiệt của phản ứng PCR:** 94°C/5 phút, 35 chu kỳ [95°C/30 giây, 57°C/30 giây, 72°C/5 phút], 72°C/5 phút. Bảo quản mẫu ở 15°C.

Sản phẩm PCR được điện di trên gel agarose 1,5%, với điện thế 120V, trong 30 phút.

- **Kỹ thuật giải trình tự gen:** Sau khi khuếch đại, sản phẩm PCR được tinh sạch, và sau đó được đưa vào giải trình tự bằng phương pháp BigDye terminator sequencing (Applied Biosystems, Foster city, USA). Trình tự gen được đối chiếu và so sánh với trình tự của gen EGFR hoang dại (wild type) trên GeneBank.

+ **Thành phần mẫu giải trình tự (thể tích 10 μ l) gồm:** 6,5 μ l H₂O; 1,5 μ l Buffer Big dye 5X; 1 μ l Big dye Terminator v3.1; 0,5 μ l Mồi xuôi hoặc mồi ngược (10pmol/ μ L); 0,5 μ l DNA tinh sạch.

3.2. Kết quả giải trình tự exon 3 gen EGFR

Exon 3 gen EGFR sau khi giải trình tự và so sánh kết quả với trình tự chuẩn trên GeneBank, kết quả phân tích được minh họa trên hình 2:

+ **Chu trình nhiệt:** 96°C/2 phút; 25 chu kỳ [96°C/10 giây; 57°C/5 giây; 60°C/4 phút]. Bảo quản ở 15°C.

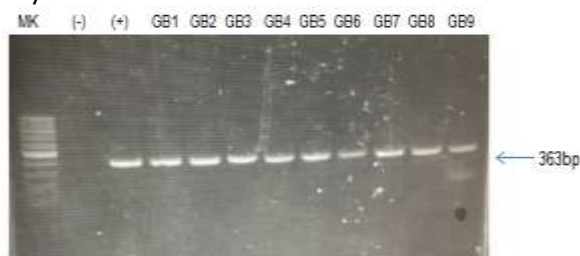
2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm thống kê y học SPSS 19.0; Phần mềm CLC Main Workbench 6.0.1

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu:

Đề tài tuân thủ tuyệt đối đạo đức nghiên cứu trong Y sinh. Đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện và có quyền rút khỏi nghiên cứu khi không đồng ý tiếp tục tham gia. Các thông tin cá nhân sẽ được đảm bảo bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

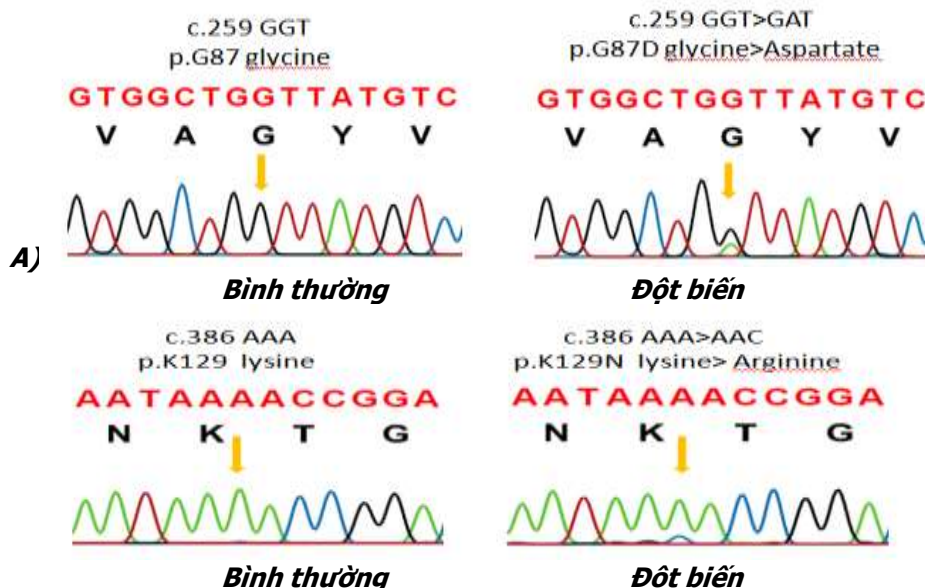
3.1. Kết quả sản phẩm PCR exon 3 gen EGFR: Sử dụng cặp mồi đặc hiệu khuếch đại exon 3 gen EGFR, sản phẩm thu được kiểm tra bằng điện di trên gel agarose, kết quả được trình bày ở hình 1:



Hình 1. Hình ảnh điện di sản phẩm PCR khuếch đại exon 3 gen EGFR của bệnh nhân UNBTKĐ. (+): mẫu đối chứng dương, (-): Mẫu đối chứng âm (mẫu nước), MK: Marker 100bp, GB1-GB9: Mẫu mô bệnh nhân 1 đến 9.

Nhận xét: Mẫu đối chứng âm không có sản phẩm khuếch đại PCR chứng tỏ trong quá trình làm không bị nhiễm sản phẩm ngoại lai.

- Mỗi mẫu điện di chỉ cho 1 băng sáng duy nhất, rõ nét, không có các băng phụ, kích thước đồng đều và có chiều dài tương ứng với kích thước tính toán trên lý thuyết. Marker được phân tách rõ ràng cho phép nhận định kết quả chính xác. Như vậy phản ứng PCR đạt hiệu quả, sản phẩm PCR thu được đặc hiệu, đạt yêu cầu cho kỹ thuật giải trình tự gen.



Hình 2. Hình ảnh đột biến điểm p.G87D (A) và p.K129N (B) trên exon 3 của gen EGFR

Nhận xét: Có hai kiểu đột biến điểm trên exon 3 gen EGFR:

- Kiểu đột biến nucleoid G>A tại vị trí 259 trên c.DNA, làm thay đổi acid amin glycine có bộ ba mã hóa là GGT thành aspartate có bộ ba mã hóa là GAT tại vị trí 87 trên phân tử protein của EGFR (p.G87D).

- Kiểu đột biến nucleoid A>C tại vị trí 386 trên c.DNA, làm thay đổi acid amin lysine có bộ ba mã hóa là AAA thành arginine có bộ ba mã hóa là AAC tại vị trí 129 trên phân tử protein của EGFR (p.K129N)

Bảng 1. Các mẫu có đột biến điểm trên exon 3 gen EGFR

Mã số	Exon	Thay đổi nucleotid	Thay đổi acid amin
GB4	3	c.386A>C	p.K129N
GB33	3	c. 386A>C	p.K129N
GB34	3	c. 386A>C	p.K129N
GB49	3	c. 386A>C	p.K129N
GB52	3	c. 386A>C	p.K129N
GB53	3	c. 386A>C	p.K129N
GB69	3	c. 259G>A	p.G87D

Nhận xét: 7/71 mẫu có đột biến điểm trên exon 3 gen EGFR chiếm tỉ lệ 9,9%; trong đó có 6/7 mẫu có kiểu đột biến là p.K129N, và 1/7 mẫu có kiểu đột biến là p.G87D.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã tìm thấy 2 kiểu đột biến điểm trên exon 3 gen EGFR tương ứng với kiểu thay đổi trên phân tử protein của EGFR là p.G87D; và kiểu đột biến p.K129N. Cả hai kiểu

đột biến đều là đột biến sai nghĩa làm thay đổi trình tự acid amin trên phân tử protein gây ảnh hưởng đến chức năng bình thường của phân tử protein, dẫn đến rối loạn hoạt động của tế bào. Nghiên cứu của Jeffrey C Lee, chỉ xác định được 1 kiểu đột biến trên exon 3 gen EGFR, tương ứng sự thay đổi trên protein EGFR là R108K của bệnh nhân UNBTK độm và có 5 mẫu có kiểu đột biến này [4], số kiểu đột biến của chúng tôi tìm được nhiều hơn so với nghiên cứu của Jeffrey C Lee nhưng lại không giống ở vị trí đột biến.

Có 7/71 mẫu có đột biến, tỉ lệ đột biến chiếm khoảng 9,9%; tỉ lệ đột biến trên exon 3 gen EGFR tuy không cao nhưng so với nghiên cứu đã công bố thì tỉ lệ đột biến của chúng tôi lớn hơn, kết quả nghiên cứu của Jeffrey C Lee, có tỉ lệ đột biến exon 3 gen EGFR chỉ 3,8% [4]:

Sự khác nhau về vị trí đột biến hay tỉ lệ đột biến do: các đột biến thường mang tính cá thể, có thể do tính đáp ứng của mỗi cá thể với tác nhân gây bệnh là khác nhau, trong ung thư phổi hay ung thư vú các đột biến hay gặp ở vùng mã hóa protein EGFR vùng nội bào, còn ở UNBTKĐ thì các đột biến hay xảy ra ở vùng mã hóa cho protein EGFR ngoại bào, vị trí đột biến L858R ở exon 21 gen EGFR hay gặp trong ung thư phổi, hoặc trong ung thư vú, nhưng ở ung thư vú có thể gặp các kiểu đột biến khác nữa như G719S, G719A, G719C, S768I, L861Q... Các đột biến được quan sát thấy là độc lập với biểu hiện protein EGFR, qua xác định bằng cách nhuộm miễn dịch hóa học [5] [6]. Hoặc ngay trên người

bệnh UNBTKĐ, có người có thể gặp đột biến exon 2 hoặc 3, hoặc 7... hoặc trên cùng exon 7 gen EGFR cũng có nhiều đột biến tại nhiều vị trí khác nhau, như T263P, A289V... và mỗi cá thể có thể sẽ có đột biến của 1 trong các exon trên các gen, vì vậy tỉ lệ đột biến trên từng exon có thể không cao: tỉ lệ đột biến gen EGFR trên người mắc UNBTKĐ ở exon 2 là 0,8% ; exon 3 là 3,8%, exon 7 là 5,3%, exon 8 là 1,5% ; exon 15 là 2,2% ; exon 21 là 0,8% [4].

Các nghiên cứu cũng ghi nhận đột biến gen trong UNBTKĐ có đáp ứng tốt hơn với một số hóa chất điều trị so với người không có đột biến, ví dụ Temozolomide, một chất kháng alkyl đang áp dụng điều trị mang lại kết quả tốt hơn, kéo dài thời gian sống hơn cho người bệnh [3] [4] [7]... Xác định đột biến gen trong bệnh UNBTKĐ là cần thiết, giúp thầy thuốc lâm sàng có thể tiên lượng hoặc áp dụng các phương pháp điều trị hiệu quả của các nước trên thế giới cho người bệnh tại Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Bằng kỹ thuật giải trình tự gen trực tiếp, đã xác định được đột biến exon 3 trên gen EGFR của bệnh nhân u nguyên bào thần kinh đệm: 7/71 (9,9%) trường hợp có đột biến. Phát hiện được 2 loại đột biến điểm khác nhau, trong đó 6/7 trường hợp đột biến kiểu p.K129N, và 1/7 trường hợp đột biến kiểu p.G87D.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cancer research UK (2011)**, Age-Standardised One-, Five- and Ten-Year Net Survival, Selected Cancers, Adults (Aged 15-99), England and Wales.
2. **Quinn T. Ostrom, M.A., M.P.H. Barnholtz-Sloan, Ph.D (2016)**, Primary Brain and Other Central Nervous System Tumors Diagnosed in the United States in 2009–2013. *CBTRUS Statistical Report: Neuro-Oncology*, Volume 18, Issue suppl_5, 1 October 2016, Pages v1–v75,
3. **Shinojima N, Tada K, et al (2003)**. Prognostic value of epidermal growth factor receptor in patients with glioblastoma multiforme. *Cancer Res*, 63(20):6962–6970.
4. **Jeffrey C Lee et al (2006)**. Epidermal Growth Factor Receptor Activation in Glioblastoma through Novel Missense Mutations in the Extracellular Domain. 2006 Dec; 3(12): e485. Published online 2006 Dec 19. doi: 10.1371/journal.pmed.0030485 .
5. **Tạ Thành Văn (2014)**. Xác định đột biến gen quyết định tính đáp ứng trong điều trị ung thư đại tràng và ung thư phổi. Đề tài cấp Nhà nước 2014.
6. **Wen-Ming Cao, Yun Gao, and Xiao-Jia Wang (2015)** Lack of epidermal growth factor receptor (*EGFR*)-activating mutations in triple-negative breast cancer in China. *Breast Cancer Res*. 2015; 17(1): 115.
7. **Jigisha P. Thakkar, et al (2014)**, Epidemiologic and Molecular Prognostic Review of Glioblastoma. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*. 2014 Oct; 23(10): 1985–1996.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHO BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI 30 TRẠM Y TẾ XÃ THAM GIA MÔ HÌNH ĐIỂM PHÒNG, CHỐNG BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM TỈNH HÀ NAM NĂM 2017

Phạm Ngọc Sơn¹, Phạm Thị Dung², Nguyễn Văn Công³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị cho bệnh nhân đái tháo đường tại 30 Trạm y tế xã tham gia Mô hình điểm phòng, chống bệnh không lây nhiễm tỉnh Hà Nam năm 2017. **Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân ĐTĐ type 2 và hồ sơ bệnh án, kế hoạch và báo cáo về công tác quản lý bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ) type 2. **Phương pháp nghiên cứu:** Phương

pháp mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang kết hợp hồi cứu. **Kết quả nghiên cứu:** 5,1% có biến chứng mắt, 23,1% có biến chứng huyết áp, 5,6% có biến chứng tim mạch; chỉ số đường huyết lúc đói mức tốt là 24,5%, HbA1c mức tốt là 67,6%, cholesterol toàn phần tốt là 58,3%, HDL tốt là 50%, Triglycerid tốt là 42,6%, huyết áp tốt là 97,7%; Chỉ số cận lâm sàng gồm glucose máu lúc đói, HbA1c, Cholesterol Toàn phần, Triglycerid, LDL, HC, URE là có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê khi so sánh giữa trước và sau điều trị.

Từ khóa: Hiệu quả điều trị; Đái tháo đường type 2; Hà Nam.

SUMMARY

EVALUATING THE RESULTS OF TREATMENT FOR DIABETIC PATIENTS AT 30 COMMUNE HEALTH STATIONS PARTICIPATING IN NON-

¹Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Hà Nam,

²Trường Đại học Y Dược Thái Bình

³Ban bảo vệ chăm sóc sức khỏe cán bộ trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ngọc Sơn

Email: ngocsonhn90@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2018

Ngày duyệt bài: 26.4.2018

COMMUNICABLE DISEASE PREVENTION AND CONTROL IN HA NAM

Objective: Evaluating the results of treatment for diabetic patients at 30 Commune Health Stations participating in Non-Communicable Disease Prevention and Control in Ha Nam 2017. **Subject:** Type 2 diabetic patients and medical records, plans and reports on the management of type 2 diabetic patients. **Method:** The epidemiological method described through the cross-sectional investigation combining retrospective study. **Results:** 5.1% had eye complications, 23.1% had blood pressure complications, 5.6% had cardiovascular complications; good blood glucose index was 24.5%, good HbA1c was 67.6%, good total cholesterol was 58.3%, good HDL was 50%, good triglyceride was 42.6%, good blood pressure was 97.7%; Subclinical parameters including fasting plasma glucose, HbA1c, total cholesterol, triglycerides, LDL, HC, and URE were statistically significant differences in comparison between before and after treatment.

Keywords: Efficacy of treatment; Type 2 diabetes; Ha Nam.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh nội khoa mạn tính, dễ mắc phải và dễ gặp nhất trong các bệnh về chuyển hóa và nội tiết. Bệnh ĐTĐ đang trở thành một vấn đề lớn thách thức nền y học hiện đại, nó gây nhiều tác động bất lợi mang tính xã hội như làm tăng gánh nặng chi phí về y tế, làm suy giảm sức lao động của xã hội, làm tăng tỷ lệ tử vong và rút ngắn tuổi thọ của bệnh nhân [2]. Trên toàn thế giới, mỗi năm có khoảng 17 triệu người tử vong do các bệnh liên quan đến biến chứng của ĐTĐ bao gồm đột quỵ, bệnh mạch máu ngoại vi, hàng triệu người suy thận do biến chứng của ĐTĐ phải tiến hành lọc máu. Theo ước tính vào năm 2025 số người mắc ĐTĐ trên toàn thế giới là 300-330 triệu người, tỷ lệ tương ứng sẽ là 5.4%[1]. Việt Nam là một trong những quốc gia có tốc độ phát triển bệnh ĐTĐ nhanh nhất thế giới về căn bệnh. Điều tra dịch tễ cho thấy tỷ lệ mắc ĐTĐ trên toàn quốc đã tăng từ mức 2.7% (năm 2002) lên 5.7% (năm 2008). Tại Hà Nam, tình hình mắc các bệnh không lây nhiễm mà trong đó có ĐTĐ đang gia tăng ở mức báo động. Trong nửa đầu năm 2015, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam đã tổ chức khám và điều trị ĐTĐ cho 20.415 lượt người. Theo báo cáo của

Bảo hiểm xã hội tỉnh, trong 6 tháng đầu năm 2015 đã có 7.400 bệnh nhân mắc ĐTĐ. Tuy vậy, con số mắc bệnh thực tế trong cộng đồng có thể lớn hơn rất nhiều. Một trong những nguyên nhân chính dẫn đến tỷ lệ tử vong cao và biến chứng nhanh, nghiêm trọng của những bệnh nhân đái tháo đường là do người bệnh không tuân thủ chế độ điều trị, gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh và xã hội. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị cho bệnh nhân đái tháo đường tại 30 Trạm y tế xã tham gia Mô hình điểm phòng, chống bệnh không lây nhiễm tỉnh Hà Nam năm 2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

- *Đối tượng nghiên cứu:* + Bệnh nhân ĐTĐ type 2 đang được quản lý và điều trị.

+ Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân ĐTĐ đang được quản lý và điều trị.

- *Địa điểm nghiên cứu:* 30 trạm y tế thuộc tỉnh Hà Nam

- *Thời gian nghiên cứu:* Nghiên cứu được thực hiện từ 03/2017 – 11/2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang có phân tích kết hợp hồi cứu thông qua toàn bộ hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân ĐTĐ type 2 đang điều trị tại 30 TYT và các báo cáo, kế hoạch, chương trình theo tiêu chuẩn lựa chọn.

2.3. Phương pháp thu thập thông tin: Lập danh sách các bệnh nhân ĐTĐ type 2 hiện đang điều trị tại TYT, sau đó lọc các HSBA thỏa mãn các tiêu chí lựa chọn đối tượng. Tiến hành thu thập thông tin từ HSBA theo mẫu.

Thu thập thông tin theo mẫu từ các báo cáo, kế hoạch, chương trình khác năm 2016 – 2017 về nhân lực, kinh phí, trang thiết bị, thuốc, ... và công tác quản lý điều trị ĐTĐ tại TYT.

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu thứ cấp sau khi được tổng hợp trên phiếu và nhập vào máy sẽ được quản lý và phân tích theo các công thức tính tỷ lệ %, giá trị trung bình, kiểm định t-test, khi bình phương. Cùng với các số liệu rời rạc khác sẽ được so sánh với các tiêu chuẩn về điều trị ĐTĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân ĐTĐ

SL		Nghề nghiệp				Chung		P
		Nông dân		Khác		SL	%	
		SL	%	SL	%			
Trong 6 tháng gần đây,	Không	55	38,5	35	47,9	90	41,7	0,006

bệnh nhân ĐTĐ quên uống thuốc hạ đường huyết	Có	58	40,6	35	47,9	93	43,1	
	Không nhớ	30	21,0	3	4,1	33	15,3	
Trong tuần qua, bệnh nhân ĐTĐ quên uống thuốc hạ đường huyết	Không	80	55,9	41	56,2	121	56,0	0,922
	Có	53	37,1	27	37,0	80	37,0	
	Không nhớ	10	7,0	5	6,8	15	6,9	
Ngày hôm qua, bệnh nhân ĐTĐ quên uống thuốc hạ đường huyết	Không	94	65,7	55	75,3	149	69,0	0,302
	Có	38	26,6	13	17,8	51	23,6	
	Không nhớ	11	7,7	5	6,8	16	7,4	

Khi được phỏng vấn, tỷ lệ quên dùng thuốc trong 6 tháng qua của bệnh nhân ĐTĐ là 43,1%. Trung bình cứ khoảng trung bình 2 người thì có gần 1 người quên dùng thuốc trong 6 tháng qua. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm nông dân và nghề khác với P = 0,006 với khoảng tin cậy 95%. Tỷ lệ quên dùng thuốc trong tuần qua là 37% và không có sự khác biệt giữa nhóm nông dân và nghề khác (P = 0,922). Trong khi đó, có 23,6% bệnh nhân ĐTĐ cho rằng ngày hôm qua họ có quên dùng thuốc và sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa nhóm nông dân và nghề khác.

Bảng 3.2. Biến chứng của bệnh nhân ĐTĐ theo thời gian mắc bệnh

Biến chứng		Thời gian mắc bệnh										Chung	
		1 năm		2 năm		3 năm		4 năm		Từ 5 năm trở lên			
		SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Mắt	Có	1	12,5	1	4,5	4	6,3	2	3,0	3	5,4	11	5,1
	Không	7	87,5	21	95,5	59	93,7	65	97,0	53	94,6	205	94,9
Huyết áp	Có	4	50,0	5	22,7	17	27,0	9	13,4	15	26,8	50	23,1
	Không	4	50,0	17	77,3	46	73,0	58	86,6	41	73,2	166	76,9
Tim mạch	Có	1	12,5	1	4,5	2	3,2	2	3,0	6	10,7	12	5,6
	Không	7	87,5	21	95,5	61	96,8	65	97,0	50	89,3	204	94,4
Thận	Có	1	12,5	1	4,5	4	6,3	1	1,5	1	1,8	8	3,7
	Không	7	87,5	21	95,5	59	93,7	66	98,5	55	98,2	208	96,3
Bàn chân	Có	0	0,0	0	0,0	2	3,2	1	1,5	1	1,8	4	1,9
	Không	8	100,0	22	100,0	61	96,8	66	98,5	55	98,2	212	98,1

Tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ có biến chứng huyết áp là chiếm tỷ lệ cao nhất (23,1%) và thấp nhất là biến chứng bàn chân (1,9%), biến chứng thận là 3,7%, biến chứng tim mạch là 5,6% và biến chứng mắt là 5,1%. Nhìn chung, tỷ lệ biến chứng mắc nhiều nhất ở bệnh nhân mắc ĐTĐ 1 năm. Tuy nhiên sự khác biệt về biến chứng các cơ quan giữa các năm là không có sự khác biệt rõ rệt trong khoảng tin cậy 95%.

Bảng 3.3. Đánh giá kết quả các chỉ số cận lâm sàng của bệnh nhân ĐTĐ sau thời gian điều trị

Các xét nghiệm	Mức độ	Chỉ số tương ứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Đường huyết lúc đói	Tốt	4,4- 6,1	53	24,5
	Vừa	≤ 7,8	145	67,1
	Kém	>7,8	18	8,3
HbA1c (%)	Tốt	<6,5	146	67,6
	Vừa	≤ 7,5	68	31,5
	Kém	>7,5	2	0,9
Cholesterol Toàn phần (mmol/l)	Tốt	<5,2	126	58,3
	Vừa	<6,5	75	34,7
	Kém	>6,5	15	6,9
Huyết áp (mmHg)	Tốt	≤ 140/90	211	97,7
	Vừa	≤ 160/95	4	1,9
	Kém	>160/95	1	0,5

Đường huyết lúc đói của 190 bệnh nhân ĐTĐ tại thời điểm tiến hành khảo sát được kiểm soát ở mức độ tốt (4,4 – 6,1mmol/l) chiếm tỷ lệ 24,5%, trong khi mức độ vừa (6,2-7,8mmol/l) chiếm tỷ lệ cao nhất (67,1%). Có 67,6% bệnh nhân ĐTĐ có chỉ số HbA1c tốt (<6,5%), mức độ kém (>7,5 %) là 0,9%. Chỉ số cholesterol ở mức độ tốt (<5,2mmol/l) chiếm tỷ lệ cao nhất (58,3%), trong khi đó chỉ

số cholesterol ở mức kém (trên 6,5mmol/l) chỉ chiếm tỷ lệ 6,9%. Có 97,7% người có chỉ số huyết áp mức độ tốt (140/90mmHg).

Bảng 3.4. Các chỉ số cận lâm sàng trước và sau điều trị của bệnh nhân ĐTĐ

Chỉ số	Thời điểm	n	Trung bình	Độ lệch chuẩn	T	P
Chỉ số khối cơ thể (IBM)	Trước điều trị	215	22,3	2,78	3,342	0,001
	Sau điều trị	215	21,9	2,77		
Glucose máu lúc đói(mmol/l)	Trước điều trị	216	11,6	1,67	16,16	0,000
	Sau điều trị	216	6,8	4,13		
HbA1c (%)	Trước điều trị	215	7,29	0,67	23,05	0,000
	Sau điều trị	215	6,25	0,44		
Cholesterol TP (mmol/l)	Trước điều trị	215	6,19	0,87	19,67	0,000
	Sau điều trị	215	5,21	0,74		
Triglycerid (mmol/l)	Trước điều trị	216	2,5	0,66	21,07	0,000
	Sau điều trị	216	1,76	0,59		
LDL (mmol/l)	Trước điều trị	216	3,5	0,64	18,1	0,000
	Sau điều trị	216	2,82	0,5		
HC	Trước điều trị	216	4,96	0,43	-4,51	0,000
	Sau điều trị	216	5,04	0,46		
URE	Trước điều trị	215	5,19	1,74	-12,81	0,000
	Sau điều trị	215	6,29	1,96		

Sau thời gian điều trị, chỉ số khối cơ thể (IBM) của bệnh nhân ĐTĐ đã giảm rõ rệt từ 22,3 xuống còn 21,9 với khoảng tin cậy 95%, $T = 3,342$ và $P = 0,001$. Lượng đường huyết trung bình của 216 bệnh nhân ĐTĐ trước khi điều trị là 11,6, sau thời gian điều trị thì chỉ số đường huyết đã giảm xuống còn 6,8. Trong số 216 bệnh nhân ĐTĐ, chỉ số HbA1c trung bình trước can thiệp là 7,29%, sau điều trị giảm xuống còn 6,25%. Chỉ số Triglycerid trước điều trị của 216 bệnh nhân ĐTĐ là 2,5 (mmol/l) giảm xuống còn 1,76 (mmol/l) là có ý nghĩa thống kê trong khoảng tin cậy 95% với $P = 0,000$. Trung bình chỉ số HC trước điều trị là 4,96 và sau điều trị là 5,04. Với mức tăng này là có ý nghĩa thống kê trong khoảng tin cậy 95% và $P = 0,000$. Chỉ số Ure của bệnh nhân ĐTĐ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh từ trước điều trị (5,19) và sau điều trị (6,29) trong khoảng tin cậy 95% với $P = 0,000$.

IV. BÀN LUẬN

Tuy tỷ lệ dùng thuốc ĐTĐ cao, nhưng tần suất quên uống thuốc hạ đường huyết là khá phổ biến, có tới 43,1% bệnh nhân ĐTĐ có lần quên thuốc trong 6 tháng, 37% quên thuốc trong tuần qua và 23,6% quên dùng thuốc ngày hôm qua. Khi so sánh thì thấy nhóm nông dân có tỷ lệ có lần quên dùng thuốc trong 6 tháng qua (40,6%) thấp hơn so với nhóm nghề khác (47,9%), tuy nhiên quên thuốc ngày hôm qua thì nhóm nông dân (26,6%) lại cao hơn so với nhóm

nghề khác (17,8%). Điều này khiến cho đường huyết có thể lên cao khi ngưng sử dụng.

Biến chứng phổ biến nhất ở bệnh nhân ĐTĐ trong nghiên cứu này là tăng huyết áp (23,1% số bệnh nhân). Trong nghiên cứu năm 2010 của Cortex-Dias N. và cộng sự chỉ ra rằng chỉ có 9,3% bệnh nhân ĐTĐ có huyết áp dưới 130/80 mmHg trong tổng số 78,4% bệnh nhân dùng thuốc hạ huyết áp [6]. Một nghiên cứu khác của Nguyễn Vinh Quang (2009) ở Nam Định và Thái Bình chỉ ra rằng 54,22% bệnh nhân bị tăng huyết áp khi đang điều trị ĐTĐ [4]. Như vậy biến chứng về huyết áp là rất phổ biến và có kế hoạch để giúp bệnh nhân ĐTĐ kiểm soát huyết áp trong điều trị ĐTĐ.

Tỷ lệ biến chứng thận trong nghiên cứu này là 3,7%. Để hạn chế tổn thương và biến chứng thận, bệnh nhân ĐTĐ phải kết hợp kiểm soát glucose máu và điều trị tốt các yếu tố nguy cơ, tăng huyết áp với chế độ ăn hạn chế muối và đạm khi có suy thận diễn ra [5]. Ngoài việc sử dụng thuốc theo đơn, việc duy trì chế độ dinh dưỡng hợp lý là rất quan trọng đối với bệnh nhân ĐTĐ có biến chứng về thận.

Chỉ có 1,9% bệnh nhân có biến chứng bàn chân, trong đó tập trung ở bệnh nhân mắc bệnh từ 3 năm trở lên. Tỷ lệ này là thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu khác tại Hà Nội về quản lý bệnh nhân ĐTĐ với tỷ lệ biến chứng bàn chân là 7,6%. Hậu quả biến chứng bàn chân vẫn diễn ra nặng nề với khoảng 10-15% bệnh nhân ĐTĐ phải cắt cụt chi trong cuộc đời của họ [5]. Như vậy tỷ lệ biến chứng bàn chân của bệnh nhân

ĐTĐ tại 30 TYT trong nghiên cứu là rất thấp. Tuy nhiên công tác điều trị và phòng chống biến chứng vẫn cần được đẩy mạnh để hạn chế tối đa các biến chứng có thể diễn ra.

Trong nghiên cứu, kết quả chỉ ra rằng có 8,3% bệnh nhân ĐTĐ có đường huyết lúc đói đạt mức độ kém (> 7,8mmol/l), 91,7% bệnh nhân ĐTĐ đạt mức độ vừa và tốt. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Vinh Quang (2009) ở Nam Định và Thái Bình với kiểm soát glucose máu còn hạn chế với 65,06% bệnh nhân ĐTĐ kiểm soát đường huyết lúc đói kém và chỉ có 18,07% là kiểm soát tốt đường huyết [4].

Có 67,6% bệnh nhân ĐTĐ có chỉ số HbA1c tốt (<6,5%), mức độ vừa (\leq 7,5%) là 31,5% và mức độ kém (>7,5%) là 0,9%. Kết quả này là rất cao so với nghiên cứu của Silvio E. Inzucchi và cộng sự năm 2015, khẳng định sự phổ biến của bệnh ĐTĐ type 2 tiếp tục tăng với tốc độ đáng báo động trên toàn thế giới khi chỉ một nửa số người bệnh đạt được các mục tiêu HbA1c [7].

Chỉ số khối cơ thể trung bình của các bệnh nhân ĐTĐ trước khi điều trị là 21,9, sau điều trị giảm xuống còn 21,9. Như vậy với $T = 3,342$, $P < 0,05$, khoảng tin cậy 95% thì mức giảm này rõ rệt và có ý nghĩa thống kê. Trong khi đó, một nghiên cứu khác của Nguyễn Ngọc Hân (2010) chỉ ra rằng chỉ có 65,5% số người bệnh kiểm soát tối ưu BMI [3]. Chỉ số khối của bệnh nhân được kiểm soát nghĩa là các nguy cơ về cao huyết áp, bệnh lý tim mạch cũng được giảm đáng kể.

Trong số 216 bệnh nhân ĐTĐ có 97,7% người có chỉ số huyết áp mức độ tốt (140/90mmHg), có 1,9% mức độ huyết áp vừa (\leq 160/95mmHg) và 0,5% mức độ huyết áp kém (>160/95mmHg). Hầu hết bệnh nhân có kiểm soát được huyết áp.

V. KẾT LUẬN

- Biến chứng ở bệnh nhân ĐTĐ cụ thể như sau: 5,1% có biến chứng mắt, 23,1% có biến chứng huyết áp, 5,6% có biến chứng tim mạch, 3,7% có biến chứng thận và 1,9% có biến chứng bàn chân.

- Các xét nghiệm cận lâm sàng chỉ ra rằng chỉ số đường huyết lúc đói mức tốt là 24,5%, HbA1c mức tốt là 67,6%, cholesterol toàn phần tốt là

58,3%, HDL tốt là 50%, Triglycerid tốt là 42,6%, huyết áp tốt là 97,7%.

- Chỉ số cận lâm sàng bao gồm glucose máu lúc đói, HbA1c, Cholesterol Toàn phần, Triglycerid, LDL, HC, URE là có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê khi so sánh giữa trước và sau điều trị

KHUYẾN NGHỊ

- Tăng cường và duy trì khám sức khỏe định kỳ nhằm phát hiện sớm và điều trị ĐTĐ

- Đẩy mạnh việc theo dõi các chỉ số liên quan đến ĐTĐ của bệnh nhân ĐTĐ bao gồm chỉ số đường huyết, chỉ số khối cơ thể, HbA1c, Lipid máu...

- Đẩy mạnh theo dõi các biến chứng của bệnh nhân ĐTĐ như kiểm tra mắt, bàn chân, đường huyết...

- Quản lý và tăng cường việc dùng thuốc điều trị của bệnh nhân ĐTĐ nhằm giảm các biến chứng ĐTĐ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tạ Văn Bình (2007)**, *Làm gì để phòng chống bệnh đái tháo đường ở Việt Nam - các phương pháp điều trị và biện pháp dự phòng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. **Bộ Y tế Tỷ lệ đái tháo đường ở Việt Nam tăng 211% sau 10 năm**, truy cập ngày 4/3/2017, tại trang web <http://www.moh.gov.vn/news/pages/tinkhac.aspx?ItemID=242>.
3. **Nguyễn Thị Ngọc Hân, Đặng Bích Thủy, Vũ Đình Triển và cộng sự (2010)**, "Đánh giá hiệu quả kiểm soát đa yếu tố ở bệnh nhân Đái tháo đường tuýp 2 điều trị tại Trung tâm y tế dự phòng Thái Bình", Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm, 6 (1), tr. 65-70.
4. **Nguyễn Vinh Quang, Đoàn Huy Hậu, Tạ Văn Bình (2006)**, "Tình hình bệnh Đái Tháo đường và thực trạng quản lý căn bệnh này ở Nam Định, Thái Bình năm 2003", Nội tiết và các rối loạn chuyển hóa, (15+16), Tr. 1-9.
5. **Đỗ Trung Quân (2006)**, *Biến chứng bệnh đái tháo đường và điều trị*, NXB Y học, Hà Nội.
6. **Cortex-Dias N., Martins S., Belo A., Fiuza M. (2010)**. Prevalence, management and control of diabetes mellitus and associated risk factor in primary health care in Portugal. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 9(4), pp. 509-537.
7. **Inzucchi, Silvio E. (2015)**, "Management of Hyperglycemia in Type 2 Diabetes, 2015: A Patient-Centered Approach: Update to a Position Statement of the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes", *Diabetes Care*, 38, pp. 140-149.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ DỊ TẬT LỖ TIỂU LỆCH THẤP THỂ TRƯỚC VÀ GIỮA BẰNG PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT SNODGRASS

Nguyễn Việt Hoa*, Đặng Thị Huyền Trang*, Vũ Hồng Tuân*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả áp dụng phương pháp Snodgrass trong điều trị dị tật lỗ tiểu lệch thấp thể trước và giữa ở trẻ em tại bệnh viện Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu và hồi cứu mô tả không đối chứng trên các bệnh nhân được chẩn đoán lỗ tiểu thấp thể trước và giữa và được phẫu thuật tạo hình ống niệu đạo mới theo phương pháp Snodgrass, từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 12 năm 2017. **Kết quả:** 61 bệnh nhân được phẫu thuật theo phương pháp Snodgrass. Thời gian theo dõi sau phẫu thuật là 3 tháng. Có 18 bệnh nhân bị biến chứng sau phẫu thuật 3 tháng, chiếm tỷ lệ biến chứng chung là 29.5%. Trong đó, có 13 bệnh nhân bị dò niệu đạo (21.3%), 3 bệnh nhân bị hẹp lỗ tiểu (4.9%), 2 bệnh nhân bị tút lỗ tiểu (3.2%). **Kết luận:** Kết quả điều trị nhóm bệnh nhân dị tật lỗ tiểu thấp thể trước và giữa theo phương pháp phẫu thuật Snodgrass cho kết quả tốt.

Từ khóa: lỗ tiểu thấp, lỗ tiểu thấp thể trước và giữa, kỹ thuật Snodgrass.

SUMMARY**THE RESULT OF TREATMENT OF HYPOSPADIAS BY SNODGRASS TECHNIQUE**

Objectives: To evaluate the results of using Snodgrass technique in the treatment of hypospadias at Viet Duc hospital. **Materials and methods:** A prospective and retrospective descriptive study of uncontrolled depiction of patients with distal and proximal hypospadias. All of them underwent hypospadias repair by Snodgrass technique from January, 2017 to December, 2017. **Results:** 61 patients were operated by Snodgrass technique. Postoperative follow-up was 3 months. There were 18 patients with complications after 3 months of surgery, accounting for 29.5%. Postoperative complications included urethral fistules in 13 cases (21.3%), meatal stenosis in 3 cases (4%) and 2 meatal slipdown (3.2%). **Conclusions:** the results in using Snodgrass technique for distal and proximal hypospadias is good.

Keywords: Hypospadias, Distal and proximal hypospadias, Snodgrass technique.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị tật lỗ tiểu lệch thấp (LTLT - hypospadias) là lỗ tiểu đổ thấp ở bụng dương vật và có thể kèm theo cong dương vật hay không, là một trong những dị tật hay gặp ở trẻ em. Bệnh gặp với tỷ lệ 5,2 đến 8,2/1000 trẻ trai, trong đó thể trước và thể giữa chiếm gần 80%, thể sau

chiếm 20% [7][1]. Chỉ định phẫu thuật và lựa chọn phương pháp phẫu thuật dựa trên tuổi của bệnh nhi, vị trí lỗ tiểu, có cong dương vật hay không, máng niệu đạo còn có hay không sau chỉnh cong dương vật, chất lượng máng niệu đạo, kinh nghiệm của phẫu thuật viên... trong đó thời điểm phẫu thuật tốt nhất là từ 6 tháng đến 15 tháng tuổi, đây là thời điểm thích hợp để phẫu thuật để tránh tác động xấu về tâm lý cũng như dương vật đủ lớn để có khả năng phẫu thuật[7].

Có khoảng hơn 300 phương pháp phẫu thuật điều trị tật lỗ tiểu thấp đã được mô tả. Trong 5 năm gần đây phẫu thuật một thì ngày càng được ưa chuộng và không ngừng được cải tiến nhằm thỏa mãn về mặt chức năng, thẩm mỹ và hạ thấp tỷ lệ biến chứng sau mổ. Các phẫu thuật 1 thì thường được các phẫu thuật viên sử dụng là Duplay, Duckett, Onlay, Mathieu và Magpi. Tuy nhiên các phẫu thuật này cũng thường gặp một số vấn đề như thiếu máu nuôi cho vật da dùng tạo hình niệu đạo mới trong phẫu thuật Mathieu, hẹp niệu đạo và miệng sáo trong phẫu thuật Duplay, xoay dương vật sau mổ trong phẫu thuật Duckett, biến dạng quy đầu trong phẫu thuật Magpi[7].

Từ năm 1994 Warren Snodgrass đã cải tiến kỹ thuật Duplay, với việc rạch máng niệu đạo đã làm rộng và sâu máng niệu đạo mới giúp khắc phục việc hẹp và rò niệu đạo sau mổ ở phương pháp Duplay. Ngoài ra việc rạch rộng máng niệu đạo làm chiều rộng của vật da tạo ống niệu đạo lấy nhỏ hơn, vì thế hạn chế được sự thiếu hụt da dương vật [7]. Đường rạch hai bên vật da không giới hạn ở dương vật mà kéo dài lên tới gần đỉnh quy đầu dương vật, vì vậy miệng sáo sẽ nằm ở đỉnh [7]. Phẫu thuật Snodgrass bóc tách tại chỗ ít, nên sẽ ít làm thiếu máu vật da hơn như trong phẫu thuật Mathieu. Việc bao phủ niệu đạo mới bằng vật dưới da quy đầu đã tạo ra 2 lớp che phủ đoạn niệu đạo mới, giảm tỷ lệ biến chứng rò niệu đạo sau mổ và cũng tránh tình trạng xoay dương vật sau mổ thường thấy ở phẫu thuật Duckett.

Hiện nay ở Việt Nam, một số trung tâm phẫu thuật nhi đã áp dụng ngày càng rộng rãi phương pháp này với tỷ lệ thành công cao. Tuy nhiên ít có nghiên cứu đánh giá kết quả của việc áp dụng phương pháp này cho tật lỗ tiểu thấp cả thể trước và giữa. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này tại khoa Phẫu thuật nhi và trẻ sơ sinh

¹Bệnh viện Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Hoa

Email: nvhoa96@yahoo.com

Ngày nhận bài: 15.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 5.4.2018

Ngày duyệt bài: 12.4.2018

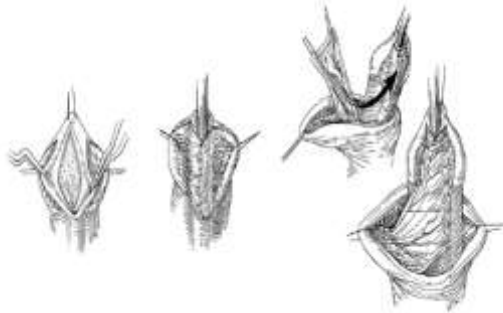
bệnh viện Việt Đức, nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình niệu đạo cho nhóm bệnh nhân bị tật lỗ tiểu thấp thể trước và giữa theo phương pháp Snodgrass.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhi được chẩn đoán lỗ tiểu thấp thể trước và giữa, được phẫu thuật tạo hình niệu đạo theo phương pháp Snodgrass.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu và hồi cứu mô tả loạt ca bệnh, không có nhóm chứng.
- Chọn mẫu: Mẫu thuận tiện.
- Thời gian nghiên cứu: trong 1 năm tháng 1/2017-tháng 12/2017.
- Địa điểm nghiên cứu: khoa phẫu thuật Nhi và trẻ sơ sinh, bệnh viện Việt Đức.
- Phân loại thể bệnh lỗ tiểu thấp theo John W.Ducket.
- Phương pháp phẫu thuật: Phẫu thuật Snodgrass. Là phương pháp cải tiến của Thriech – Duplay, sử dụng máng niệu đạo để tạo niệu đạo mới nhưng có rạch rộng máng niệu đạo.
- Đánh giá kết quả:
 - + Kết quả tốt: Không có biến chứng.
 - + Kết quả xấu: Có biến chứng sau mổ, ảnh hưởng đến hình thể và chức năng của dương vật.
- Phương pháp phân tích và xử lý số liệu: Thu thập số liệu bằng bệnh án mẫu. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.



Ảnh 1: Kỹ thuật Snodgrass

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

61 bệnh nhân lỗ tiểu lệch thấp thể trước và giữa được phẫu thuật Snodgrass tại khoa phẫu thuật Nhi và trẻ sơ sinh, bệnh viện Việt Đức trong thời gian 1 năm 2017, các dữ kiện được ghi nhận như sau:

Tuổi: Độ tuổi trung bình 3,1±1,14 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 12 tháng, tuổi lớn nhất là 7 tuổi.

Vị trí lỗ tiểu: Thể trước: có 21 bệnh nhân (34,4%), thể giữa: có 40 bệnh nhân (65,6%). Trong đó thể đầu xa thân dương vật có 17 bệnh

nhân (28%), thể giữa thân dương vật có 20 bệnh nhân (32,7%) và thể đầu gần thân dương vật có 3 bệnh nhân (4,9%).

Tình trạng máng niệu đạo: tất cả các bệnh nhân đều có máng niệu đạo mềm mại, và được dùng tổ chức dưới da quy đầu che phủ niệu đạo mới.

Kết quả phẫu thuật:

- Chiều dài niệu đạo tạo hình trung bình là 2.4cm, ngắn nhất là 1.5cm và dài nhất là 4cm.
- Thời gian rút sonde niệu đạo trung bình: 9.5 ngày
- Thời gian nằm viện trung bình: 10 ngày.
- Nhiễm trùng tiết niệu sau phẫu thuật: không có

Bảng 1: Biến chứng sau rút sonde niệu đạo

	Thời điểm sau rút sonde niệu đạo	
	Thể trước	Thể giữa
Dò niệu đạo	2(3.2%)	4(6.2%)
Hẹp lỗ niệu đạo	1(1.6%)	2(3.2%)
Tụt lỗ niệu đạo	0(0%)	1(1.6%)
Tổng cộng	10(16.4%)	

Nhận xét: Sau khi rút sonde niệu đạo, có 10 bệnh nhân bị biến chứng chiếm tỷ lệ 16.4%. Trong đó tỷ lệ dò niệu đạo là cao nhất chiếm 9.4%, hẹp lỗ niệu đạo chiếm 4.8%, tụt lỗ niệu đạo chiếm 1.6%.

Bảng 2: Biến chứng sau phẫu thuật 3 tháng

	Thời điểm sau rút sonde niệu đạo	
	Thể trước	Thể giữa
Dò niệu đạo	5(8.1%)	8(13.11%)
Hẹp lỗ niệu đạo	1(1.6%)	2(3.2%)
Tụt lỗ niệu đạo	1(1.6%)	1(1.6%)
Tổng cộng	18(29.5%)	

Nhận xét: Sau phẫu thuật 3 tháng, có 18 bệnh nhân bị biến chứng (chiếm 29.5%). Trong đó tỷ lệ dò niệu đạo sau phẫu thuật là cao nhất chiếm 21.3%, hẹp lỗ niệu đạo chiếm 4.8%, tụt lỗ niệu đạo chiếm 3.2%.

Bảng 3. Tính thẩm mỹ sau mổ

Thẩm mỹ	Đẹp	Xấu
Số ca/Tổng số	58/61	3/61
Tỷ lệ phần trăm	95.08%	4.92%

Bảng 4: Kết quả phẫu thuật

	Thời điểm sau rút sonde niệu đạo	Thời điểm sau phẫu thuật 3 tháng
Kết quả tốt	51(83.6%)	43(70.5%)
Kết quả xấu	10(16.4%)	18(29.5%)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi phẫu thuật: Cần phải chọn thời điểm phẫu thuật thích hợp để tránh các tác động xấu về tâm lý nhưng có khả năng thực hiện kỹ thuật [2]. Năm 2002, Nguyễn Thanh Liêm, Nguyễn Danh Tình của Viện Nhi Trung ương đã

phẫu thuật tạo hình niệu đạo cho các trẻ độ tuổi từ 2-4 tuổi và bắt đầu phẫu thuật cho trẻ từ 1 tuổi [3]. Năm 2009, Phạm Ngọc Thạch tại Bệnh viện Nhi đồng II đã thực hiện kỹ thuật cho các trẻ từ 11 tháng đến 5 tuổi.

Chúng tôi thực hiện trên những bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 3,1 tuổi, nhỏ nhất là 1 tuổi, phù hợp với nhóm tuổi lựa chọn phẫu thuật của các tác giả trên.

4.2. Đặc điểm lâm sàng: Phân loại lỗ tiểu thấp: Có nhiều cách phân loại lỗ tiểu lệch thấp song chúng tôi lựa chọn theo phân loại của John W. Duckett. Theo chúng tôi, cách phân loại này là tiện lợi nhất để đánh giá kết quả điều trị. Trong nghiên cứu này, chúng tôi lựa chọn nhóm bệnh nhân có vị trí lỗ tiểu ở thể trước và giữa, trong đó thể giữa chiếm đa số 65,6% và thể trước chiếm 34,4%. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Dương Kim Cúc (2003) [5]. Theo tác giả Nguyễn Thanh Liêm và Lê Anh Tuấn [2] thì tỷ lệ mắc LTLT ở nước ta khoảng 0,3-0,4%. Tỷ lệ mắc giữa các thể chủ yếu là thể DV (58,5%); thể gốc DV (20,8%). Còn theo tác giả Trần Ngọc Bích thì tỷ lệ mắc ở thể quy đầu là 12%; thể DV là 46,7%; thể bìu là 29,3%. Tác giả Đào Công Toàn năm 2007 thấy thể DV chiếm 54,1%; thể bìu và TSM chiếm 35,1% [4].

Chiều dài đoạn niệu đạo được tạo hình: Trong một số nghiên cứu của Nguyễn Thanh Liêm (2005) thực hiện chung cho các trường hợp bị lỗ tiểu lệch thấp có 65% độ dài đoạn niệu đạo bị thiếu từ 2-3cm, 24,8% độ dài đoạn niệu đạo bị thiếu từ 3-4cm và trên 4cm là 10,2% [3][4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ dài trung bình là 2,4cm, ngắn nhất là 1,5cm và dài nhất là 4cm, phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả khác.

4.3. Đặc điểm phẫu thuật: Tại Việt Nam Võ Đức Quế là người đầu tiên báo cáo về điều trị LTLT [1]. Ông đã nhận xét 80 trường hợp điều trị dị tật LTLT từ 1971-1980 tại Bệnh viện Việt Đức Hà Nội. Các phương pháp phẫu thuật chủ yếu là các phương pháp nhiều thì như: Duplay PG, Leveuf J, Cecil AE, Denis ED, Browne J... tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật còn cao, cong DV là 31%, rò niệu đạo 30,8%. Năm 1988, Trần Ngọc Bích [1] là tác giả có công trình nghiên cứu về LTLT. Tác giả đã khám và phẫu thuật cho 116 bệnh nhi bị LTLT và thấy rằng, tỷ lệ mắc LTLT thể quy đầu và thân DV chiếm 58,7% còn lại là thể bìu, thể đáy chậu và thể ẩn (41,3%). Tất cả các bệnh nhân mổ đều được làm bằng phẫu thuật một thì, tỉ lệ thành công khi phẫu thuật lần đầu là 73%. Năm 1995 Lê Công Thắng và cộng

sự đã báo cáo "Đánh giá kết quả điều trị 102 trường hợp LTLT tại Bệnh viện Nhi Đồng I trong một năm" và có tỷ lệ biến chứng 50%. Năm 1996 Nguyễn Xuân Thụ và cộng sự bắt đầu nghiên cứu phương pháp tạo hình niệu đạo sử dụng vật da lừng DV trực dọc có cuống úp cho 30 bệnh nhân thể DV và gốc DV, tỷ lệ biến chứng 20%. Năm 2000 Lê Anh Tuấn và cộng sự đã báo cáo "Điều trị LTLT bằng phẫu thuật một thì dùng vật da lừng DV có cuống mạch dọc theo trục dọc" có tỷ lệ tốt 82,3%; trong đó tỷ lệ tốt của thể DV là 87%; thể gốc DV 81,3% và thể gốc bìu là 54,5%[4].

Trên thế giới trước 1994, khi đề cập đến điều trị lỗ tiểu thấp nhất là thể trước thì các phương pháp được nêu lên hàng đầu là Mathieu, Magpi... Từ khi kỹ thuật Snodgrass được giới thiệu thì phương pháp này nhanh chóng được ưa chuộng khắp thế giới. Mới đầu là thể trước, sau đó được thực hiện ở thể giữa có hoặc không kèm theo cong dương vật ở mức độ nhẹ hoặc trung bình. Để tạo hình niệu đạo tác giả phải rạch dọc theo đường giữa nhằm mở rộng niệu đạo mới có thể cuốn ống niệu đạo được [7].

Theo Borer, có nhiều yếu tố góp phần tạo nên sự thành công của kỹ thuật Snodgrass. Những yếu tố này bao gồm sự cung cấp máu dồi dào của máng niệu đạo, sự đơn giản của kỹ thuật, mô tại chỗ luôn luôn đủ để tạo hình niệu đạo và tính thẩm mỹ sau phẫu thuật [5]. Mặc dù máng niệu đạo không bình thường trong những trường hợp lỗ tiểu thấp, nhưng nó được cung cấp dồi dào bởi hệ thống mạch máu niệu đạo và quy đầu, những mạch máu này cung cấp máu cho thể xộp và quy đầu dương vật [5][7]. Do sử dụng máng niệu đạo để cuốn ống nên tránh được hiện tượng xoay trục dương vật như kỹ thuật Duckett [5].

Baskin và cs đã nghiên cứu về mô học và so sánh giải phẫu dương vật, phối thai bình thường với lỗ tiểu thấp, ông thấy có hệ thống mạch máu phong phú cung cấp cho máng niệu đạo ở những bé trai bị lỗ tiểu thấp và sự phân bố này lan rộng đến quy đầu và niệu đạo của dương vật xa [6]. Baskin cũng cho thấy rằng rạch thể xộp niệu đạo xa và quy đầu dẫn đến sự phóng thích yếu tố tăng trưởng biểu mô kích thích sự lành mô. Giả thuyết này có thể giải thích vì sao không có chít hẹp hoặc tạo sẹo đáng kể sau khi tạo hình niệu đạo với kỹ thuật Snodgrass [7].

Snodgrass qua theo dõi 92 bệnh nhân được tạo hình niệu đạo bằng kỹ thuật của mình đã cho thấy 85% các trường hợp được nong không có dấu vết hẹp niệu đạo, thực hiện nội soi kiểm tra

10% trường hợp có dòng nước tiểu yếu hoặc gầy mê vì một thủ thuật khác cho thấy tất cả đều có một niệu đạo lành lặn bình thường [5].

Tại Việt Nam qua nhiều bài báo chúng tôi thấy rằng kỹ thuật Snodgrass được báo cáo nhiều bởi các phẫu thuật viên khu vực miền Nam. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 13 trường hợp biến chứng rò niệu đạo(21.3%), 3 trường hợp hẹp lỗ niệu đạo(4.9%), 2 trường hợp bị tụt lỗ niệu đạo (3.2%) sau phẫu thuật 3 tháng. Tỷ lệ này cũng tương tự như một số tác giả sử dụng kỹ thuật Snodgrass như Phạm Ngọc Thạch (2013) có tỷ lệ rò niệu đạo là 19%, hẹp lỗ niệu đạo là 8.3% và tụt lỗ niệu đạo là 1,4% [7]. Chúng tôi có tỉ lệ biến chứng chung là 29.5%, cũng tương tự như Phạm Ngọc Thạch(2013) là 29%, Lê Tấn Sơn là 25%.[7]. Tỷ lệ biến chứng này còn tương đối cao so với tác giả Snodgrass là 5.4%, tuy nhiên so với các phương pháp cũ thì tỉ lệ này thấp hơn rất nhiều. Ngoài ra tính thẩm mỹ cao 95% các trường hợp sau mổ rất đẹp. Thời gian lưu sonde tiểu và nằm viện ngắn, giảm đáng kể so với các phương pháp cũ, giúp giảm chi phí thời gian cho người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Kết quả điều trị lỗ tiểu thấp bằng phương pháp Snodgrass áp dụng cho các trường hợp lỗ

tiểu thấp thể trước và giữa tại Khoa phẫu thuật Nhi và trẻ sơ sinh, bệnh viện Việt Đức cho kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Bích (1998)**, Điều trị dị tật lỗ đài lệch thấp một thì, Luận án Phó tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
2. **Lê Công Thắng, Lê Thanh Hùng, Lê Tấn Sơn, (2005)**, Các biến chứng trong điều trị lỗ tiểu thấp theo kỹ thuật Duckett, Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 9, tr. 61-68.
3. **Nguyễn Danh Tĩnh, Nguyễn Thanh Liêm, (2001)** "Điều trị lỗ tiểu thấp thể biau và tăng sinh môn" Tài liệu về Hội thảo tiết niệu Nhi Trung ương, tr. 52-55.
4. **Lê Anh Tuấn (1999)**, Điều trị dị tật lỗ tiểu thấp bằng phẫu thuật một thì dùng vật da lưng dương vật có cuống mạch theo trực dọc, Luận án tiến sỹ Y học, Hà Nội, 1999.
5. **Dương Thị Kim Cúc(2003)**, Điều trị lỗ tiểu thấp thể trước và thể giữa bằng kỹ thuật cuốn ống tại chỗ, Luận văn BSCK II, 1999.
6. **Borer, Joseph G, Bauer, Stuart B.; Peters, Craig A.; Diamond, David A.; Atala, Anthony; Cilento, Bartley G. JR.; Retik, Alan B (2001)**, Tubularized incised plate urethroplasty:: expanded use in primary and repeat surgery for hypospadias. J Urol 165(2), February, p. 581-585.
7. **Phạm Ngọc Thạch(2013)**, Kết quả điều trị tật lỗ tiểu thấp thể trước theo phương pháp Snodgrass tại bệnh viện Nhi Đồng 2, Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 17, phụ bản số 13, tr. 360-364.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA HỘI CHỨNG ĐỘNG MẠCH CHỦ CẤP

Nông Hữu Thọ¹, Trần Quyết Tiến²

TÓM TẮT

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; bao gồm các dạng tổn thương chính: bóc tách ĐMC kinh điển (AD), huyết khối tụ thành (IMH), màng vỡ xơ loét thủng (PAU), phình ĐMC có biến chứng (CRA) và chấn thương ĐMC gây rách nội mạc. HC ĐMC là một cấp cứu ngoại khoa nặng, nhiều nguy cơ và thử thách trong cả phẫu thuật và hồi sức tim. **Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm về hình thái tổn thương và đánh giá kết quả bước đầu trong việc điều trị ngoại khoa hội chứng động mạch chủ ngực cấp tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu

mô tả tiến cứu, hàng loạt các trường hợp nhập viện, được chẩn đoán bệnh lý động mạch chủ cấp tính và được điều trị ngoại khoa tại bệnh viện Chợ Rẫy trong thời gian 12/2016-12/2017. **Kết quả:** Nghiên cứu mô tả 61 trường hợp được chẩn đoán HC ĐMC, bao gồm 53 nam(86%) và 8 nữ (14%). Tuổi trung bình:49.7 ± 10.4. Các đặc điểm lâm sàng được ghi nhận: đau trước ngực hoặc lan ra sau lưng (92%), ngất (9.8%), chèn ép tim (11.7%), tưới máu sai lệch các nhánh nuôi não (5.8%), suy thận trước mổ (2%), hở van ĐMC vừa-nặng (31.7%). Về hình thái tổn thương ĐMC, theo phân loại DeBakey: type I và type II (= Stanford A 95.1%); type III (=Stanford B 4.9%). CTA có vai trò quan trọng để mô tả hình thái tổn thương ĐMC, dựa phân loại mới của Svensson, chúng tôi ghi nhận: bóc tách kinh điển (AD-85.2%), huyết khối tụ thành (IMH-9.8%), màng vỡ xơ loét thủng (PAU-27.8%), phình có biến chứng (6.5%, trong đó có 2 TH phình dạng túi), and chấn thương hoặc do thủ thuật ĐMC (3.3%). Các thủ thuật lên ĐMC bao gồm: thay ĐMC lên đơn thuần(42.6%), thay ĐMC lên và thay gốc (22.9%), thay ĐMC lên và quai/bán quai (34.4%). Các biến chứng thường gặp: nhiễm khuẩn, viêm phổi thở máy kéo dài, suy thận sau mổ, biến chứng thần kinh

¹Bệnh Viện 175

²Bệnh Viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nông Hữu Thọ

Email: huuthomd@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 26.4.2018

Ngày duyệt bài: 4.5.2018

tạm thời/lâu dài, chảy máu... Tỷ lệ tử vong sớm: 13.1%. **Kết luận:** HC ĐMC là một cấp cứu ngoại khoa, cần được chẩn đoán sớm và can thiệp kịp thời; phẫu thuật trên ĐMC vẫn là một cuộc mổ nặng, nhiều nguy cơ. Trong hoàn cảnh VN hiện nay, mặc dù còn nhiều khó khăn và thử thách, nhưng những kết quả ban đầu đạt được trong điều trị ngoại khoa HC ĐMC là khả quan và khích lệ.

SUMMARY

RESULTS OF SURGICAL TREATMENTS FOR ACUTE AORTIC SYNDROME (AAS)

Background: Acute aortic syndrome (AAS) is a modern term and describes the acute presentation of patients with one of several life threatening thoracic aortic pathologies. These include aortic dissection (AD), intramural haematoma (IMH), penetrating atherosclerotic ulcer (PAU), contained rupture aortic aneurysm (CRA), and aortic trauma with intimal laceration. The incidence of acute aortic syndrome ranges from 2 to 3.5 cases per 100 000 person-years. Many risk factors such as hypertension and a variety of genetic disorders with altered connective tissues (Marfan's, Ehlers – Danlos's...) are the most prevalent risk conditions. **Objectives:** To describe the clinical characteristics and to assess the early results of surgical treatments in patients with AAS. **Materials and methods:** A descriptive study was conducted in a series of 61 patients, including 53 males, 8 females, in Cho Ray hospital from 2016 to 2017. **Results:** There are 61 patients with a mean age of 49.7 ± 10.4 , 53 males (with significant male predominance 86%), 8 females (14%). The clinical characteristics: Chest or back pain 92%, cardiac tamponade 11%, malperfusion of the brain 5.8%, renal failure 2%, moderate - severe aortic regurgitation 31.7%. According to DeBakey classification, we found that type I: involves ascending and descending aorta and type II: involves ascending aorta only (= Stanford A accounts for 95.1% of pts). Type III: involves descending aorta only, commencing after the origin of the left subclavian artery (= Stanford B, only 4.9% of pts). CT angiography (CTA) is also essential in delineating the AAS morphology, following the new classification's Svensson, we recognized findings include: classic AD (85.2%), IMH(9.8%), PAU (27.8%), contained rupture aortic aneurysm-CRA (6.5%, 2 cases with sacchi-form), and aortic latrogenic trauma ("retro A") (3.3%). Surgical procedures: ascending replacement (42.6 %), ascending + aortic root replacement (22.9%), 2 cases of valve-sparing aortic root replacement, ascending + (hemi/total) arch replacement (34.4%). The common complications were sepsis, renal failure, temporary neurological dysfunction, bleeding... The overall early mortality was 13.1%. **Conclusion:** Despite recent advances in cardiac surgery, treatment of AAS still remains a surgical emergency associated with challenges. Overcome the difficulties, the initial results are encouraged and feasible.

Key words: Acute aortic syndrome (AAS), intramural haematoma (IMH).

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; bao gồm các dạng tổn thương chính: bóc tách ĐMC kinh điển (AD), huyết khối tụ thành(IMH), mảng vữa xơ loét thủng (PAU), phình ĐMC có biến chứng (CRA) và chấn thương hoặc thủ thuật ĐMC gây rách nội mạc.

HC ĐMC lần đầu tiên được y văn mô tả vào tháng 4/2001 trên tạp chí Heart 85(4): 365–368; bởi nhóm hai tác giả I. VILACOSTA và J. A. ROMAN. Sau đó đã được sự đồng thuận và đưa vào khuyến cáo của hiệp hội tim mạch Hoa Kỳ AHA 2010 và gần đây nhất là Hiệp hội tim mạch Châu Âu ESC 2014.

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. Nếu điều trị nội khoa thì tỷ lệ tử vong khoảng 58%; nếu can thiệp/ phẫu thuật thì tỷ lệ tử vong dao động từ 15%-20%.

Trong những năm gần đây, sự phát triển của các phương pháp CĐHA, đặc biệt là chụp CLVT có cản quang (CTA) và siêu âm tim tầm soát giúp chẩn đoán sớm và phân tích một cách khá chi tiết các hình thái tổn thương; nhờ đó hiệu quả điều trị ngoại khoa HC ĐMC có sự cải thiện đáng kể tỷ lệ thành công, giảm thiểu các tai biến biến chứng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Thống kê các bệnh nhân được chẩn đoán bệnh động mạch chủ cấp được điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy trong khoảng thời gian từ 2016-2017. Số liệu thống kê về tuổi, giới, tỷ lệ phần trăm các triệu chứng lâm sàng, phân tích các hình thái tổn thương ĐMC dựa trên chụp CLVT và siêu âm. Tỷ lệ phần trăm các thủ thuật can thiệp, các biến chứng thường gặp, tỷ lệ tử vong sớm trong thời gian nằm viện.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiền cứu.

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

Các đặc điểm lâm sàng

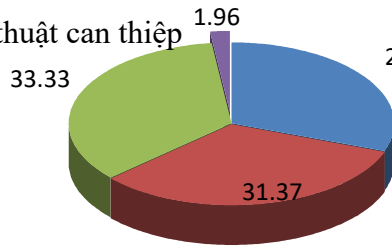
Đặc điểm	Số bn (n)	Tỷ lệ %
Choáng ngất	6	9.8
Chèn ép tim cấp	7	11.7
Phù phổi cấp	1	1.6
Tai biến mạch não	4	6.5
Đau ngực	56	91.8
ATTT _r / Van ĐMC	21	34.4
Suy thận trước mổ	2	3.2
Tăng huyết áp	49	80.3
Nói khàn	0	0
Thiếu máu cơ tim	5	8.1

Đặc điểm hình thái tổn thương

Phân loại	Stanford A		Stanford B
	De bakey I	II	III
Tỷ lệ %	34.4	59.6	4.9
Số bn (n)	21/61	37/61	3/61

Tỷ lệ các thủ thuật

Tỷ lệ các thủ thuật can thiệp



Tổng	58/61 (95.1%)	3/61(4.9%)
------	---------------	------------

Phân loại Svensson	AD	IMH	PAU	CRA	TAI
Tỷ lệ %	85.2	9.8	27.8	6.5	3.3
Số bn (n)	52/61	6/61	17/61	4/61	2/61

Tuần hoàn ngoài cơ thể

Các thông số	TB	SD
Thời gian THNCT (phút)	219	± 68
Thời gian Kẹp ĐMC (phút)	168	± 57
Thời gian ngưng tuần hoàn (dưới) (phút)	43	± 29
Thời gian tưới máu não chọn lọc (phút)	56	± 37
Hạ thân nhiệt Nhẹ (28,0- 34,9°C)	6/61	11.76 %
Hạ thân nhiệt TB (25,0 - 27,9°C)	45/61	88.23 %

Tỷ lệ các tai biến biến chứng

Kết quả sớm	Số bn (n)	Tỷ lệ %
Tử vong	8	13.1
Suy đa tạng	5	8.1
Nhiễm trùng	11	18
Suy tim	7	11.4
Suy thận	9	14.7
Suy gan	2	3.2
Thần kinh	13	21.3
Chảy máu mổ lại	4	6.5
Tràn dịch màng tim	3	4.9
Tràn dịch màng phổi	15	24.5
Mổ khí quản	2	3.2
Thời gian thở máy (ngày)	6.8 ± 3.9	
Thời gian nằm viện (ngày)	35.5 ± 21.3	

IV. BÀN LUẬN

Qua khảo sát chúng tôi nhận thấy tỷ lệ bệnh nhân ở độ tuổi trung bình là: 49.7 ± 10.4. Trong đó, nam giới chiếm tỷ lệ khá cao 86% và nữ 14%. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp là: đau trước ngực hoặc lan ra sau lưng (91.8%), choáng ngất (9.8%), chèn ép tim cấp (11.7%), tai biến mạch máu não (6.5%), suy thận trước mổ (3.2%), hở van ĐMC vừa - nặng (34.4%).

- ĐMC lên đơn thuần
- ĐMC lên + Gốc ĐMC(Bentall /Tiron David)
- ĐMC lên + Quai ĐMC (Toàn bộ /semi arch)
- Hybrid (PT: ĐMC lên, quai + Stent graft xuống)

Nguyên nhân chủ yếu đưa bệnh nhân nhập viện là vấn đề đau ngực và khó thở, đau ngực có thể ở trước xương ức hoặc lan ra sau lưng. Chúng tôi nhận thấy bệnh nhân nhập viện trong tình trạng khá nặng, nhiều bệnh lý kết hợp đi cùng, đau ngực dữ dội kèm theo có tăng huyết áp khó kiểm soát hoặc chưa điều trị.

HC ĐMC là một bệnh cảnh cấp cứu, liên quan với nhau, giống nhau về đặc điểm lâm sàng và diễn tiến. Tổn thương ban đầu là ở thành ĐMC lớp nội mạc và trung mạc, nhưng một khi diễn biến thì rất nhanh chóng theo cơ chế huyết động học. Túc áp lực dòng máu gia tăng lên thành mạch, xoáy qua lỗ vào, chạy dọc theo thành giữa động mạch chủ, có thể xuôi dòng- anter hoặc ngược dòng-retro mà gây ra các triệu chứng giảm tưới máu các cơ quan như: tim (mạch vành), não (đm cảnh), chi trên (đm dưới đòn), thận (đm thận), hoại tử ruột (đm mạc treo tràng), đồng thời có thể suy tim cấp do hở van đmc nặng. Trong số 90% bn đau ngực dữ dội ghi nhận được có kết hợp với dấu hiệu giảm tưới máu: tbmm não 6.5%, suy thận 3.2%, thiếu máu cơ tim 8.1%, hở van đmc các mức độ 34%. Trong HC ĐMC cấp, cơn đau ngực khởi phát

nhạnh và có tính "di chuyển" là một chỉ điểm cho nguy cơ tử vong sau mổ. Tính chất này cũng gợi ý phân biệt với bệnh đmc phình-mạn tính chủ yếu gây chèn ép tại chỗ cơ quan lân cận túi phình như triệu chứng khàn tiếng.

Nếu như trước đây, bệnh lý đmc cấp thường dễ bị chẩn đoán nhầm với cơn đau thắt ngực không ổn định hoặc chong lạp với bệnh cảnh nhồi máu cơ tim. Do vậy bệnh lý đmc cấp thường bị bỏ sót hoặc chẩn đoán chưa đầy đủ. Gần đây, sự phát triển của các phương pháp CĐHA, đặc biệt là chụp CLVT có cản quang (CTA) và siêu âm tim tầm soát giúp chẩn đoán sớm và phân tích một cách khá chi tiết các hình thái tổn thương. Có nhiều cách mô tả và phân loại, theo kinh điển trước đây là phình hoặc bóc tách đmc đơn thuần. Bảng phân loại của Stanford và Debakey hướng đến thực hành lâm sàng, có liên quan đến đmc đoạn lên và quai hay không để giúp PTV đưa ra chỉ định phẫu thuật. Qua thống kê bảng 2, chúng tôi ghi nhận theo phân loại DeBakey: type I và type II (=Stanford A 95.1%); type III (=Stanford B 4.9%).

Dựa trên những tổng kết về lâm sàng và phân tích mô bệnh học, tháng 4/2001 trên tạp chí Heart 85 (4): 365–368; bởi nhóm hai tác giả I. VILACOSTA và J. A. ROMAN đã đưa ra khái niệm về HC ĐMC và bổ sung thêm một bảng phân loại mới. Cách phân loại mới dựa trên cơ chế bệnh sinh và giúp ích cho các phẫu thuật viên cũng như các nhà can thiệp tim mạch ứng dụng thực tế hơn. Cách phân loại này đã được sự đồng thuận và đưa vào khuyến cáo của hiệp hội tim mạch Hoa Kỳ AHA 2010 và gần đây nhất là Hiệp hội tim mạch Châu Âu ESC 2014. Dựa phân loại mới của Svensson, chúng tôi ghi nhận: bóc tách kinh điển (AD-85.2%), huyết khối tụ thành (IMH-9.8%), màng vữa xơ loét thủng (PAU-27.8%), phình có biến chứng (6.5%, trong đó có 2 TH phình dạng túi), and chấn thương hoặc do thủ thuật ĐMC (3.3%). Dựa vào kết quả của bảng 3, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ cao nhất vẫn là nhóm bóc tách kinh điển chiếm 85.2%. Các thương tổn huyết khối tụ thành và màng vữa xơ thâm nhiễm gây loét thành đmc gặp ít hơn. Ở nhóm 5, tổn thương ĐMC sau can thiệp (đặt stent đmv và đặt stent graft đmc) gây bóc tách ngược dòng retro-A có hai trường hợp, chiếm tỷ lệ nhỏ 3.3%.

Bàn về tỷ lệ các thủ thuật can thiệp lên ĐMC, với một cỡ mẫu nhỏ 61 trường hợp, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ các thủ thuật lên ĐMC bao gồm: thay ĐMC lên đơn thuần (42.6%), thay ĐMC lên và thay gốc (22.9%), thay ĐMC lên và quai/bán

quai (34.4%). Trong phẫu thuật gốc đmc, có 2 trường hợp được làm Tirono David để bảo tồn van đmc. Mức độ can thiệp lên đmc như thế nào là phù hợp vẫn còn được nhiều tác giả bàn luận. Nếu giải quyết triệt để tất cả các tổn thương trong một thì, nguy cơ tử vong sẽ cao, thời gian chạy máy và hậu phẫu kéo dài. Do vậy, với một thương tổn rộng kéo dài gần như toàn bộ đmc, ngày nay các PTV có xu hướng giải quyết định khu tổn thương, tạm gọi là "biến type A thành type B", chờ bn hồi sức ổn hoặc bình phục sẽ xử trí tiếp ĐMC ở stage thì sau. Như vậy sẽ đem lại cơ hội cho người bệnh khả năng phục hồi cao hơn. Thời gian THNCT, Thời gian Kẹp ĐMC, Thời gian ngưng tuần hoàn trong nghiên cứu này trung bình là: 219 ± 68 phút; 168 ± 57 phút; và 43 ± 29 phút. Các biến chứng thường gặp: Suy đa tạng 8.1%. Nhiễm trùng 18%. Suy tim 11.4%, Suy thận 14.7%, Suy gan 3.2%, Thần kinh tạm thời hoặc không hồi phục 21.3%. Chảy máu mổ lại 6.5%, Trần dịch màng phổi 24.5%, Mở khí quản 3.2%. Tỷ lệ tử vong sớm trong thời gian nằm viện là 13.1%; nhận thấy tình trạng suy thận cấp, nhiễm trùng, suy đa cơ quan là nguyên nhân tử vong hay gặp. So sánh với các tác giả khác có sự khác biệt, theo tác giả Kouchoukos tỷ lệ tử vong dao động khoảng 20%, theo Barvaria trong hơn 100 ca mổ thì tỷ lệ tử vong là 9.8% trong đó biến chứng thần kinh không hồi phục là 3%.

V. KẾT LUẬN

HC ĐMC là một cấp cứu ngoại khoa, cần được chẩn đoán sớm và can thiệp kịp thời; phẫu thuật trên ĐMC vẫn là một cuộc mổ nặng, nhiều nguy cơ. Trong hoàn cảnh VN hiện nay, mặc dù còn nhiều khó khăn và thử thách. Nghiên cứu này ghi nhận tỷ lệ tử vong 13.1%, cũng như các biến chứng: suy đa cơ quan, nhiễm trùng, suy thận, biến chứng thần kinh... là thường gặp. Nhưng những kết quả ban đầu đạt được trong điều trị ngoại khoa HC ĐMC là khả quan và khích lệ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vilacosta I, San Roman JA (2001), "Acute aortic syndrome", *Heart* (85), pp. 365–368.
2. 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.
3. Yoo et al (2010), "MDCT Evaluation of Acute Aortic Syndrome", *Radiol Clin N Am*, (48), pp. 67–83.
4. Yoshida (2003), "Thoracic Involvement of type A Aortic Dissection Diagnosis Accuracy - Comparison of Emergency Helical CT and Surgical Findings", *Radiology*, 228, pp. 430-435.

5. Kouchoukos N. (2007), "Optimization of aortic arch replacement with a one-stage approach", *Ann*

Thorac Surgery, 83, pp. 811-814.

ĐÁNH GIÁ CẢM QUAN CHẾ PHẨM TRÀ THẢO MỘC TỪ LÁ CHÈ VÀ QUẢ CỌ

Nguyễn Trần Hoàng Anh¹, Kiều Thanh Hằng¹

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá hình thức, màu sắc, hương, vị của chế phẩm trà thảo mộc từ lá chè và quả cọ. Lựa chọn công thức phù hợp tiến hành phân tích hóa tính tiếp theo. **Phương pháp:** Chế phẩm trà thảo mộc bao gồm thành phần chính là lá chè già, cùi quả cọ chín và các thành phần bổ sung gồm: cam thảo, râu ngô, hoa cúc trắng. Các tình nguyện viên đánh giá cảm quan về hình thức, màu sắc, hương, vị của 3 công thức chế phẩm khác nhau (CT1, CT2, CT3). Các hệ số cảm quan của hình thức, màu sắc, hương, vị lần lượt là: 1; 0,6; 1,2; 1,2. **Kết quả:** Điểm trung bình cảm quan của 3 công thức CT1, CT2, CT3 lần lượt là: 17,8±1,37; 17,7±0,97; 18,35±1,09. Cảm quan chung của những người tham gia thử nghiệm là màu sắc của nước trà từ 3 công thức đều có màu vàng sáng, trong và đẹp, hương thơm đượm, hài hòa và vị có nét đặc trưng, hình thức trà chưa được đẹp mắt. Công thức CT3 cho thấy hương vị trà đậm đà nhất. **Kết luận:** Nhận xét cảm quan chung về 3 công thức trà cho thấy công thức 3 (CT3) được lựa chọn phù hợp cho các phân tích tiếp theo.

Từ khóa: cảm quan, trà thảo mộc, lá chè, quả cọ

SUMMARY

SENSORY EVALUATION OF HERB TEA FROM CAMELLIA SINENSIS AND LIVISTONA SARIBUS

Objective: To evaluate the form, color, flavor and taste of herb tea from *Camellia sinensis* and *Livistona saribus*. Select the appropriate formula to carry out the next chemical analysis. **Method:** The herbal tea consists of the main ingredients were old *Camellia sinensis* leaves, ripe *Livistona saribus* fruit and supplementary ingredients: licorice, corn silk, white chrysanthemum flower. Volunteers evaluated the form, color, flavor, taste of 3 different recipes (CT1, CT2, CT3). Sensory coefficient of form, color, flavor and taste were: 1; 0.6; 1.2; 1.2. **Results:** The mean sensory score of CT1, CT2, CT3 were 17.8 ± 1.37; 17.7 ± 0.97; 18.35 ± 1.09. The general impression of the participants is that the color of the tea from the 3 formulas is bright yellow in color and beautiful, fragrant, harmonious and tasteful. Formula CT3 has showed the strongest tea flavor. **Conclusion:** The

formula 3 (CT3) had strongest tea flavor so that it was selected suitable for subsequent analysis.

Key words: Sensory, herb tea, *camellia sinensis*, *livistona saribus*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phú Thọ là vùng đất trung du nổi tiếng với hai sản vật đặc trưng là chè và cọ. Thành phần hóa học và dược tính của một số chất từ lá chè đã được công bố bởi các nhóm nghiên cứu trong nước và nước ngoài, mẫu chè sử dụng trong các nghiên cứu trong nước chủ yếu được thu thập từ Thái Nguyên. Đến nay, chưa có nghiên cứu nào có quy mô toàn diện về các hoạt tính sinh học của hai loài cây này trồng trên vùng đất Phú Thọ. Mặt khác, cây chè chủ yếu được khai thác lá non, lá bánh tẻ và búp non, còn lá chè già không được sử dụng như một nguồn nguyên liệu cho sản xuất. Điều này làm giảm hiệu suất và giá trị sử dụng của cây chè.

Đối với cọ, lá thường được người dân dùng để lợp nhà, chắn vách, lợp chuồng chăn nuôi, làm chổi, làm quạt. Thân cọ làm cột nhà, thân cầu khí, máng nước. Còn quả cọ thường dùng làm thực phẩm, nhưng nó cũng chỉ được coi là món ăn vặt, chưa đem lại nguồn thu nhập có giá trị cho người dân.

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 cảm quan 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.

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

¹Trường 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: 27.4.2018

Ngày duyệt bài: 3.5.2018

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.

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 thu mẫu và bảo quản mẫu: Các mẫu chè và cọ tươi được thu tại địa phương, rửa sạch và bảo quản trong đá lạnh rồi chuyển về phòng thí nghiệm bảo quản trong điều kiện lạnh sâu (-20°C) để đảm bảo mẫu không bị mất hoạt tính.

2.3.2. Phương pháp tạo và đánh giá sản phẩm trà thảo mộc: Chế phẩm trà thảo mộc bao gồm thành phần chính là lá chè già, cùi quả cọ chín và các thành phần bổ sung. Lá chè già và quả cọ chín (được gọt bỏ vỏ để làm giảm vị chát, tách lấy phần cùi) đều được sấy ở nhiệt độ 95°C trong 30 phút. Để cải tiến hương vị của chế phẩm trà, chúng tôi bổ sung thêm hỗn hợp gồm: Quả cọ, cam thảo, râu ngô và hoa cúc trắng (theo tỷ lệ 2 : 3 : 2 : 3). Hỗn hợp gồm 4 thành phần này được bổ sung với thành phần lá chè theo các tỷ lệ khác nhau của 3 công thức (CT1, CT2 và CT3) (bảng 1).

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 công thức trà nói trên được đánh giá theo các chỉ tiêu cảm quan của "Chè hương, chè hoa túi

lọc" được quy định trong Yêu cầu kỹ thuật của Tiêu chuẩn chè túi lọc 10TCN 459 - 2001 của Bộ NN&PTNT (Ban hành kèm theo Quyết định số 53/2001-QĐ-BNN-KHCN, ngày 07 tháng 05 năm 2001). Các công thức trà được đánh giá cảm quan bởi 120 người tình nguyện tham gia thử nghiệm bằng cách nếm và cho điểm theo bảng đánh giá dành cho Chè hương cao cấp (Phần phụ lục) theo thang điểm 20, với hệ số điểm được thiết kế ưu tiên cho hương vị trà như bảng sau.

Bảng 2. Hệ số điểm đánh giá cảm quan hương vị trà

	Hình thức	Màu sắc	Hương	Vị
Tiêu chí cảm quan	Mặt chè nhỏ, màu xanh, thoáng râu xơ	Vàng; tương đối sáng, sánh	Thơm đượm, đặc trưng, hài hoà	Chát tương đối dịu, đặc trưng, có hậu
Hệ số	1.0	0.6	1.2	1.2

Để tránh làm đục nước, các công thức chế phẩm trà thảo mộc CT1, CT2 và CT3 đều được đóng gói trong túi lọc. Các hỗn hợp trà của 3 công thức nói trên được ủ trong 200ml nước sôi trong khoảng 3 phút, nước trà được đánh giá cảm quan bởi những người tham gia thử nghiệm. Những tình nguyện viên được mời đến dự một buổi giới thiệu về các công thức trà và đánh giá, cho điểm theo cảm nhận của từng cá nhân độc lập.

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 sơ bộ các mẫu chè tại Phú Thọ: Chúng tôi đã tiến hành thu mẫu lá chè sạch tại các huyện Đoan Hùng, Thanh Sơn và Hạ Hòa. Mẫu quả cọ được thu tại huyện Cẩm Khê, tỉnh Phú Thọ. Nhằm đánh giá sơ bộ về tiềm năng của các chất có hoạt tính sinh học, chúng tôi đã thử so sánh khả năng kháng khuẩn của 3 nhóm mẫu chè thu được tại 3 địa điểm nói trên.

Kết quả đánh giá sơ bộ cho thấy nhóm mẫu lá chè thu được tại vùng chè sạch huyện Thanh

Sơn có khả năng cho kết quả tốt nhất về các hoạt tính sinh học, nhất là khả năng kháng khuẩn. Mặc dù sự khác biệt giữa ba nhóm mẫu chè không lớn. Tuy nhiên, từ kết quả này, chúng tôi quyết định sẽ thu mẫu chè tại Thanh Sơn cho các thí nghiệm tiếp theo.

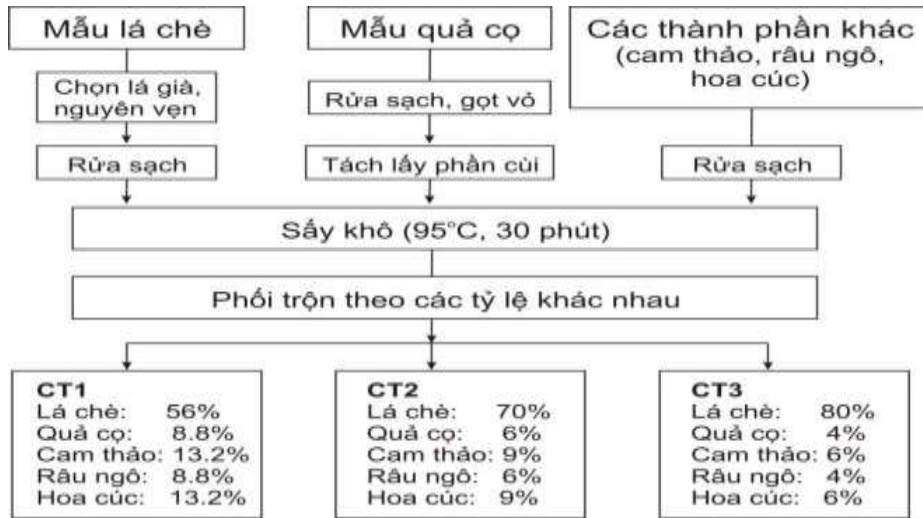
3.2. Đánh giá cảm quan chế phẩm trà thảo mộc: Ba công thức trà thảo mộc (CT1, CT2 và CT3) mà chúng tôi đã đề xuất trong phần Phương pháp nghiên cứu đã được thiết lập theo một quy trình đồng nhất như trong hình 1. Các thành phần tạo nên các công thức trà đều được xử lý như nhau, chỉ khác nhau về tỷ lệ trong hợp phần.

Mỗi túi lọc chứa 5g mỗi công thức trà thảo mộc khác nhau đã được ủ trong 200ml nước sôi trong thời gian 3 phút. Sau đó, các sản phẩm trà thảo mộc được đánh giá cảm quan với sự tham gia của những người tình nguyện (hình 2).

Bảng 3. Điểm đánh giá trung bình của 3 công thức trà khác nhau

Công thức	CT1	CT2	CT3
Điểm trung bình	17.8±1.37	17.7±0.97	18.35±1.09
Điểm tối đa	20	20	20

Điểm trung bình phản ánh kết quả đánh giá cảm quan của những tình nguyện viên được thống kê trong bảng 4 cho thấy công thức CT3 với tỷ lệ 80% lá chè sấy khô: 20% các thành phần bổ sung đã đạt được số điểm cao nhất 18.35±1.09/20 (bảng 3). Kết quả này phản ánh cảm nhận chung của những người tham gia thử nghiệm.



Hình 1. Quy trình tạo các công thức trà thảo mộc khác nhau





Hình 2. Tạo chế phẩm trà thảo mộc

(A) Lá chè được sấy trong tủ sấy. (B) Bình tam giác chứa các thành phần cam thảo, râu ngô và hoa cúc sấy khô và nghiền thành bột mịn; lá chè sấy khô. (C) Đóng gói chè và các thành phần khác vào trong túi lọc. (D) Nước trà thảo mộc sau khi pha từ 3 công thức thử nghiệm.

Nhận xét chung của những người tham gia thử nghiệm là màu sắc của nước trà từ 3 công thức đều có màu vàng sáng, trong và đẹp, hương thơm đượm, hài hoà và vị có nét đặc trưng. Tuy nhiên, hình thức trà chưa được đẹp mắt, cần phải cải tiến thêm trong khâu xử lý nguyên liệu. Trong đó, công thức CT3 cho thấy hương vị trà đậm đà nhất, còn hương vị của các thành phần khác chỉ thoảng thoảng. Trong khi công thức CT1 và CT2 thì hương vị của trà kém

đậm đà hơn, trong khi hương vị của các thành phần bổ sung lại khá nổi trội, làm lẫn át hương vị của trà xanh nguyên bản.

Từ kết quả trên, chế phẩm trà thảo mộc theo công thức CT3 sẽ được sử dụng trong các thí nghiệm tiếp theo để so sánh, đánh giá các hoạt tính sinh học của nó.

3.3. Đóng gói sản phẩm

Trà thảo mộc công thức CT3 được đóng gói thành sản phẩm đầu tay mang tên C&C với ý nghĩa đây là trà thảo mộc được tạo thành từ lá chè và quả cọ (hình 3). Hộp đựng được thiết kế bằng chất liệu giấy có kích thước 9 × 6 × 10cm, mỗi hộp chứa 10 gói trà đóng gói trong các túi lọc, mỗi túi lọc chứa 5g trà theo công thức CT3.



Hình 3. Logo và hộp sản phẩm đóng gói trà thảo mộc C&C

IV. BÀN LUẬN

Chế phẩm trà thảo mộc (CT3) gồm 80% lá chè già sấy khô và 20% các thành phần bổ sung (cùi quả cọ chín, cam thảo, râu ngô và hoa cúc trắng) đã cho kết quả đánh giá cảm quan tích cực của những người tham gia thử nghiệm.

KIẾN NGHỊ

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. Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn (2001). Quyết định v/v Ban hành tiêu chuẩn ngành. Số 18/2001/QĐ-BNN, ngày 7/3/2001.

2. Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn (2001). Quyết định v/v Ban hành tiêu chuẩn ngành. Số 53/2001/QĐ-BNN/KHCN, ngày 7/5/2001.

3. Giang Thị Kim Liên, Phan Tấn Hòa, Phạm Thị Ninh, Nguyễn Thế Anh, Trần Văn Sung (2011). Nghiên cứu thành phần hóa học và hoạt tính sinh học của quả Cọ xẻ *Livistona chinensis*, Tạp chí Hóa học, Hà Nội. T.49 (2ABC): 446-451.

4. Giang Trung Khoa, Nguyễn Thanh Hải, Ngô Xuân Mạnh, Nguyễn Thị Bích Thủy, Phạm Đức Nghĩa, Nguyễn Thị Oanh, Phan Thu Hương, P. Duez (2013). Ảnh hưởng của nguồn nguyên liệu đến thành phần hoá học cơ bản của giống chè Trung Du (*Camellia sinensis* var. *sinensis*). Tạp chí Khoa học & Phát triển, 11 (3): 373-379.

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. Nguyễn Duy Thịnh (2014). Giáo trình công nghệ chế biến chè. ĐH Bách khoa Hà Nội

7. Nguyễn Thị Hà (2005). Đề tài NCKH Cấp Bộ: "Nghiên cứu tác dụng của polyphenol chè xanh Việt Nam đến chuyển hóa lipid và trạng thái chống

oxy hóa trong máu chuột cống trắng gây đái tháo đường thực nghiệm". Bộ Y tế.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH LANG BEN Ở HỌC SINH LỨA TUỔI 11 - 15 TẠI HẢI PHÒNG NĂM 2016

Võ Thị Thanh Hiền¹, Đinh Thị Thanh Mai¹, Vũ Văn Thái¹, Nguyễn Thị Liên Hương², Đỗ Ngọc Ánh³, Nguyễn Duy Bắc³

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành tại 4 trường trung học cơ sở của thành phố Hải Phòng theo phương pháp mô tả cắt ngang. 1357 học sinh được khám và phỏng vấn kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh lang ben theo phiếu điều tra đã được thiết kế sẵn. Kết quả cho thấy học sinh có cơ địa ra mồ hôi nhiều có nguy cơ mắc bệnh lang ben cao gấp 1,395 lần, học sinh không dùng xà phòng rửa tắm khi tắm có nguy cơ mắc bệnh lang ben cao gấp 1,507 lần, gia đình học sinh nuôi chó mèo có nguy cơ mắc bệnh cao gấp 1,386 lần.

Từ khóa: bệnh lang ben, học sinh trung học cơ sở

SUMMARY

CORRELATION OF SOME FACTORS WITH PITYRIASIS VERSICOLOR ON STUDENTS AGED 11 - 15 IN HAI PHONG 2016

The study was conducted at 4 secondary schools in Hai Phong city by the cross-sectional descriptive method. 1357 students were examined and interviewed about the knowledge, attitudes and practices of pityriasis versicolor according to the pre-designed questionnaire. The results showed that students with a place of sweating had a 1.395 times higher risk of pityriasis versicolor. Students who did not use bath soap when bathing had a 1.507 times higher risk of pityriasis versicolor, the family of cats and dogs are 1.386 times more likely to develop pityriasis versicolor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lang ben (Pityriasis versicolor) là bệnh lý ở da gặp phổ biến ở người do nấm gây ra. Tại Việt Nam, bệnh lang ben khá phổ biến nhưng ít được quan tâm do bệnh thường không gây ra những ảnh hưởng lớn đến sức khỏe [3]. Ở đối tượng vị thành niên, bệnh thường không gây ra triệu chứng gì đặc biệt và người mắc thường chủ quan cho rằng bệnh sẽ tự khỏi khi qua tuổi dậy thì

nên bệnh lang ben thường có diễn biến kéo dài và hay tái phát.

Nguyên nhân gây bệnh lang ben do nấm men *Malassezia* sp. Nấm này thường tìm thấy ở những đối tượng mà đặc điểm cơ thể có các điều kiện thuận lợi như cơ địa ra mồ hôi nhiều, thay đổi thành phần hóa học của mồ hôi, tình trạng vệ sinh kém, không đủ nước sạch... [3],[7]. Ngoài ra, *Malassezia* sp. còn là tác nhân thứ phát làm nặng nề hơn tình trạng của một số bệnh da khác: viêm da tiết bã, viêm nang lông, viêm da cơ địa, bệnh vẩy nến và mụn trứng cá. Các nghiên cứu trước đây cho rằng *Malassezia* sp. chỉ gây bệnh trên da nhưng gần đây, *Malassezia* sp. có thể là một nguyên nhân gây nhiễm trùng toàn thân đặc biệt là ở trẻ sơ sinh, nuôi dưỡng bằng nhũ tương lipid, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm và đặc biệt ở những bệnh nhân suy giảm miễn dịch.

Ở nước ta nói chung và Hải Phòng nói riêng, chưa có nhiều nghiên cứu tìm hiểu về các yếu tố liên quan đến bệnh lang ben ở lứa tuổi thanh thiếu niên. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Mô tả một số yếu tố liên quan đến bệnh lang ben ở học sinh 11 - 15 tuổi tại Hải Phòng năm 2016.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.1.1. *Đối tượng nghiên cứu:* Học sinh trung học cơ sở lứa tuổi 11 -15 tại Hải Phòng.

***Tiêu chuẩn chẩn đoán:** học sinh được chẩn đoán bệnh lang ben [1] khi

- *Lâm sàng:* có các dát màu hồng, nâu hoặc trắng ở trên da, bề mặt có những vảy cám mỏng, cạo có dấu hiệu "vỏ bào" ở vị trí mặt, cổ, lưng, ngực, bụng, tay, chân, da đầu.

- *Xét nghiệm:* soi tươi với xanh methylen thấy những sợi nấm ngắn, to và những đám bào tử hình quả lê màu sáng trong tập trung thành từng đám.

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

- Không dùng thuốc kháng nấm dạng bôi trước đó 7 ngày và không dùng thuốc kháng nấm dạng uống trước đó 1 tháng.

¹Trường Đại học Y Dược Hải Phòng,

²Cục quản lý môi trường Bộ Y tế

³Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Bắc

Email: bac_hvqy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 4.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2018

Ngày duyệt bài: 3.5.2018

- Học sinh và phụ huynh học sinh đồng ý tham gia nghiên cứu.

***Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Dùng thuốc kháng nấm dạng bôi trước đó 7 ngày hoặc dùng thuốc kháng nấm dạng uống trước đó 1 tháng.

- Học sinh và/hoặc phụ huynh học sinh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Địa điểm nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành tại 4 trường trung học cơ sở của thành phố Hải Phòng:

+ 2 trường thuộc khu vực nội thành: Trường THCS Vĩnh Niệm, phường Vĩnh Niệm, quận Lê Chân và Trường THCS Lạc Viên, phường Máy Chai, quận Ngô Quyền.

+ 2 trường thuộc khu vực ngoại thành: Trường THCS Quang Hưng, xã Quang Hưng, huyện An Lão và Trường THCS Đoàn Xá, xã Đoàn Xá, huyện Kiến Thụy.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 08/2016 đến tháng 05/2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Theo phương pháp mô tả cắt ngang.

***Cỡ mẫu:** Cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu mô tả cắt ngang đo lường tỷ lệ mắc bệnh lang ben được áp dụng theo công thức [2]:

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

- n : cỡ mẫu tối thiểu cần nghiên cứu

- $Z_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy, với $\alpha = 0,05$, độ tin cậy 95% thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

- p: tỷ lệ bệnh lang ben ước tính của quần thể, chọn p = 0,074 (tỷ lệ bệnh lang ben của cán bộ công nhân viên 4 mỏ than tại Thái Nguyên của Nguyễn Quý Thái [7]).

- q: tỷ lệ không nhiễm lang ben, q = 0,926.

- d: là độ chính xác tuyệt đối mong muốn (d = 0,05). Như vậy cỡ mẫu tối thiểu cho nghiên cứu ở một trường là 105. Cỡ mẫu cho cả 4 trường là 105 x 4 = 420. Thực tế chúng tôi đã nghiên cứu 1357 học sinh.

***Cách chọn mẫu:** Liệt kê danh sách các trường THCS thuộc nội thành và ngoại thành. Từ danh sách này, chọn ngẫu nhiên mỗi khu vực 2 trường: nội thành (Trường THCS Lạc Viên và

Trường THCS Vĩnh Niệm), ngoại thành (Trường THCS Đoàn Xá và Trường THCS Quang Hưng).

+ Trường THCS Đoàn Xá, Vĩnh Niệm, Quang Hưng: do số lượng lớp và học sinh ít nên chúng tôi lấy toàn bộ học sinh đang theo học tại 3 trường này đưa vào nghiên cứu.

+ Trường THCS Lạc Viên: lập danh sách lớp theo 4 khối 6, 7, 8, 9. Chọn ngẫu nhiên 2 lớp khối 6 và 3 lớp khối 7, 3 lớp khối 8 và 3 lớp khối 9. Lấy toàn bộ học sinh ở mỗi lớp đưa vào nghiên cứu.

2.3. Nội dung nghiên cứu: Mô tả một số yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm nấm lang ben: giới tính, cơ địa ra mồ hôi nhiều, kiến thức về bệnh lang ben, thái độ khi mắc bệnh lang ben, thực hành phòng chống bệnh lang ben: tắm ngay khi đi học về, dùng xà phòng khi tắm, dùng chung quần áo với người thân, ngủ chung, giặt quần áo hàng ngày...

2.5. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định tính được mô tả dưới dạng % và được trình bày dưới dạng bảng và biểu đồ. So sánh sự khác biệt về các biến định tính bằng test χ^2 với mức ý nghĩa 5%, khoảng tin cậy 95%. Tính toán tỷ suất chênh OR với khoảng tin cậy 95% giữa các yếu tố về cơ địa, giới tính, kiến thức, thái độ, thực hành với bệnh lang ben.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua khám lâm sàng, làm xét nghiệm trực tiếp với xanhmetylen, nuôi cấy nấm trên môi trường CHROMagar™ *Malassezia* đã xác định được 293 học sinh mắc bệnh lang ben chiếm tỷ lệ 21,6%.

Bảng 3.1. Phân bố nhiễm nấm Malassezia sp. gây lang ben theo tiền sử mắc bệnh

	Tiền sử bản thân		Tiền sử gia đình	
	n	%	n	%
Có	22	7,5	15	5,1
Không	271	92,5	278	94,9
Tổng	293	100,0	293	100,0

Nhận xét: có 22 học sinh (7,5%) có tiền sử mắc bệnh lang ben trước đó. 15 học sinh (5,1%) nhiễm nấm *Malassezia* sp. có người thân trong gia đình cũng mắc bệnh lang ben.

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa bệnh lang ben với cơ địa và giới tính của học sinh

Kiến thức		Nhiễm nấm						
		Có		Không		Tổng		
		SL	%	SL	%	SL	%	
Ra mồ hôi nhiều	Có	189	64,5	602	56,6	791	58,3	p < 0,05 OR = 1,395 (1,07 - 1,82)
	Không	104	35,5	462	43,4	566	41,7	
	Tổng	293	100,0	1064	100,0	1357	100,0	

Giới tính	Nam	150	51,2	540	50,8	690	50,8	p > 0,05 OR = 1,018 (0,79 - 1,32)
	Nữ	143	48,8	524	49,2	667	49,2	
	Tổng	293	100,0	1064	100,0	1357	100,0	

Nhận xét: - Có mối liên quan giữa bệnh lang ben với cơ địa ra mồ hôi nhiều của học sinh. Học sinh ra mồ hôi nhiều có nguy cơ mắc bệnh lang ben cao gấp 1,395 lần so với các học sinh không ra mồ hôi (p < 0,05).

- Không có sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh lang ben giữa 2 giới.

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa bệnh lang ben với kiến thức của học sinh

Kiến thức		Nhiễm nấm						
		Có		Không		Tổng		
		SL	%	SL	%	SL	%	
Biết bệnh LB	Không	191	65,2	715	67,2	906	66,8	p > 0,05 OR = 0,914 (0,70 - 1,20)
	Có	102	34,8	349	33,2	451	33,2	
	Tổng	293	100,0	1064	100,0	1357	100,0	
Biết tác nhân LB	Không	233	79,5	860	80,8	1093	80,5	p > 0,05 OR = 0,921 (0,67 - 1,27)
	Có	60	20,5	204	19,2	264	19,5	
	Tổng	293	100,0	1064	100,0	1357	100,0	
Biết khả năng lây	Không	278	94,9	995	93,5	1273	93,8	p > 0,05 OR = 1,285 (0,72 - 2,28)
	Có	15	5,1	69	6,5	84	6,2	
	Tổng	293	100,0	1064	100,0	1357	100,0	
Biết biểu hiện	Không	218	74,4	796	74,8	1014	74,7	p > 0,05 OR = 0,979 (0,73 - 1,32)
	Có	75	25,6	268	25,2	343	25,3	
	Tổng	293	100,0	1064	100,0	1357	100,0	
Cần điều trị	Không	196	66,9	739	69,5	935	68,5	p > 0,05 OR = 0,889 (0,67 - 1,17)
	Có	97	33,1	325	30,5	442	31,1	
	Tổng	293	100,0	1064	100,0	1357	100,0	
Điều trị khỏi	Không	211	72,0	780	73,3	991	73,0	p > 0,05 OR = 0,937 (0,70 - 1,25)
	Có	82	28,0	284	26,7	366	27,0	
	Tổng	293	100,0	1064	100,0	1357	100,0	
Phòng bệnh	Không	214	73,0	777	73,0	991	73,0	p > 0,05 OR = 1,001 (0,75 - 1,34)
	Có	79	27,0	287	27,0	366	27,0	
	Tổng	293	100,0	1064	100,0	1357	100,0	

Nhận xét: Không tìm thấy mối liên quan giữa bệnh lang ben với kiến thức của học sinh về bệnh lang ben.

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa bệnh lang ben với thái độ của học sinh

Thái độ	Nhiễm nấm						
	Có		Không		Tổng		
	SL	%	SL	%	SL	%	
Chưa đúng	42	14,3	128	12,0	170	12,5	p > 0,05, OR = 1,224 (0,84 - 1,78)
Đúng	251	85,7	936	88,0	1187	87,5	
Tổng	293	100,0	1064	100,0	1357	100,0	

Nhận xét: Không tìm thấy mối liên quan giữa bệnh lang ben với thái độ của học sinh về bệnh lang ben.

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa bệnh lang ben với thực hành của học sinh

Kiến thức		Nhiễm nấm						
		Có		Không		Tổng		
		SL	%	SL	%	SL	%	
Tắm ngay	Không	142	48,5	521	49,0	663	48,9	p > 0,05 OR = 0,98 (0,76 - 1,27)
	Có	151	51,5	543	51,0	694	51,1	
	Tổng	293	100,0	1064	100,0	1357	100,0	
Dùng xà phòng	Không	46	15,7	117	11,0	163	12,0	p < 0,05 OR = 1,507 (1,04 - 2,18)
	Có	247	84,3	947	89,0	1194	88,0	
	Tổng	293	100,0	1064	100,0	1357	100,0	
Giặt hàng	Không	93	31,7	323	30,4	416	30,7	p > 0,05 OR = 1,067
	Có	200	68,3	741	69,6	941	69,3	

ngày	Tổng	293	100,0	1064	100,0	1357	100,0	(0,81 - 1,41)
Mặc chung	Có	11	3,8	54	5,1	65	4,8	p > 0,05 OR = 0,73 (0,38 - 1,41)
	Không	282	96,2	1010	94,9	1292	95,2	
	Tổng	293	100,0	1064	100,0	1357	100,0	
Ngủ chung	Có	147	50,2	501	47,1	648	47,8	p > 0,05 OR = 1,131 (0,87 - 1,47)
	Không	146	49,8	563	52,9	709	52,2	
	Tổng	293	100,0	1064	100,0	1357	100,0	
Nuôi chó mèo	Có	151	51,5	462	43,4	613	45,2	p < 0,05 OR = 1,386 (1,07 - 1,80)
	Không	142	48,5	602	56,6	744	54,8	
	Tổng	293	100,0	1064	100,0	1357	100,0	

Nhận xét: - Có mối liên quan giữa việc dùng xà phòng tắm với bệnh lang ben. Tỷ lệ mắc bệnh lang ben ở học sinh không dùng xà phòng tắm cao gấp 1,5 lần so với học sinh dùng xà phòng tắm (CI95% = 1,04 - 2,18, p < 0,05).

- Có mối liên quan giữa việc nuôi chó mèo với bệnh lang ben. Gia đình học sinh nuôi chó mèo có nguy cơ mắc bệnh lang ben cao gấp 1,4 lần so với gia đình học sinh không nuôi chó mèo có ý nghĩa thống kê với p < 0,05 (CI95% = 1,04 - 2,18).

- Chưa tìm thấy sự khác biệt giữa việc tắm, giặt quần áo, mặc chung quần áo và ngủ chung với tình trạng mắc bệnh lang ben.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa cơ địa ra mồ hôi nhiều với bệnh lang ben. Học sinh có cơ địa ra mồ hôi nhiều có nguy cơ mắc bệnh lang ben cao gấp 1,4 lần so với học sinh khác có ý nghĩa thống kê với p < 0,05 (bảng 3.2). Về vấn đề này, Nguyễn Văn Hiếu [4] cũng cho rằng cơ địa tăng tiết mồ hôi là yếu tố thuận lợi cho bệnh lang ben. Badri cũng cho rằng tăng tiết mồ hôi là yếu tố liên quan đến mắc bệnh lang ben. Trong nghiên cứu này 73% bệnh nhân có cơ địa ra mồ hôi nhiều.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ mắc bệnh lang ben không có sự khác biệt giữa hai giới. Tuy nhiên, trong nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ gây tái phát lang ben thì Hoàng Văn Minh [5] lại cho rằng nam có nguy cơ tái phát lang ben cao hơn nữ gấp 2,16 lần. Có thể là do nam tuân thủ điều trị không tốt bằng nữ.

Chúng tôi không tìm thấy yếu tố liên quan khi nghiên cứu về mối liên quan giữa kiến thức và thái độ của học sinh về bệnh lang ben (bảng 3.3 và 3.4). Tuy nhiên có mối liên quan giữa bệnh lang ben với việc không dùng xà phòng, sữa tắm khi tắm và trong gia đình có nuôi chó mèo (bảng 3.5). Học sinh không dùng xà phòng, sữa tắm khi tắm có nguy cơ mắc bệnh lang ben cao gấp 1,5 lần so với học sinh có dùng xà phòng, sữa tắm. Xà phòng, sữa tắm có tác dụng loại bỏ chất bã nhờn trên da một cách có hiệu quả, vì vậy đã

loại bỏ được môi trường thích hợp cho nấm lang ben phát triển. Gia đình học sinh nuôi chó mèo có nguy cơ mắc bệnh lang ben cao gấp 1,4 lần. Lý giải điều này, các nghiên cứu trên thế giới cho thấy rằng nấm mem *Malassezia* sp. tồn tại trên da nhiều loài động vật và đây là nguồn lây cho cộng đồng.

Theo y văn, việc dùng chung các đồ dùng cá nhân cũng là yếu tố nguy cơ gây lang ben nhưng trong nghiên cứu này chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan này.

Trong số 293 học sinh mắc bệnh lang ben chỉ có 15 học sinh chiếm tỷ lệ 5,1% có người thân trong gia đình mắc bệnh lang ben. Theo nghiên cứu của He SM tại tỉnh An Huy, Trung Quốc, trong 503 bệnh nhân lang ben có 106 bệnh nhân có người thân trong gia đình cũng mắc bệnh lang ben chiếm tỷ lệ 21,1% năm 2005. Tác giả này đã chứng minh được rằng bệnh lang ben có tính di truyền nhưng tính di truyền thấp dưới 70% nên yếu tố môi trường vẫn đóng một vai trò quan trọng trong sự phát triển của bệnh. Theo nghiên cứu của Ingordo năm 2003 trên đối tượng là thủy thủ, tác giả này không tìm thấy mối liên quan giữa bệnh lang ben với hoạt động thể dục thể thao, tham gia bơi lội nhưng có mối liên quan giữa bệnh lang ben với tiền sử mắc bệnh lang ben trước đó (OR = 8,7, p < 0,01).

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã xác định được một số yếu tố có liên quan đến tình trạng mắc bệnh lang ben là: cơ địa ra mồ hôi nhiều (OR = 1,395, p < 0,05), không dùng xà phòng hoặc sữa tắm (OR = 1,507, p < 0,05) và gia đình học sinh nuôi chó mèo (OR = 1,386, p < 0,05). Các yếu tố khác chưa tìm thấy có sự liên quan với tình trạng mắc bệnh lang ben.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu*, tr.43 - 45.
2. Phạm Ngọc Đình (2013), *Dịch tễ học (Giáo trình giảng dạy sau đại học)*, Viện Vệ sinh dịch tễ Trung Ương, Nhà xuất bản y học, tr.20.

3. **Trần Thanh Dương (2015)**, *Dịch tễ học ký sinh trùng y học (Giáo trình giảng dạy sau đại học)*, Viện Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng Trung Ương, Nhà xuất bản y học, tr.393 - 394.
4. **Nguyễn Văn Hiếu (2016)**, *Đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố thuận lợi của bệnh lang ben tại bệnh viện da liễu Trung Ương từ tháng 7/2015 đến tháng 5/2016*, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ đa khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Hoàng Văn Minh, Bùi Văn Đức, Võ Quang Đỉnh (2003)**, "Khảo sát một số yếu tố nguy cơ

trên bệnh lang ben tái phát", *Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh*. 7(1), tr. 190 - 193.

6. **Nguyễn Đình Nga (2006)**, *Nghiên cứu một số cây thuốc kháng vi nấm gây bệnh lang ben*, Luận án tiến sỹ dược học, Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
7. **Lê Bách Quang (2005)**, *Ký sinh trùng và côn trùng y học (Giáo trình giảng dạy sau đại học)*, Bộ môn Sốt rét - Ký sinh trùng - Côn trùng, Học viện Quân Y, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, tr.528 - 530.

ĐẶC ĐIỂM ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ Ở BỆNH NHÂN ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN NỘI TIẾT TRUNG ƯƠNG NĂM 2017

Vũ Cao Cường¹, Ninh Thị Nhung¹,
Phan Hương Dương², Nguyễn Trọng Hưng³

TÓM TẮT

Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm xác định đặc điểm đái tháo đường thai kỳ (chỉ số nhân trắc, chỉ số hóa sinh và một số yếu tố nguy cơ) của 125 thai phụ khám và điều trị tại bệnh viện Nội tiết Trung ương 2017. Kết quả cho thấy: chỉ số khối cơ thể (BMI) trung bình của thai phụ là $22,2 \pm 1,3$, trong đó BMI < 18,5 chiếm 0,8%, BMI từ 18,5 - 22,9 chiếm 68,0%; BMI ≥ 23 chiếm 31,2%. Tỷ lệ thai phụ đái tháo đường thai kỳ được chẩn đoán dựa vào glucose máu sau 2 giờ cao nhất chiếm 88%, tỷ lệ bệnh nhân tăng triglyceride cao chiếm 92,8%; tỉ lệ tăng cholesterol chiếm 38,4%; tỉ lệ tăng LDL 73,6%. Có 90,8% thai phụ có tuổi mang thai > 25 tuổi, tiền sử sản khoa bất thường chếm 41,6%, tiền sử gia đình ĐTĐ 20,0%, tiền sử thừa cân béo phì chiếm 31,2% và tiền sử sinh con $\geq 4000g$ là 7,2%.

Từ khóa: Đái tháo đường thai kỳ, BMI, bệnh viện Nội tiết Trung ương.

SUMMARY

CHARACTERISTICS GESTATIONAL DIABETES MELLITUS OF THE PATIENTS WHO CHECKED-UP AT NATIONAL HOSPITAL OF ENDOCRINOLOGY IN 2017

Using a cross-sectional descriptive research method; Characteristics of gestational diabetes (anthropometric, biochemical and some risk factors) of 125 pregnant women examined and treated at the National Hospital of Endocrinology in 2017. The results showed that the average Body mass index (BMI) was 22.2 ± 1.3 , in which BMI < 18.5 was 0.8%, BMI from 18.5 to 22.9 was 68.0%; BMI ≥ 23 was 31.2%. The

rate of gestational diabetes mellitus diagnosed based on blood glucose after 2 hours was 88%, the proportion of patients with hypertriglyceridaemia was 92.8%; the rate of cholesterol increased 38.4%; LDL rate increased by 73.6%. There were 90.8% pregnant women aged > 25 years, abnormal obstetric history 41.6%, family history of diabetes 20.0%, history of overweight obesity 31.2% and having a birth history of $\geq 4,000g$ was 7.2%.

Key words: gestational diabetes mellitus (GDM), BMI, National Hospital of Endocrinology

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là một thể đặc biệt của đái tháo đường, là bệnh rối loạn chuyển hóa hay gặp trong thai kỳ, bệnh có xu hướng ngày càng tăng, đặc biệt là khu vực châu Á - Thái Bình Dương, trong đó có Việt Nam. Tỷ lệ ĐTĐTK thay đổi tùy thuộc vào tiêu chuẩn chẩn đoán, chủng tộc, địa lý, đặc điểm dân cư. Ở Mỹ ước tính mỗi năm ĐTĐTK ảnh hưởng đến khoảng 170.000 thai phụ chiếm tỷ lệ 1-14%, tỷ lệ mắc ĐTĐTK tại Việt Nam khoảng 3,6-39,0%. Năm 2012, theo tác giả Nguyễn Lê Hương và Đỗ Quan Hà tỷ lệ ĐTĐTK là 11,4% qua nghiên cứu sàng lọc trên 429 sản phụ tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương, tác giả Nguyễn Khoa Diệu Vân và Thái Thị Thanh Thúy tại khoa Sản bệnh viện Bạch Mai thấy tỉ lệ mắc đái tháo đường thai kì là 39%[1]. Năm 2015, tác giả Nguyễn Thị Mai Phương đã chỉ ra tỷ lệ ĐTĐTK là 37,4% theo tiêu chuẩn chẩn đoán ADA 2012[2]

Đái tháo đường thai kỳ nếu không được chẩn đoán và điều trị sẽ gây tai biến cho mẹ và con như tiền sản giật, mổ đẻ do thai nhi to, sảy thai, thai lưu, ngạt sơ sinh, tử vong chu sinh..... Trẻ sơ sinh của những bà mẹ mắc ĐTĐTK có nguy cơ bị hạ glucose máu, hạ canxi máu, tăng hồng cầu và vàng da; khi trẻ đến tuổi dậy thì dễ bị

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Bệnh viện Nội tiết Trung ương

³Viện Dinh Dưỡng

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Cao Cường

Email: caocuongytb@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2018

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2018

Ngày duyệt bài: 4.5.2018

béo phì, rối loạn dung nạp glucose máu và đái tháo đường. Nguy cơ đối với thai phụ mắc ĐTĐTK là tăng huyết áp và đặc biệt là đái tháo đường type II thực sự sau này.

Hội nghị Quốc tế lần thứ IV về ĐTĐTK tại Mỹ khuyến cáo, phụ nữ thừa cân, béo phì trước khi mang thai, người có tiền sử đẻ con to trên 400gr, tiền sử gia đình ĐTĐ thể hệ 1, là những đối tượng có nguy cơ cao mắc ĐTĐTK. Thai phụ có một trong các yếu tố nguy cơ mức trung bình sẽ được sàng lọc ĐTĐTK [1]. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Mô tả đặc điểm đái tháo đường thai kỳ (chỉ số nhân trắc, chỉ số hóa sinh và một số yếu tố nguy cơ) của thai phụ đến khám tại bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

1.1. Đối tượng nghiên cứu: Là các thai phụ đến khám và điều trị tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương được chẩn đoán là đái tháo đường thai kỳ theo tiêu chuẩn của ADA năm 2017.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các trường hợp đã được chẩn đoán ĐTĐ từ trước khi có thai.

- Đang mắc các bệnh có ảnh hưởng đến chuyển hoá glucose: cường giáp, suy giáp, Cushing, suy thận, u tuỷ thượng thận, hội chứng Conn, to đầu chi, bệnh lý gan.

- Đang sử dụng các thuốc ảnh hưởng đến chuyển hoá glucid: corticoid, salbutamol, thuốc chẹn giao cảm, lợi tiểu nhóm thiazid.

- Đang mắc các bệnh cấp tính: nhiễm khuẩn, lao phổi...

- Các thai phụ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2 Phương pháp nghiên cứu

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

2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu để mô tả đặc điểm của bệnh nhân đái tháo đường thai kỳ

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

Trong đó: n: Cỡ mẫu tính theo công thức

Z: Hệ số tin cậy, ở ngưỡng $\alpha = 0,05$; tra bảng ta có Z = 1,96

p: Tỷ lệ phụ nữ có nguy cơ cao bị ĐTĐ thai kỳ là 28% theo tác giả Nguyễn Thị Kim Chi và cộng sự.

ϵ : Độ chính xác tương đối so với p, ϵ được lấy ở mức 0,3

Ta tính được cỡ mẫu n=110 người. thực tế là 125 người

2.3. Tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu Chỉ số khối cơ thể (BMI) được tính theo

công thức: BMI = Cân nặng (kg)/(Chiều cao)² (m). Đánh giá chỉ số khối cơ thể dựa theo cách phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới khu vực Tây Thái Bình Dương khuyến nghị cho người Châu Á.

BMI <18,5 Thiếu năng lượng trường điển

BMI 18,5-22,9 Bình thường

BMI ≥ 23 Thừa cân

BMI 23 -24,9 Tiền béo phì

BMI 25 – 29,9 Béo phì độ I

BMI ≥ 30 Béo phì độ II

- Tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ theo Hội Đái tháo đường Hoa kỳ (ADA) 2017

Tổ chức	Glucose máu (mmol/l)		
	Đói	Sau 1 giờ	Sau 2 giờ
Glucose 75 gam	≥ 5,1	≥ 10,0	≥ 8,5

Chẩn đoán xác định ĐTĐTK theo tiêu chuẩn của ADA nếu có ít nhất một rối loạn trong 3 thời điểm.

- Tiêu chuẩn đánh giá lipid máu ở mức ngoài giới hạn bình thường: Theo tiêu chuẩn của Trinder 1969:

- Cholesterol TP >5,2mmol/l, Triglycerid > 2,3mmol/l, HDL- C < 0,9mmol/l, LDL-C: >= 3,4mmol/l

2.4. Nhập và xử lý số liệu: Nhập liệu bằng chương trình EPI DATA. Phân tích số liệu được tiến hành bằng chương trình SPSS 13.0 với các test thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng tham gia nghiên cứu

Thông tin		Hà Nội (n=103)		Khu vực khác(n=22)		Chung(n=125)	
		n	%	n	%	n	%
Trình độ học vấn	Trung học cơ sở, phổ thông	19	18,4	7	31,8	26	20,8
	Cao đẳng - Đại học	75	72,9	15	68,2	90	72,0
	Sau đại học	9	8,7	0	0,0	9	7,2
Nghề nghiệp	Nội trợ/ không có việc	5	4,9	1	4,5	6	4,8
	Công nhân, viên chức	75	72,8	16	72,7	91	72,8
	Sản xuất kinh doanh, buôn bán	20	19,4	4	18,2	24	19,2
	Khác	3	2,9	1	4,5	4	3,2

Kết quả bảng 1 cho thấy: - Trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu tương đối cao, nhóm có trình độ Cao đẳng - Đại học là cao nhất chiếm 72%, nhóm tốt nghiệp Trung học cơ sở, trung học phổ thông chiếm 20,8%.

- Phân bố nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu như sau: bệnh nhân có nghề nghiệp công nhân, viên chức nhà nước (công chức, viên chức, công nhân, nhân viên văn phòng) cao nhất chiếm 72,8%, tiếp theo là nhóm sản xuất kinh doanh, buôn bán chiếm 19,2%.

Bảng 2. Chỉ số khối cơ thể (BMI) của đối tượng nghiên cứu trước khi mang thai

BMI	n	Tỷ lệ %	X Tuổi	X BMI (kg/m ²)
< 18,5	1	0,8	27,0	18,3
18,5 -22,9	85	68,0	29,4±5,4	21,6±0,8
≥ 23	39	31,2	31,1±4,5	23,7±0,7
Chung	125	100,0	29,9±5,1	22,2 ± 1,3

Kết quả bảng 2 cho thấy chỉ có 01 thai phụ có BMI < 18,5 chiếm 0,8%, thai phụ có BMI từ 18,5 -22,9 nhiều nhất 68,0%; thai phụ có BMI ≥ 23 chiếm 31,2%. BMI trung bình của thai phụ là 22,2 ± 1,3.

Bảng 3. Tỷ lệ đối tượng được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ sau xét nghiệm glucose huyết theo tuổi thai

Tăng Glucose huyết	3 tháng giữa		3 tháng cuối		Chung	
	n	%	n	%	n	%
Lúc đói (mmol/l)	10	35,7	33	34,0	43	34,4
Sau 1 giờ (mmol/l)	19	67,9	67	69,1	86	68,8
Sau 2 giờ (mmol/l)	26	92,9	84	86,6	110	88,0

Kết quả bảng 3 tỷ lệ thai phụ ĐTĐTK được chẩn đoán dựa vào glucose máu sau 2 giờ cao nhất chiếm 88%.

Bảng 4. Tỷ lệ phụ nữ đái tháo đường thai nghén có tăng một số chỉ số sinh hóa (n=125)

Chỉ số	n	Tỷ lệ (%)
Triglycerid > 2,3 mmol/l	116	92,8
Cholesterol TP ≥ 5,2 mmol/l	48	38,4
LDL-C ≥ 3,4 mmol/l	92	73,6
GOT > 40UI/l	5	4,0
GPT > 40UI/l	7	5,6

Kết quả bảng 4 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân tăng triglyceride chiếm tỉ lệ 92,8%; tăng cholesterol TP tỉ lệ 38,4%; tăng LDL-C 73,6%.

Bảng 5. Tỷ lệ đối tượng mắc các yếu tố nguy cơ đái tháo đường thai kỳ theo tuổi thai (n=125)

Các yếu tố nguy cơ	n	Tỷ lệ (%)
Tuổi có thai > 25	101	80,8
Tiền sử sản khoa bất thường	52	41,6
Tiền sử gia đình ĐTĐ	25	20,0
Tiền sử BMI ≥ 23 trước mang thai	39	31,2
Sinh con lần trước ≥ 4000g	9	7,2

Kết quả bảng 5: Tỷ lệ thai phụ có tuổi mang thai > 25 tuổi có tỷ lệ cao nhất chiếm 80,8%, tiếp đến là nhóm có tiền sử sản khoa bất thường 41,6%, tiền sử gia đình ĐTĐ 20,0%, tiền sử thừa cân béo phì chiếm 31,2% và tiền sử sinh con ≥ 4000g là 7,2%.

Bảng 6. Tỷ lệ các tiền sử sản khoa bất thường ở lần sinh trước của thai phụ theo tuổi thai (n=52)

Tiền sử sản khoa bất thường	3 tháng giữa (n=18)		3 tháng cuối (n=34)		Chung (n=52)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Sảy thai liên tiếp	1	5,6	8	23,5	9	17,3
Đẻ non	5	27,8	5	14,7	10	19,2
Thai chết lưu	10	55,6	15	44,1	25	48,1
Sinh con ≥ 4000g	2	11,1	7	20,6	9	17,3
Con dị tật	0	0,0	1	2,9	1	1,9
Tử vong chu sinh	0	0,0	1	2,9	1	1,9

Đái tháo đường thai kỳ	0	0,0	1	2,9	1	1,9
Tiền sản giật/sản giật	0	0,0	1	2,9	1	1,9
Buồng trứng đa nang	0	0,0	1	2,9	1	1,9
Khác	0	0,0	1	2,9	1	1,9

Kết quả bảng 6 cho thấy trong 52 thai phụ có tiền sử sản khoa bất thường chúng ta thấy tỷ lệ thai phụ có tiền sử thai chết lưu cao nhất chiếm 48,1 %, nhóm sinh con $\geq 4000g$ chiếm 17,3%.

IV. BÀN LUẬN

So sánh với một số kết quả nghiên cứu khác trên phụ nữ mang thai ở Việt Nam về BMI trung bình và tỷ lệ thừa cân béo phì, theo tác giả Tạ Thùy Linh (2015) tại khoa Nội tiết - Đái tháo đường bệnh viện Bạch Mai BMI trung bình là $21,36 \pm 2,41 \text{ kg/m}^2$, trong đó nhóm có BMI trong khoảng $18,5 - 23 \text{ kg/m}^2$ chiếm tỉ lệ chủ yếu là 72,4%, nhóm có BMI $\geq 23 \text{ kg/m}^2$ chiếm tỉ lệ 20% [2], tác giả Ngô Thị Hoài (2017) thấy BMI trung bình của nhóm ĐTĐTK là $21,85 \pm 3,21 \text{ kg/m}^2$ [3]. Chúng tôi thấy BMI trung bình trong đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có BMI trung bình cao hơn ($22,2 \pm 1,3$) có thể do đối tượng nghiên cứu có địa dư tại Hà Nội chiếm tỷ lệ rất cao.

Thai phụ ĐTĐTK được chẩn đoán dựa vào glucose máu sau 2 giờ cao nhất chiếm 88%, tỷ lệ bệnh nhân tăng triglyceride chiếm tỉ lệ 92,8%; tăng cholesterol tỉ lệ 38,4%; tăng LDL 73,6%. Khi so sánh với kết quả nghiên cứu của các giả Ngô Thị Hoài (2017) tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương Tỷ lệ phụ nữ ĐTĐTK được chẩn đoán dựa vào glucose máu sau 2 giờ cao nhất (78,0%) [3], tác giả Vũ Thị Hiền Trinh (2013) tỷ lệ bệnh nhân tăng triglyceride có tỉ lệ tương đối cao 90,1%; tăng cholesterol tỉ lệ 56%; tăng LDL-C 38,5% [4].

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc đái tháo đường của gia đình thai phụ (bố, mẹ đẻ, anh, chị, em ruột của thai phụ) cao nhất chiếm là 20,0%, tỷ lệ mắc bệnh mạn tính thừa cân béo phì của thai phụ là 17,6%, tỷ lệ thai phụ có tuổi mang thai > 25 tuổi có tỷ lệ cao nhất chiếm 80,8%, tiếp đến là nhóm có tiền sử sản khoa bất thường chiếm 41,6%, tiền sử thừa cân béo phì chiếm 31,2% và tiền sử sinh con $\geq 4000g$ là 7,2%. Tác giả Nguyễn Thị Kim Liên (2010) khi nghiên cứu nhóm thai phụ có yếu tố nguy cơ cao tại Bệnh viện Phụ sản trung ương thấy thai phụ mắc ĐTĐTK có tuổi ≥ 25 chiếm 91,8%, trong 160 thai phụ nghiên cứu có 22 thai phụ đẻ con có cân nặng $\geq 4000g$ chiếm tỷ lệ 13,8%, đặc biệt có 01 thai phụ sinh con 4700g chiếm tỷ lệ 0,63% [5], theo Idris N và cộng sự (2009) khi nghiên cứu trên 366 thai phụ tại Malaysia thấy tỷ lệ bị ĐTĐTK ở nhóm thai phụ có tiền sử đẻ con có

cân nặng $\geq 4000g$ là 37,5% cao hơn hẳn nhóm thai phụ không có tiền sử đẻ con có cân nặng $\geq 4000g$ là 17,9% [6].

Trong 52 thai phụ có tiền sử sản khoa bất thường chúng ta thấy tỷ lệ thai phụ có tiền sử thai chết lưu cao nhất chiếm 48,1 %, nhóm sinh con $\geq 4000g$ chiếm 17,3%. Theo tác giả Nguyễn Thị Kim Liên (2010), trong 160 thai phụ nghiên cứu có 29 người có tiền sử thai lưu, sảy thai liên tiếp thì 14 trường hợp được chẩn đoán ĐTĐTK chiếm tỷ lệ 48,3%, có 35 người được chẩn đoán ĐTĐTK trong số 131 người không có tiền sử sản khoa bất thường chiếm tỷ lệ 26,7% [5], tác giả Nguyễn Hoa Ngân (2010) tại Bệnh viện A Thái Nguyên ở những lần mang thai trước các nguyên nhân gây mang thai thất bại hoặc sinh đẻ thất bại là, tỷ lệ thai lưu 34,4 %, đẻ non 18,8%, sảy thai 35,9%[7], tác giả Vũ Thị Hiền Trinh (2013) tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương tỷ lệ thai phụ có tiền sử sản khoa xấu là 20,4%, tỷ lệ bệnh nhân thừa cân và béo phì chiếm tỉ lệ rất cao (84,7%), trong đó bệnh nhân thừa cân chiếm tỉ lệ cao nhất 49,5%, béo phì với BMI >25 có tỉ lệ 35,2%[4],

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ thai phụ ĐTĐTK được chẩn đoán dựa vào glucose máu sau 2 giờ cao nhất chiếm 88%, tỷ lệ bệnh nhân tăng triglyceride cao chiếm 92,8%; tỉ lệ tăng cholesterol chiếm 38,4%; tỉ lệ tăng LDL-C 73,6%.

- BMI trung bình của thai phụ là $22,2 \pm 1,3$, trong đó BMI $<18,5$ chiếm 0,8%, BMI ≥ 23 chiếm 31,2%.

- Tỷ lệ thai phụ tiền sử sản khoa bất thường chiếm 41,6%, tiền sử gia đình ĐTĐ 20,0%, tiền sử thừa cân béo phì chiếm 31,2% và tiền sử sinh con $\geq 4000g$ là 7,2%. Tỷ lệ thai phụ có tiền sử thai chết lưu cao nhất chiếm 48,1%, nhóm sinh con $\geq 4000g$ chiếm 17,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Khoa Diệu Vân, Thái Thị Thanh Thúy (2015), "Nghiên cứu tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ theo tiêu chuẩn ADA-2011 và các yếu tố nguy cơ", Tạp chí nghiên cứu y học 97 (5), tr. 25 - 33.
2. Tạ Thùy Linh (2015), "Nhận xét tình trạng rối loạn glucose máu sau sinh ở bệnh nhân đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố liên quan", Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.

3. **Ngô Thị Hoài (2017)**, "Nghiên cứu chỉ số kháng Insulin và chức năng tế bào Beta ở phụ nữ đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương", Luận văn Bác sĩ Nội trú, Trường Đại học Y Dược Thái Bình
4. **Vũ Thị Hiền Trinh (2013)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị và một số yếu tố nguy cơ của bệnh nhân đái tháo đường thai kỳ", Luận văn Thạc sĩ y học, Học viện Quân Y, Hà Nội.
5. **Nguyễn Thị Kim Liên (2010)** "Nghiên cứu Đái tháo đường thai kỳ ở nhóm thai phụ có yếu tố nguy cơ cao tại Bệnh viện Phụ sản trung ương năm 2010", Luận văn Thạc sĩ Y học: Trường Đại học Y HN.
6. **N Idris, Ch Che hatikah, MZ Muiah, MN Rushdan (2009)** "Universal versus selective screening for detection of gestational diabetes mellitus in a Malaysian population" Malaysian Family Physician; 35:83-87
7. **Nguyễn Hoa Ngân (2010)**, "Nghiên cứu thực trạng đái tháo đường thai kỳ ở phụ nữ được khám tại Bệnh viện A Thái Nguyên", Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA DIQUAFOSOL SODIUM 3% TRONG ĐIỀU TRỊ KHÔ MẮT VỪA VÀ NẶNG

Phạm Ngọc Đông¹, Nguyễn Tiến Đạt²

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá hiệu quả của thuốc nhỏ mắt diquafosol sodium 3% (Diquas) trong điều trị khô mắt vừa và nặng trên người Việt Nam. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu tiến cứu, không so sánh trên những bệnh nhân khô mắt mức độ vừa và nặng (theo DEWS 2007). Các chỉ số thu thập thông tin hành chính, tiền sử, test Schirmer I, thời gian vỡ phim nước mắt, mức độ bắt màu fluorescein giác mạc, nhuộm lisamin green kết mạc. Bệnh nhân tra mắt Diquas 3%, 6 lần/ngày. Đánh giá hiệu quả điều trị và ghi nhận tác dụng phụ theo dõi kết quả ở các thời điểm điều trị 2, 6, 10, 14 tuần. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 66 mắt của 33 bệnh nhân khô mắt mức độ vừa (18,2%) và nặng (81,8%), tuổi trung bình: 50,45 ± 12,37 tuổi, nam/nữ = 4/7. Triệu chứng cơ năng, điểm nhuộm màu giác mạc cải thiện rõ rệt sau 2 tuần (p<0,01), nhưng điểm nhuộm màu kết mạc, thời gian vỡ phim nước mắt chỉ cải thiện sau 6 tuần điều trị (p<0,01) và duy trì đến tận 14 tuần theo dõi. Giá trị test Schirmer I không cải thiện trong suốt thời gian điều trị. Tác dụng phụ của thuốc gặp ở 21,2% bệnh nhân nhưng không tới mức phải ngừng điều trị vì tác dụng phụ của thuốc. Môi trường lao động có nguy cơ gây khô mắt, mắc các bệnh lí liên quan đến khô mắt, tác dụng phụ của thuốc làm giảm hiệu quả điều trị của thuốc. **Kết luận:** Diquafosol sodium 3% có tác dụng cải thiện triệu chứng cơ năng, cải thiện điểm nhuộm màu kết mạc, thời gian vỡ phim nước mắt và an toàn trên bệnh nhân khô mắt vừa và nặng.

Từ khóa: Diquafosol sodium 3%, Diquas, khô mắt, điều trị khô mắt.

SUMMARY

¹Bệnh viện Mắt Trung ương

²Bệnh viện đa khoa Đức Giang

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ngọc Đông

Email: dongpn69@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 6.4.2018

Ngày duyệt bài: 12.4.2018

THE EFFECTIVENESS OF DIQUAFOSOL SODIUM 3% IN TREATMENT OF MODERATE AND SEVERE DRY EYE

Aims: to evaluate the effectiveness of Diquafosol sodium 3% (Diquas 3%) in treatment of moderate and severe dry eye in Vietnamese patients. **Patients and Method:** a prospective, non-comparative study on the moderate and severe dry eye patients (according DEWS 2007). The collected variables were personal information, medical history, Schirmer test, break-up time, fluorescein and lisamine green staining on cornea and conjunctiva. Patients were treated with Diquas 3%, 6 times/day. Symptoms and signs of dry eye were evaluated at 2, 6, 10, 14 weeks after the treatment. **Results:** study carried on 66 eyes (33 patients) with moderate (18,2%) and severe (81%) dry eye, average age of 50,45 ± 12,37, male/female = 4/7. Symptoms and corneal staining were improved significantly after 2 weeks (p<0,01) but conjunctiva staining, BUT were not improved until 6 weeks after treatment (p<0,01) and still better at 14th week follow-up. Schirmer test was not improved during treatment. Side effects were seen on 21.2% of patients but none of patients had to stop treatment due to side effect. Working environment, dry eye related ocular disorders, side effects reduced effectiveness of Diquas. **Conclusion:** Diquafosol sodium 3% is effective in improvement of symptoms, corneal staining, BUT and is safe eye drop for moderate and severe dry eye patients.

Key words: Diquafosol sodium 3%, Diquas, dry eye, dry eye treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khô mắt là một bệnh của nước mắt và bề mặt nhãn cầu do nhiều yếu tố gây ra, hậu quả là gây những triệu chứng khó chịu ở mắt, rối loạn thị lực và bất ổn định của phim nước mắt với tổn thương của bề mặt nhãn cầu. Bệnh thường phối hợp với sự tăng áp lực thẩm thấu của phim nước mắt và quá trình viêm của bề mặt nhãn cầu [1]. Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi, mọi thành phần xã hội nhưng đối tượng có nguy cơ cao là nhân

viên văn phòng, người già, phụ nữ ở tuổi mãn kinh hoặc những người mắc các bệnh tự miễn. Các triệu chứng khó chịu tại mắt như bóng râm, cảm giác dị vật, đỏ mắt, rối loạn thị giác, nhạy cảm với ánh sáng... gây ảnh hưởng lớn đến chất lượng sống của người bệnh. Để điều trị khô mắt, tùy theo mức độ bệnh có thể sử dụng các phương pháp điều trị riêng lẻ như: bổ xung chất có thành phần gần tương tự nước mắt, lưu giữ nước mắt, chống viêm, điều hòa miễn dịch... hoặc phối hợp các biện pháp khác nhau. Kích thích bài tiết nước mắt là một trong các biện pháp điều trị được lựa chọn.

Diquafosol sodium có tác dụng tương tự như chất chủ vận thụ thể P2Y₂ trên bề mặt nhãn cầu, có tác dụng kích thích tăng tiết nước mắt, chất nhầy, giúp tăng số lượng và chất lượng phim nước mắt [2]. Hiện nay, thuốc nhỏ mắt Diquas với thành phần chính là diquafosol sodium 3% đã được sử dụng ở một số nước trên thế giới. Những nghiên cứu tại Nhật Bản, Hàn Quốc... đã khẳng định được hiệu quả của thuốc trong điều trị khô mắt [3]. Năm 2015, thuốc nhỏ mắt Diquas 3% có tại Việt Nam, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả của biện pháp kích thích bài tiết nước mắt trong điều trị khô mắt vừa và nặng tại bệnh viện Mắt TW.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến cứu được thực hiện tại bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 11 năm 2016 đến tháng 8 năm 2017. Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân khô mắt mức độ vừa và nặng theo tiêu chuẩn của DEWS 2007 [1]. Triệu chứng cơ năng được tính theo bảng câu hỏi OSDI (Ocular Surface Disease Index), chế tiết nước mắt tính theo test Schirmer I, thời gian vỡ phim nước mắt tính theo test TBUT, điểm nhuộm màu kết giác mạc tính theo cách phân loại của NEI [4]. Tiêu chuẩn lựa chọn là bệnh nhân có điểm OSDI trong khoảng từ 30-99 và giá trị test Schirmer I trong khoảng 2-10mm hoặc giá trị test TBUT trong khoảng 1-10s, bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu và ký giấy chấp nhận những lợi ích và nguy cơ mà nghiên cứu có thể đem lại. Loại trừ những bệnh nhân đang nhiễm khuẩn tại mắt, hờ mi, đang đeo kính tiếp xúc, không tuân thủ điều trị.

Các chỉ số được ghi nhận gồm: thông tin hành chính, tiền sử bệnh, đánh giá triệu chứng cơ năng (OSDI), đánh giá chế tiết nước mắt (Schirmer I), thời gian vỡ phim nước mắt

(TBUT), mức độ tổn hại bề mặt nhãn cầu (điểm nhuộm màu fluorescein trên giác mạc, điểm nhuộm màu lisamin green trên kết mạc theo phân loại của NEI), các tác dụng không mong muốn.

Hiệu quả điều trị được chia làm 4 mức độ: hiệu quả rất tốt khi giảm triệu chứng cơ năng, tăng giá trị test Schirmer I hoặc TBUT, giảm điểm nhuộm màu kết giác mạc; hiệu quả tốt khi giảm triệu chứng cơ năng và điểm nhuộm màu kết giác mạc; hiệu quả trung bình khi giảm được triệu chứng cơ năng; không hiệu quả khi triệu chứng cơ năng không giảm hoặc nặng hơn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 66 mắt của 33 bệnh nhân, tuổi trung bình $50,45 \pm 12,37$; tỷ lệ nam/nữ = 4/7. Bệnh nhân là nông dân chiếm 45,45%, công nhân 9,09%, trí thức 27,27%, các đối tượng khác (người làm lao động chân tay, kinh doanh buôn bán...) chiếm 18,18%.

Trong số 33 bệnh nhân thì 63,2% bệnh nhân làm việc trong môi trường có nguy cơ gây khô mắt bao gồm: khói bụi (45,5%), vi tính (21,2%), điều hòa (24,2%) và có 18,2% bệnh nhân vừa làm việc trong môi trường điều hòa, vừa làm việc với máy tính. Có 36,4% bệnh nhân mắc các bệnh lý liên quan đến khô mắt, trong đó tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử viêm kết mạc kéo dài cao nhất là 27,2%, dị ứng, bệnh lý khớp là 15,2%, tiền sử Sjogren là 9,1%, lupus, tuyến giáp là 6,1%. Không có bệnh nhân nào bị glacom hoặc đái tháo đường. Tỷ lệ khô mắt mức độ nặng là 81,8%, khô mắt mức độ vừa là 18,2%.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân trước nghiên cứu

Các chỉ số	($\bar{x} \pm s$)	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Điểm OSDI	47,72 ± 8,74	29,57	68,67
Test Schirmer I(mm)	5,97 ± 3,73	2	26
Test TBUT (giây)	3,87 ± 2,04	1	8
Test fluorescein	6,69 ± 2,64	2	15
Test lissamin green	6,38 ± 2,44	3	14

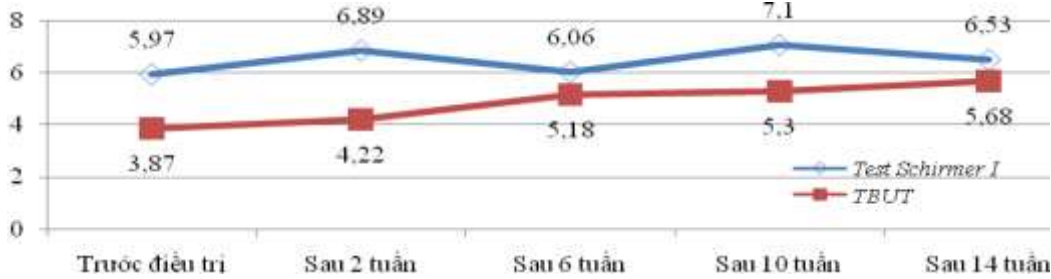
Kết quả điều trị cho thấy triệu chứng cơ năng được cải thiện ngay sau 2 tuần điều trị. Mức độ cải thiện ngày càng tăng và được duy trì ổn định theo thời gian. Hiệu quả cải thiện rõ rệt sau 10 tuần. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 2 : Kết quả điều trị triệu chứng cơ năng

Điểm OSDI	Trước điều trị	Sau 2 tuần	Sau 6 tuần	Sau 10 tuần	Sau 14 tuần
-----------	----------------	------------	------------	-------------	-------------

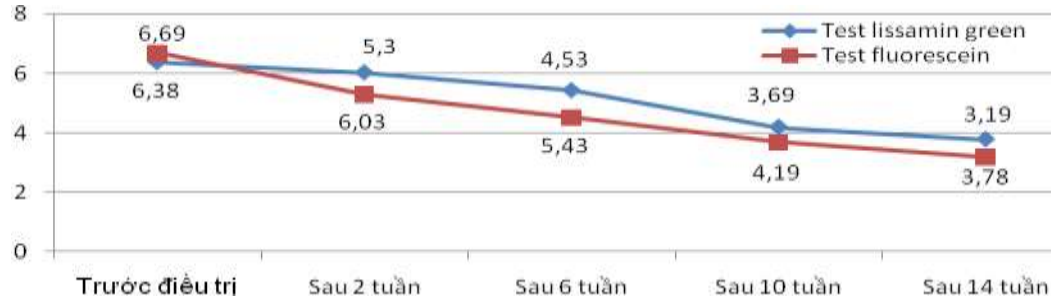
$(\bar{x} \pm s)$	47,72 ± 8,74	43,81 ± 8,76	39,29 ± 10,06	34,72 ± 8,67	32,63 ± 9,38
$p^{(*)}$	$< 0,01$				

Kết quả điều trị về chế tiết nước mắt và thời gian vỡ phim nước mắt: đánh giá chế tiết nước mắt qua test Schirmer I tại các thời điểm nghiên cứu cho thấy giá trị test Schirmer I cải thiện hơn qua các lần theo dõi, nhưng không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Thời gian vỡ phim nước mắt (TBUT) cải thiện sau 6 tuần điều trị và duy trì đến hết 14 tuần theo dõi, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).



Biểu đồ 1: Kết quả điều trị về chế tiết nước mắt và thời gian vỡ phim nước mắt

Kết quả điều trị tổn hại bề mặt nhãn cầu: điểm bắt màu fluorescein trên giác mạc giảm rõ rệt, duy trì liên tục trong tất cả các thời điểm theo dõi 2 tuần, 6 tuần, 10 tuần và 14 tuần, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$) tại tất cả các thời điểm. Số điểm bắt màu nhuộm lissamin green trên kết mạc cũng giảm tại tất cả các thời điểm tái khám. Tuy nhiên, sự cải thiện không có ý nghĩa thống kê sau 2 tuần điều trị ($p > 0,05$), nhưng có ý nghĩa thống kê tại thời điểm 6 tuần, 10 tuần, 14 tuần điều trị với $p < 0,01$.



Biểu đồ 2: Kết quả điều trị về tổn hại bề mặt nhãn cầu

Tác dụng không mong muốn của thuốc: gặp ở 21,2% trường hợp, bao gồm: tiết rử mắt (18,2%), cộm mắt (12,1%), đỏ mắt, đau rát mắt, cảm giác dị vật (3%). Không bệnh nhân nào bỏ điều trị do tác dụng không mong muốn của thuốc.

Hiệu quả điều trị chung: sau 14 tuần điều trị khô mắt vừa và nặng với Diquas 3%, tỷ lệ điều trị có hiệu quả rất tốt là 22,7%, hiệu quả tốt là 13,6%, hiệu quả trung bình là 51,5% và không hiệu quả là 12,1%. Tỷ lệ mức độ bệnh cũng thay đổi, trước nghiên cứu: 81,8% khô mắt nặng và 18,2% khô mắt vừa. Sau 14 tuần điều trị tỷ lệ khô mắt nặng là 57,6%, khô mắt vừa là 36,4%, khô mắt nhẹ là 6%.

Đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị: làm việc trong môi trường lao động có nguy cơ gây khô mắt, mắc các bệnh lý liên quan đến khô mắt, tác dụng phụ của thuốc làm giảm hiệu quả điều trị của thuốc ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Khô mắt là bệnh lý của nước mắt và bề mặt nhãn cầu, ngày càng trở lên phổ biến. Các triệu chứng khó chịu của bệnh gây ảnh hưởng lớn đến chất lượng sống. Để điều trị khô mắt phải phối hợp nhiều biện pháp khác nhau và kích thích thụ thể P2Y₂ để làm tăng bài tiết nước mắt là một trong các phương pháp để điều trị khô mắt mức độ vừa và nặng.

Trong nghiên cứu, tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 50,45 ± 12,37 với tỷ lệ bệnh nhân là nữ, trên 40 tuổi chiếm đa số (51,5%), điều này phù hợp với dịch tễ học của khô mắt: tuổi cao và phụ nữ là yếu tố nguy cơ của bệnh. Nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện Mắt Trung ương, nơi điều trị tuyến cuối của ngành Mắt nên tỷ lệ bệnh nhân khô mắt mức độ nặng cao (81,8%). Lượng bệnh nhân là nông dân đi kèm với môi trường lao động khói bụi chiếm tỷ lệ

lớn (45,5%). Môi trường khói bụi đi kèm với việc vệ sinh chăm sóc mắt kém dẫn đến các bệnh lý mạn tính tại mắt như viêm kết mạc kéo dài, viêm bờ mi... sự hạn chế về các phương tiện thăm khám tại các cơ sở y tế tại nông thôn nên bệnh phát hiện thường ở mức độ nặng, điều trị khó khăn hơn. Với bệnh nhân là trí thức, việc thường xuyên tiếp xúc với máy tính, làm việc trong điều hòa làm giảm tần số chớp mắt, tăng bốc hơi nước mắt cũng là yếu tố nguy cơ và làm nặng thêm tình trạng khô mắt. Các chỉ số lâm sàng trước điều trị (điểm OSDI, giá trị test Schirmer I, TBUT, điểm nhuộm màu kết giác mạc) của bệnh nhân nghiên cứu tương tự như các nghiên cứu trước đây ở bệnh nhân người Việt Nam bị khô mắt [5].

Kết quả điều trị cho thấy diquafosol sodium 3% đã làm giảm triệu chứng cơ năng tính theo bảng điểm OSDI, điểm nhuộm màu fluorescein trên giác mạc cải thiện ngay sau 2 tuần điều trị, cải thiện thời gian vỡ phim nước mắt (TBUT), điểm nhuộm màu lissamin green trên kết mạc sau 6 tuần điều trị và duy trì trong 14 tuần theo dõi. Diquafosol kích thích thụ thể P2Y₂ trên bề mặt nhãn cầu, kích thích tế bào biểu mô kết giác mạc tăng bài tiết nước, tế bào đài trên kết mạc tăng tiết nhầy, làm tăng số lượng và chất lượng của phim nước mắt. Phim nước mắt được cải thiện làm giảm các tổn thương trên bề mặt nhãn cầu, tăng giá trị TBUT, các triệu chứng khó chịu do khô mắt được cải thiện. Nghiên cứu của Shigeyasu (2015) cũng cho kết quả tương tự [6]. Mặc dù các nghiên cứu trên thế giới đã khẳng định diquafosol có tác dụng kích thích tăng tiết nước mắt [7] nhưng trong nghiên cứu này, chúng tôi không nhận thấy sự thay đổi giá trị test Schirmer I trong các lần tái khám. Có thể do thời gian dùng thuốc chưa đủ dài nên giá trị test Schirmer chưa có sự cải thiện như những nghiên cứu khác.

Tác dụng phụ của thuốc gặp ở 21,2% các trường hợp, các triệu chứng cộm, đỏ mắt, đau rất mắt, cảm giác dị vật, xuất hiện sớm ngay sau 2 tuần tái khám, các triệu chứng này giảm sau 6 tuần điều trị và gần như hết sau 10 tuần. Dữ mắt dạng tiết tố trong, dính xuất hiện sau 6 tuần điều trị, tăng nhiều ở tuần thứ 10. Tuy nhiên các tác dụng phụ chỉ ở mức độ nhẹ, bệnh nhân chấp nhận được, không bệnh nhân nào phải bỏ điều trị vì tác dụng phụ của thuốc.

Sau 14 tuần điều trị, tỷ lệ mắt điều trị có hiệu quả là 87,9%, chỉ có 12,1% (8 mắt của 4 bệnh nhân) điều trị không có hiệu quả. Chúng tôi

nhận thấy cả 4 bệnh nhân này đều làm việc trong môi trường khói bụi, 3 trong 4 bệnh nhân mắc các bệnh liên quan đến khô mắt và mắc hai bệnh đồng thời và tác dụng không mong muốn của thuốc gặp ở 3/4 bệnh nhân này. Đây có thể là nguyên nhân dẫn đến điều trị không có hiệu quả. Mặc dù thuốc có hiệu quả điều trị cao nhưng sau 14 tuần điều trị, tỷ lệ bệnh nhân khô mắt mức độ nặng vẫn là 57,6%, như vậy để điều trị khô mắt cần phải phối hợp các biện pháp điều trị khác theo hướng dẫn của DEWS 2007 như bổ xung nước mắt, chống viêm, lưu giữ nước mắt bằng nút điểm lệ...

Với các hạn chế của nghiên cứu: số lượng bệnh nhân hạn chế, thời gian theo dõi ngắn, không có nhóm đối chứng, để đánh giá rõ hơn về hiệu quả điều trị của diquafosol cần phải tiến hành nghiên cứu trong thời gian dài hơn với số lượng bệnh nhân lớn hơn và có thêm nhóm đối chứng.

V. KẾT LUẬN

Thuốc nhỏ mắt diquafosol sodium 3% có tác dụng cải thiện triệu chứng cơ năng, cải thiện điểm nhuộm màu kết giác mạc, thời gian vỡ phim nước mắt và an toàn trên bệnh nhân khô mắt vừa và nặng. Đây là một lựa chọn mới để điều trị cho bệnh nhân khô mắt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **DEWS (2007)**, "The definition and classification of dry eye disease: report of the Definition and Classification Subcommittee of the International Dry Eye WorkShop (2007)". *Ocul Surf.* 5(2): p. 75-92.
2. **Pintor, J., Peral, A., Hoyle, C. H., Redick, C., Douglass, J., Sims, I., Yerxa, B. (2002)**, "Effects of diadenosine polyphosphates on tear secretion in New Zealand white rabbits". *J Pharmacol Exp Ther.* 300(1): p. 291-7.
3. **Keating, G. M. (2015)**, "Diquafosol ophthalmic solution 3 %: a review of its use in dry eye". *Drugs.* 75(8): p. 911-22.
4. **Lemp, M. A. (1995)**, "Report of the National Eye Institute/Industry workshop on Clinical Trials in Dry Eyes". *CLAO J.* 21(4): p. 221-32.
5. **Hoàng Thanh Nga (2013)**, "Đánh giá hiệu quả của huyết thanh tự thân tra mắt điều trị khô mắt vừa và nặng", Luận văn thạc sỹ y học, Nhân khoa, Đại học Y Hà Nội.
6. **Shigeyasu, C., Yamada, M., Akune, Y., Tsubota, K. (2015)**, "Diquafosol sodium ophthalmic solution for the treatment of dry eye: clinical evaluation and biochemical analysis of tear composition". *Jpn J Ophthalmol.* 59(6): p. 415-20.
7. **Kojima, T., Dogru, M., Ibrahim, O. M., Nagata, T., Higa, K., Shimizu, T., Shirasawa, T., Satake, Y., Shimazaki, S., Shimazaki, J., Tsubota, K. (2014)**, "The effects of 3% diquafosol sodium application on the tear functions and ocular surface of the Cu,Zn-superoxide dismutase-1 (Sod1)-knockout mice". *Mol Vis.* 20: p. 929-38.

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH TIÊM TĨNH MẠCH AN TOÀN CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN NĂM 2017

Nguyễn Thị Thanh Thủy¹, Nguyễn Thị Hoài Thu²

TÓM TẮT

Tiêm là một thủ thuật đưa thuốc, chất dinh dưỡng vào cơ thể, có vai trò quan trọng trong công tác chẩn đoán, điều trị và phòng bệnh. Mũi tiêm không an toàn do người tiêm không tuân thủ quy trình kỹ thuật tiêm có thể gây ra những tai biến ảnh hưởng đến sức khỏe, tính mạng người bệnh. Nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu mô tả thực trạng kiến thức và thực hành tiêm tĩnh mạch an toàn của các điều dưỡng viên (ĐDV) trong khối lâm sàng Bệnh viện (BV) Thanh Nhàn năm 2017. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành tại Bệnh viện Thanh Nhàn với 163 ĐDV tại 11 khoa lâm sàng, quan sát 326 mũi tiêm thông qua bộ câu hỏi kiến thức phỏng vấn trực tiếp và bảng kiểm quan sát. Kết quả nghiên cứu cho thấy 55,2% ĐDV có kiến thức đạt về tiêm an toàn (TAT), 68,7% ĐDV có điểm thực hành đạt về TAT. Những khó khăn như điều kiện cơ sở vật chất chưa đảm bảo, số lượng bệnh nhân quá tải, số lượng mũi tiêm nhiều phải thực hiện trong 1 ngày, thời gian làm việc ngoài giờ chuyên môn > 3h mỗi ngày đã gây ra những trở ngại khi tuân thủ quy trình tiêm an toàn cho người bệnh ở mức độ nhất định.

Từ khóa: Tiêm tĩnh mạch an toàn, điều dưỡng, bệnh viện Thanh Nhàn.

SUMMARY

KNOWLEDGE AND PRACTICE ON INTRAVENOUS SAFETY INJECTION OF NURSES IN THANH NHAN HOSPITAL 2017

Injections are a procedure that puts drugs, nutrients into the body, which play an important role in the diagnosis, treatment and prevention. Unsafe injection due to performers' noncompliance with the injection procedure can cause complications affecting the health and life of patients. The study was carried out with the aim to describe the status of knowledge and practice of clinical nurses working at Thanh Nhan hospital about intravenous injection safety. The participants included 163 nurses in 11 departments were interviewed and 326 observations were conducted using checklist. The results showed that 55,2% of the nurses had an appropriate level of knowledge about safety injection, 68,7% of the nurses had had an appropriate level of safety injection practice. Difficulties such as inappropriate infrastructures, overload of work, number of injections to be performed in a day,

or time spent for administrative work in more than 3 hours per day were obstacles in complying the safety injection procedure.

Keywords: safety intravenous injection, nurses, Thanh Nhan hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiêm là một quy trình kỹ thuật phổ biến nhất trong công việc chăm sóc người bệnh của ĐD. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) định nghĩa mũi TAT là "An toàn cho người bệnh, an toàn cho nhân viên y tế và an toàn cho cộng đồng" (1, 2). WHO đã thành lập mạng lưới TAT toàn cầu (SING- Safe Injection Global Network) và đưa ra các giải pháp toàn cầu về an toàn người bệnh, trong đó biện pháp bảo đảm an toàn khi dùng thuốc và giảm nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện liên quan trực tiếp đến kỹ thuật TAT (2).

Tại Việt Nam, TAT luôn nhận được sự quan tâm của Bộ Y tế và đã được hướng dẫn cụ thể thông qua quyết định 3671/QĐ-BYT ngày 27/09/2012 về "Hướng dẫn TAT trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh" (3). TAT đang là vấn đề được đặt lên hàng đầu để đảm bảo an toàn người bệnh. Việc thực hiện tốt TAT sẽ bảo vệ nhân viên y tế khỏi bệnh tật, tử vong và những tai nạn nghề nghiệp phổ biến cũng như quản lý người bệnh một cách hiệu quả. Đánh giá được tầm quan trọng của công tác ĐD trong chăm sóc và điều trị cho người bệnh và mong muốn tìm ra những tồn tại trong thực hành tuân thủ quy trình kỹ thuật TAT của ĐDV. Tại Bệnh viện Thanh Nhàn, ban Lãnh đạo và phòng Điều dưỡng đã nhận thấy được mũi TAT trong công tác chuyên môn của điều dưỡng có vai trò quan trọng góp phần hiệu quả cho điều trị bệnh và quản lý công tác nhiễm khuẩn của Bệnh viện. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả: "thực trạng kiến thức và thực hành tiêm tĩnh mạch an toàn của điều dưỡng và tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2017".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Tại 11 khoa lâm sàng bệnh viện Thanh Nhàn.

¹Bệnh viện Thanh Nhàn,

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Thủy

Email: thuytungbon@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 9.4.2018

Ngày duyệt bài: 16.4.2018

- Thời gian: Từ tháng 10 năm 2017 đến tháng 3 năm 2018

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Toàn bộ ĐDV chăm sóc người bệnh trực tiếp hiện đang làm việc tại 11 khoa lâm sàng của bệnh viện Thanh Nhàn (Khoa Hồi sức cấp cứu; Cấp cứu; Chấn thương chỉnh hình; Tim Mạch; Nghề nghiệp; Nội tiết và các bệnh chuyển hóa; Ngoại tổng hợp, Ung bướu, Thần kinh, Thận tiết niệu, Ngoại Thần kinh).

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:* ĐDV đang công tác tại 11 khoa lâm sàng; Thời gian thực hành tiêm ít nhất 6 tháng trở lên; Có tiếp xúc trực tiếp với người bệnh; đồng ý tham gia nghiên cứu.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Người đi học, nghỉ dài hạn, nghỉ thai sản, điều dưỡng làm hành chính không làm chuyên môn.

- *Cỡ mẫu thực tế là :* 163 ĐDV. Để thuận lợi cho việc tính toán số mũi tiêm tĩnh mạch/1ĐDV, chúng tôi chọn quan sát 02 mũi tiêm tĩnh mạch/1ĐDV. Cỡ mẫu của nghiên cứu là 163 ĐDV, với 326 mũi tiêm tĩnh mạch được quan sát.

2.4. Biến số nghiên cứu: Các biến số nghiên cứu gồm: 1) thông tin chung của ĐDV (tuổi, giới, trình độ, thâm niên công tác,...); 2) tiếp cận thông tin về TAT của ĐDV (được tham gia tập huấn, số lần tham gia tập huấn,...); 3) Kiến thức về TAT (gồm kiến thức chung về TAT của ĐDV, kiến thức chuẩn bị dụng cụ, chuẩn bị người bệnh; kiến thức về dụng cụ tiêm, kiến thức chuẩn bị thuốc tiêm, kiến thức về kỹ thuật tiêm thuốc và kiến thức xử lý chất thải sau tiêm); 4) Thực hành về TAT (gồm thực hành chuẩn bị người bệnh, thực hành chuẩn bị dụng cụ, thuốc tiêm, thực hành kỹ thuật tiêm thuốc và xử lý chất thải sau tiêm).

2.5. Công cụ thu thập số liệu

Bộ công cụ định lượng gồm: Bộ công cụ quan sát thực hành TAT của ĐDV được xây dựng dựa trên quy định của Bộ Y tế về TAT [4]; Bộ câu hỏi phỏng vấn tìm hiểu kiến thức và phương tiện, dụng cụ sử dụng trong TAT của ĐDV.

Bộ câu hỏi phỏng vấn gồm: 24 câu hỏi, ĐDV được đánh giá là có kiến thức TAT đạt khi trả lời đạt 75% số điểm của bộ câu hỏi phỏng vấn trở lên.

Bộ công cụ quan sát thực hành TAT gồm: 24 câu hỏi, mỗi ĐDV được quan sát với hai bảng kiểm. ĐDV được đánh giá là đạt thực hành về TAT khi thực hiện đúng 75% tổng số điểm của hai bảng kiểm quan sát trở lên.

3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu tại các khoa lâm sàng:

2.6. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu định lượng sau khi thu thập được nhập bằng phần mềm Epi Data 3.1, xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

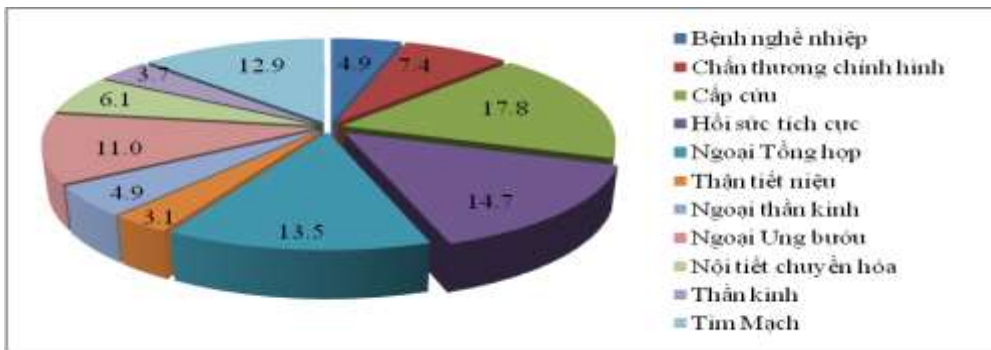
2.7. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức của trường Đại học Y Hà Nội thông qua và phê duyệt theo số quyết định 211/QĐ-YHDP&YTCC ngày 15/8/2017.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu (n=163)

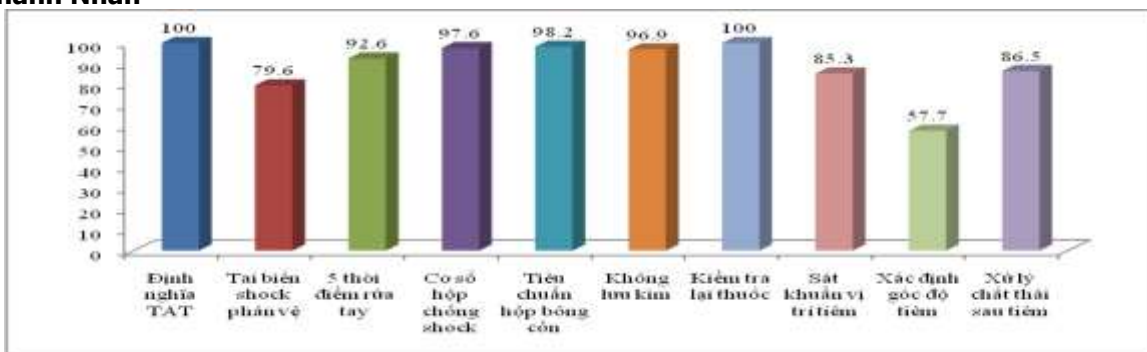
Đặc điểm	Số lượng(n)	Tỉ lệ(%)
Tuổi:		
< 25	30	18,4
25 – 40	113	69,3
> 40	20	12,3
Giới tính:		
Nam	28	17,2
Nữ	135	82,8
Hạng chức danh nghề nghiệp		
Hạng 3	39	23,9
Hạng 4	124	76,1
Thời gian công tác trung bình		
< 5 năm	41	25,2
5-10 năm	68	41,7
>10 năm	54	33,1
Kinh nghiệm tiêm		
< 5 năm	46	28,2
> 5 năm	117	71,8
Đã tham gia lớp tập huấn về TAT		
Có	161	98,8
Không	2	1,2
Được tập huấn trong vòng 12 tháng trở lại		
Có	154	94,5
Không	9	5,5

Bảng 1 mô tả đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: Tuổi trung bình của ĐDV trong nghiên cứu là từ 25 đến 40 tuổi, tuổi cao nhất là 56 tuổi và thấp nhất là 21 tuổi. Nhóm ĐD ≤ 25 tuổi chiếm 18,4%, nhóm từ 25 - 40 tuổi chiếm 69,3% và nhóm > 40 tuổi chiếm 12,3%. Tỷ lệ ĐDV nữ chiếm đa số 82,8% so với ĐDV nam 17,2%. Về hạng chức danh nghề nghiệp, nhóm ĐDV hạng 3 (có bằng đại học trở lên) chiếm 23,9%, nhóm ĐDV hạng 4 (có bằng dưới đại học chiếm 76,1%. Thời gian công tác trung bình của các ĐDV tham gia nghiên cứu là trên 5 năm. Có 154 ĐDV đã được tham gia các lớp tập huấn về TAT trong vòng 12 tháng qua (chiếm 94,5%).



Biểu đồ 1. Sự phân bố đối tượng nghiên cứu tại các khoa lâm sàng

3.2. Thực trạng kiến thức về TAT của điều dưỡng tại các khoa lâm sàng bệnh viện Thanh Nhàn



Biểu đồ 2: Thực kiến thức về TAT của ĐDV tại các khoa lâm sàng Bệnh viện Thanh Nhàn

Theo kết quả nghiên cứu cho thấy: Tỷ lệ ĐDV có hiểu biết đúng và đầy đủ về mục đích TAT khá tốt, 100% ĐDV nắm được định nghĩa về mũi TAT theo WHO. Có 79,6% ĐDV biết các tai biến có thể xảy ra khi thực hiện mũi tiêm không an toàn là shock phản vệ cho người bệnh.

Kiến thức về chuẩn bị người bệnh và người ĐDV, 92,6% ĐDV nắm được 5 thời điểm rửa tay, mang đầy đủ các phương tiện bảo hộ, thực hiện 5 đúng và hỏi tiền sử, cung cấp đầy đủ thông tin về kỹ thuật chuẩn bị thực hiện cho người bệnh nắm được.

Kiến thức chuẩn bị dụng cụ và thuốc tiêm, 97,6% ĐDV nắm được cơ sở hộp chống shock và 98,2% nắm được tiêu chuẩn của hộp bóng cồn. 96,9% cho rằng không được lưu kim lấy thuốc trong bất kỳ tình huống nào. Tỷ lệ ĐDV nắm được cách bẻ ống thuốc đúng (Sát khuẩn, dùng gạc bẻ thuốc) đạt 100%.

Kiến thức về thực hành TAT, ĐDV nắm được kỹ thuật sát khuẩn vị trí da tại vùng tiêm đúng đạt 85,3%, xác định góc độ tiêm đúng đạt

57,7% và 86,5% ĐDV nắm được quy định xử lý chất thải sau tiêm.

Như vậy, đánh giá tổng điểm kiến thức chung về TAT có 90 ĐDV đạt kiến thức đúng về TAT chiếm 55,2% và 73 ĐDV có kiến thức không đạt về TAT chiếm 44,8%. Tỷ lệ ĐDV có kiến thức đạt về tại khoa Ngoại Thần kinh là 100%, tại khoa cấp cứu là 70%, Bệnh nghề nghiệp là 87,5% và Nội tiết - các bệnh chuyển hóa là 90%, Hồi sức tích cực là 41,7%, Ung bướu là 33,3%, Tim mạch 47,6%, Ngoại tổng hợp là 54,6%, khoa Chấn thương chỉnh hình là 25% và khoa Ngoại thận không đạt đánh giá kiến thức về TAT. Kết quả nghiên cứu cho thấy trong quá trình làm việc chuyên môn của người ĐDV bệnh viện đã tổ chức tập huấn và đào tạo các chương trình về TAT tuy nhiên việc tự cập nhật và bổ sung kiến thức về TAT của các ĐDV chưa cao.

3.3. Thực trạng thực hành TAT của ĐDV tại các khoa lâm sàng bệnh viện Thanh Nhàn

Thực hành về TAT của ĐDV đánh giá thông qua bảng kiểm quan sát trực tiếp.

Bảng 2: Các bước chuẩn bị thực hành TAT của ĐDV tại các khoa lâm sàng

STT	Các bước tiến hành	Có	
		n	%
I	Chuẩn bị người bệnh		

1	Rửa tay thường quy/ sát khuẩn tay nhanh	98	60,1
2	Thực hiện 5 đúng	157	96,3
3	Giải thích cho NB biết việc sắp làm	135	82,8
4	Sử dụng phương tiện cá nhân	124	76,7
II- 5	Chuẩn bị dụng cụ, thuốc tiêm: Hộp chống shock	160	98,2
6	Thùng đựng vật sắc nhọn, thùng đựng chất thải theo quy định	143	87,7
7	Hộp bông cotton, dung dịch sát khuẩn tay nhanh	145	88,96
8	Kiểm tra lại thuốc, sát khuẩn ống thuốc, dùng gạc vô khuẩn bẻ thuốc	128	78,5
9	Xé bao bơm tiêm thay kim lấy thuốc	150	92,02
10	Không lưu kim lấy thuốc	126	77,3

Chuẩn bị người bệnh, 60,1% ĐDV rửa tay thường quy/sát khuẩn tay nhanh khi chuẩn bị tiêm. Có 96,3% ĐDV thực hiện 5 đúng (nhận định, giải thích cho người bệnh biết việc mình sắp làm, trợ giúp tư thế an toàn, thuận tiện). 76,7% ĐDV sử dụng phương tiện phòng hộ cá nhân đầy đủ.

Thực hiện chuẩn bị dụng cụ tiêm của ĐDV tương đối tốt, 98,2% ĐDV chuẩn bị hộp chống sốc, cơ sở thuốc tiêm và còn hạn sử dụng; 87,7% ĐDV

chuẩn bị thùng đựng VSN và thùng đựng chất thải đúng quy định; 88,96% ĐDV chuẩn bị bông gạc tẩm cồn đúng quy định, chai đựng dung dịch sát khuẩn tay nhanh có sẵn trên xe tiêm.

Thực hành chuẩn bị thuốc tiêm, có 78,5% ĐDV thực hiện kiểm tra lại thuốc, sát khuẩn ống thuốc, dùng gạc vô khuẩn bẻ thuốc. Tỷ lệ ĐDV thực hiện xé bỏ bao bơm tiêm và thay kim lấy thuốc là 92,02% và 77,3% ĐDV không lưu kim lấy thuốc.

Bảng 3: Thực hành các kỹ thuật tiêm thuốc của điều dưỡng (n=163)

STT	Các bước tiến hành	Đạt	
		n	%
III	Kỹ thuật tiêm thuốc		
1	Xác định vị trí tiêm, đặt gối kê tay và thắt dây garo đúng quy định	128	78,5
	Sát khuẩn vùng tiêm tử trong ra ngoài theo hình xoắn ốc đường kính trên 10 cm cho đến khi sạch (Tối thiểu 2 lần)		
2	Sát khuẩn tay nhanh hoặc mang găng tay đúng qui định	112	68,7
3	Căng da theo đúng quy định: kim tiêm chếch 30° so với mặt và đảm bảo mũi vát của kim đã nằm trong lòng ven	144	88,3
4	Bơm thuốc chậm: vừa bơm vừa quan sát sắc mặt của người bệnh	134	82,2
5	Hết thuốc, căng da rút kim nhanh, cho ngay BKT vào hộp an toàn.	122	74,9
6	Giao tiếp, quan sát sắc mặt NB trước, trong và sau tiêm	122	74,9
7	Sát khuẩn lại vị trí tiêm, dùng bông khô đặt lên vị trí tiêm phòng chảy máu	130	79,8
8	Hướng dẫn người bệnh những điều cần thiết, để người bệnh trở lại tư thế thích hợp, thuận tiện	125	82,8

Thực hiện kỹ thuật tiêm thuốc, kết quả nghiên cứu cho thấy 78,5% ĐDV xác định vị trí tiêm, đặt gối kê tay và thắt dây garo đúng quy định, sát khuẩn vùng tiêm tử trong ra ngoài theo hình xoắn ốc đường kính trên 10 cm cho đến khi sạch (Tối thiểu 2 lần). Tỷ lệ ĐDV đạt về sát khuẩn tay nhanh hoặc mang găng tay đúng qui định là 68,7%. Có 88,3% ĐDV thực hành đạt về căng da theo đúng quy định (kim tiêm chếch 30° so với mặt và đảm bảo mũi vát của kim đã nằm trong lòng ven), 82,2% ĐDV thực hành bơm thuốc khi tiêm cho người bệnh (bơm thuốc chậm, vừa bơm vừa quan sát sắc mặt của BN). 74,9% ĐDV thực hành đạt khi tiêm hết thuốc, căng da rút kim nhanh và cho ngay BKT vào hộp an toàn.

Đánh giá chung về thực hành TAT của ĐD cho thấy có 112 ĐDV đạt thực hành về TAT chiếm 68,7% và 51 ĐDV không đạt thực hành TAT chiếm 31,3%. Trong đó điển hình một số khoa có tỷ lệ điều dưỡng đạt thực hành khá cao như: Hồi sức tích cực là 95,8%, Tim mạch là 95,2%, Ngoại Thần kinh là 100%. Tuy nhiên cũng có những khoa có tỷ lệ ĐDV đạt thực hành thấp như khoa Thần kinh chỉ đạt 50%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 163 ĐDV về kiến thức TAT của ĐDV tại bệnh viện Thanh Nhàn cho thấy tỷ lệ kiến thức đạt về TAT của ĐDV chiếm 55,2% thấp với nghiên cứu của Phạm Đức Mục 95,5% (4) và nghiên cứu khác tại bệnh viện hạng 1 thuộc Sở Y tế Hà Nội cho thấy tỷ lệ điều

dưỡng có kiến thức tiêm an toàn là 82,6%(7). Có 78,5% ĐDV đạt về phương thức sát khuẩn da vùng tiêm trước khi tiêm đúng quy trình. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Quách Thị Hoa (22,6%) khi tiến hành nghiên cứu tại bệnh viện Nhi Trung Ương(5). Hiện tại, ĐDV của bệnh viện Thanh Nhàn vẫn được cập nhật kiến thức và tập huấn thực hành TAT thường xuyên và liên tục. Tại bệnh viện Thanh Nhàn đang sử dụng bình xịt cồn trực tiếp vào vị trí tiêm sau đó dùng bông khô vô khuẩn thấm lau sạch vị trí vừa xịt cồn trên BN do đó nồng độ cồn đảm bảo khi tiếp xúc với da thịt BN có tính chất sát khuẩn cao.

Kiến thức về xử lý chất thải sau tiêm, tỷ lệ ĐDV nắm được thời điểm bơm kim tiêm được cô lập vào thùng đựng vật sắc nhọn sau khi tiêm đạt 95,7%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Phạm Thị Liên 69,0%(6). Kiến thức về xử lý các vật sắc nhọn sau khi tiêm của ĐDV khá tốt. Có 87,1% ĐDV biết cần cô lập ngay các vật sắc nhọn vào hộp kháng khuẩn đủ tiêu chuẩn; 77,3% ĐDV biết phải phân loại rác thải ngay tại nguồn và có 53,4% biết không đậy lại nắp kim; 54% biết không uốn cong và bẻ gãy kim. Bệnh viện cần chú ý quan tâm đến công tác việc xử lý chất thải sau tiêm để giảm thiểu lượng chất thải nguy hại và đảm bảo an toàn cho ĐD khi thực hiện chuyên môn.

Tỷ lệ thực hành tuân thủ TAT của ĐDV đạt 68,7%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Thị Liên 31,5%(6); và nghiên cứu của Trần Thị Minh Phương 22,2%(7). Điều này cho thấy đối tượng ĐDV tham gia trong nghiên cứu ở nhóm 25-40 tuổi, trình độ học vấn tập trung chủ yếu là hạng 4 có thời gian công tác khá lâu tại bệnh viện (trong khoảng từ 5-10 năm), nên đã thành thạo với kỹ năng thực hành TAT. Kết quả nghiên cứu cho thấy việc đào tạo, cập nhật kiến thức và thực hành mới cho ĐDV được làm thường xuyên và liên tục tại BV. Những quy định bắt buộc dành cho ĐDV tại các khoa cũng làm giảm những hành vi không đảm bảo an toàn cho ĐDV và bệnh nhân. Số lượng bệnh nhân tại các khoa khá đông, đa số mỗi điều dưỡng phải chăm sóc trung bình trên 15 BN/ngày và số lượng các mũi tiêm được 1 ĐDV thực hiện mỗi ngày càng nhiều thì tỷ lệ sai sót càng tăng. Nếu chỉ thực hiện từ 10 đến 20 mũi tiêm/ngày/Đ DV thì tỷ lệ không đạt thực hành là 9,4%, nếu thực hiện 20 đến 30 mũi tiêm/ngày /ĐDV thì tỷ lệ không đạt chiếm 12,8%. Nguồn nhân lực điều dưỡng chưa đủ để đảm bảo công tác chăm sóc số lượng BN khá đông của bệnh viện. Việc cung ứng đầy đủ

trang thiết bị cho hoạt động chuyên môn của điều dưỡng tại các khoa phòng cũng chưa đầy đủ và đảm bảo, đồng thời điều dưỡng phải làm việc hành chính ngoài giờ trên 3 tiếng rất cao. Tại thời điểm chúng tôi tiến hành nghiên cứu, bệnh viện đang phải ghép chung các khoa phòng điều trị trong cùng 1 tầng để chờ xây dựng mặt bằng mới do đó điều kiện làm việc chật hẹp, bệnh nhân quá tải, nhiều mặt bệnh trên cùng một khu vực điều trị do đó việc di chuyển thực hiện chuyên môn của điều dưỡng gặp nhiều khó khăn. Các yếu tố trên đã trực tiếp tác động vào công tác thực hiện và tuân thủ TAT của ĐDV. Kiến nghị Bệnh viện tăng cường cung cấp đầy đủ các trang thiết bị vật tư tiêu hao đầy đủ, mở rộng cơ sở hạ tầng phân khu các khoa điều trị riêng biệt và bổ sung nhân lực ĐD và giảm tải các phần việc hành chính ngoài chuyên môn bằng hệ thống quản lý phần mềm Y tế hiện đại trên máy tính. Tăng cường công tác giám sát việc thực hành tại các khoa lâm sàng và tổ chức các chương trình thi điều dưỡng giỏi thường niên để củng cố và rèn luyện kỹ năng thực hành cho ĐDV.

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu trên 163 ĐDV về kiến thức TAT của ĐDV tại bệnh viện Thanh Nhàn năm 2017 cho thấy tỷ lệ ĐDV có kiến thức về TAT đạt còn tương đối thấp (chiếm 55,2%). Đặc biệt là việc xác định góc độ tiêm đúng quy định đạt 57,7%.

Tỷ lệ ĐD có thực hành TAT an toàn đạt chiếm 68,7%. Hành động xác định vị trí tiêm và sát khuẩn da vùng tiêm theo đúng quy trình đạt 87,5%. Việc thực hiện sát khuẩn tay nhanh hoặc mang găng tay đúng quy định đạt 68,7%. Có 68,7% ĐDV phân loại và cô lập chất thải sau tiêm đúng quy định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế**, Hội điều dưỡng Việt Nam. Tập huấn Tiêm an toàn. 2009.
- Tổ chức Y tế thế giới, Bộ Y tế**. Hội thảo Tư vấn xây dựng tài liệu hướng dẫn quốc gia về Tiêm an toàn. Hà Nội. 2008.
- Bộ Y tế**. Hướng dẫn Tiêm an toàn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh ban hành kèm Quyết định số 3671/QĐ- BYT ngày 27/9/2012 về việc hướng dẫn tiêm an toàn trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. 2012.
- Phạm Đức Mục**. Báo cáo khảo sát tiêm an toàn, Hà Nội. 2002.
- Quách Thị Hoa**. Thực trạng kiến thức, thực hành Tiêm tĩnh mạch an toàn của các điều dưỡng tại bệnh viện Nhi Trung Ương năm 2017, Luận văn thạc sỹ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội 2017.

6. **Phạm Thị Liên.** Kiến thức, thực hành về tiêm an toàn và một số yếu tố liên quan của điều dưỡng tại 4 khoa lâm sàng hệ Nhi bệnh viện sản nhi Hưng Yên năm 2015, Luận văn thạc sỹ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội. 2015.

7. **Trần Thị Minh Phượng, Phan Văn Tường, Bùi Thị Mỹ Anh.** Đánh giá thực hiện tiêm an toàn tại bệnh viện Đa khoa Hà Đông, Hà Nội năm 2012. Tạp chí Y học Thực hành. 2012;30(3):25-32.

PHÂN TÍCH BÁO CÁO PHẢN ỨNG CÓ HẠI CỦA THUỐC TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Nguyễn Sơn Nam¹, Ngô Thị Xuân Thu¹

Keywords: Adverse drug reaction, 108 Military Central Hospital.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích các đặc điểm báo cáo phản ứng có hại của thuốc (ADR) tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp:** mô tả, cắt ngang trên toàn bộ dữ liệu báo cáo ADR được ghi nhận tại bệnh viện và lưu trữ tại khoa Dược trong giai đoạn 2013 – 2017. **Kết quả và kết luận:** 400 báo cáo ADR được thực hiện. Bác sĩ và dược sỹ là đối tượng chính thực hiện báo. Điểm trung bình của các báo cáo theo thang điểm Vigigrade là $0,87 \pm 0,19$, tỷ lệ báo cáo có chất lượng tốt đạt 74,8%. Các nhóm dược lý được báo cáo ADR rất đa dạng. Kháng sinh beta-lactam khác (16,8%), các nhóm thuốc khác (6,3%), và các hóa chất ung thư khác (5,8%) là các nhóm dược lý được báo cáo nhiều nhất với 3 hoạt chất tiêu biểu là cefotaxim (6%), oxaliplatin (5,8%), nhũ dịch lipid (5%). Các báo cáo không nghiêm trọng chiếm 57,5%. Không có trường hợp tử vong liên quan đến ADR.

Từ khóa: Phản ứng có hại của thuốc, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

SUMMARY

ANALYSIS OF ADVERSE DRUG REACTION REPORT AT THE 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Objective: To analyze characteristics of adverse drug reaction (ADR) at the 108 Military Central Hospital. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study of ADR reports registered at the 108 Military Central Hospital. **Results and conclusions:** 400 ADR reports were made. Doctors and pharmacists are the main subjects for the press. The mean score for the Vigigrade score was $0,87 \pm 0,19$, with a good quality reporting rate of 74,8%. Pharmacists are reported to be very diverse. Other beta-lactam antibiotics, other drug classes and other cancer chemicals are the most commonly reported pharmacokinetic groups with three active substances: cefotaxime (6%), oxaliplatin (5,8%), lipid emulsions (5%). Non-serious reports accounted for 57,5 %. There were no deaths associated with ADR.

¹Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Sơn Nam

Email: sonnam108@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 23.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 5.4.2018

Ngày duyệt bài: 12.4.2018

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phản ứng có hại của thuốc có thể làm tăng tỷ lệ tử vong, kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí và ảnh hưởng đến chất lượng điều trị. Vì vậy, việc giám sát phản ứng có hại của thuốc (ADR) đóng vai trò quan trọng nhằm giảm thiểu những nguy cơ của thuốc đến người bệnh trong quá trình sử dụng.

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 là một trong 19 bệnh viện trọng điểm của dự án "Tăng cường hệ thống y tế" – Hợp phần 2.1 "Tăng cường các hoạt động Cảnh giác Dược" triển khai tại Việt Nam trong giai đoạn 2012-2016. Những năm gần đây, công tác giám sát, phát hiện và báo cáo ADR của thuốc tại bệnh viện rất được quan tâm thể hiện qua số lượng và chất lượng báo cáo được nâng lên. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện nhằm phân tích tình hình báo cáo ADR tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 để góp phần đánh giá một cách toàn diện hơn về các nguy cơ tiềm ẩn của thuốc khi đưa vào sử dụng cho người bệnh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả báo cáo ADR của Bệnh nhân lưu trữ tại khoa Dược Bệnh viện TWQĐ 108 từ tháng 01/2013 đến tháng 12/2017.

Tiêu chuẩn loại trừ: những báo cáo thiếu thông tin về thuốc nghi ngờ gây ADR hoặc không có thông tin về ADR.

2.2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu mô tả cắt ngang thông qua hồi cứu dữ liệu dựa trên tất cả các báo cáo ADR được lựa chọn.

Chỉ tiêu nghiên cứu: số lượng và chất lượng báo cáo; đối tượng thực hiện báo cáo. Đặc điểm của báo cáo: nhóm dược lý, hoạt chất nghi ngờ gây ADR, mức độ nghiêm trọng của phản ứng.

Phương pháp đánh giá chất lượng báo cáo: chất lượng báo cáo ADR được đánh giá theo

thang điểm Vigigrade được Trung tâm giám sát quốc tế của Tổ chức Y tế thế giới (trung tâm WHO-UMC) xây dựng năm 2013 [5]. Thông tin trong báo cáo được xếp thành 9 nhóm khác nhau. Điểm xuất phát cho mỗi nhóm thông tin là 1, căn cứ theo độ đầy đủ và tính hợp lý của thông tin mà số điểm của nhóm sẽ được giảm đi. Điểm của báo cáo tính theo phương pháp này thấp nhất là 0,07 và cao nhất là 1. Báo cáo có điểm chất lượng lớn hơn 0,8 được coi là báo cáo có chất lượng tốt, báo cáo có điểm nhỏ hơn 0,8 được coi là có chất lượng kém.

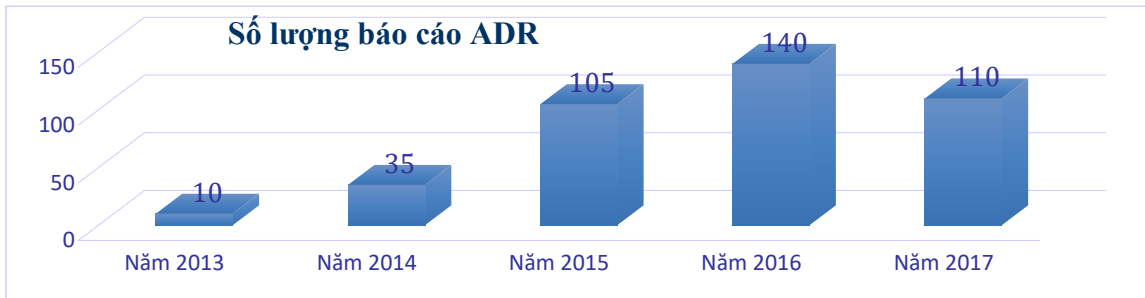
Phân loại mức độ nghiêm trọng của ADR theo thang điểm của WHO. Thông tin được thể hiện trong báo cáo ADR.

Phương pháp xử lý số liệu: số liệu được thu thập và xử lý bằng chương trình Microsoft Excel 2017 và chương trình SPSS 16.0, kết quả được xử lý thống kê mô tả.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Số lượng và chất lượng báo cáo

3.1.1 Số lượng báo cáo: Số lượng báo cáo ADR ghi nhận tại Bệnh viện được thể hiện ở hình 1.



Hình 1. Số lượng báo cáo AD

Số lượng báo cáo ADR có xu hướng tăng theo từng năm. Năm 2013 mới có 10 báo cáo ADR. Đến năm 2014 tăng lên đến 40 báo cáo ADR. Từ năm 2015 đến nay số báo cáo đều đạt trên 100.

3.1.2. Các khoa phòng tham gia báo cáo

Số lượng báo cáo ADR tại các đơn vị trong bệnh viện được trình bày tại bảng 1.

Bảng 1: Số lượng và tỷ lệ báo cáo ADR từ các đơn vị

Khoa, phòng	Năm 2013	Năm 2014	Năm 2015	Năm 2016	Năm 2017	Tổng	Tỷ lệ (%)
Viện Tim mạch			3	0	0	3	0,7
Khoa Đông y		1		1	1	3	0,7
Khoa Nội cán bộ					11	11	2,7
Khoa Lao và Bệnh phổi			2	11	3	16	4
Khoa Nhi	1	1	9	4	1	16	4
Viện Chấn thương	2	1	11	3	1	18	4,5
Khoa Hồi sức cấp cứu	1	3	8	5	4	21	5,2
Khoa Da liễu dị ứng		1	1	20	2	24	6
Khoa Huyết học lâm sàng		7	7	14	9	37	9,3
Các khoa Ngoại khác	6	10	7	10	9	42	10,5
Các khoa Nội khác		2	17	35	3	57	14,3
Viện Truyền nhiễm		9	40	19	1	69	17,3
Hệ thống nhà thuốc		0	0	18	65	83	20,8

Kết quả nghiên cứu cho thấy, thấy hệ thống nhà thuốc bệnh viện báo cáo ADR với số lượng nhiều nhất (20,8%), sau đó đến Viện truyền nhiễm 17,3%.

3.1.3. Đánh giá chất lượng báo cáo.

Chất lượng báo cáo ADR được tính theo thang điểm Vigigrade, thông qua đánh giá tính đầy đủ và hợp lý của các thông tin trong báo cáo ADR. Kết quả đánh giá được trình bày ở bảng 2.

Bảng 2. Điểm chất lượng báo cáo

Thời gian	Điểm trung bình ± SD	Báo cáo tốt	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Năm 2013	0,90 ± 0,10	8	80,0
Năm 2014	0,65 ± 0,25	11	31,3

Năm 2015	0,85 ± 0,19	79	75,2
Năm 2016	0,88 ± 0,18	103	73,6
Năm 2017	0,90 ± 0,12	98	89,9
Tổng cộng	0,86 ± 0,19	299	74,8

Điểm trung bình của các báo cáo ADR là 0,86 ± 0,19, tỷ lệ báo cáo có chất lượng tốt đạt 74,8%. Từ năm 2014 đến năm 2017 điểm trung bình của báo cáo tăng và tỷ lệ báo cáo tốt cũng tăng lên. Năm 2017, tỷ lệ báo cáo có chất lượng tốt đạt 89,9%.

3.2. Đặc điểm báo cáo ADR.

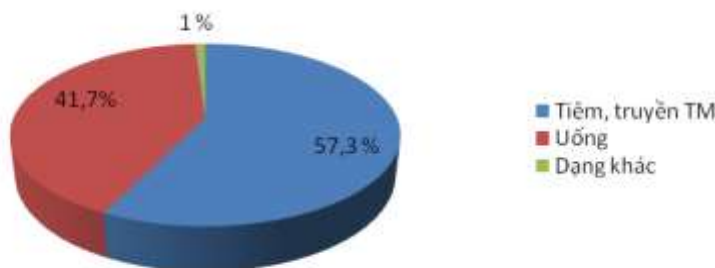
3.2.1. Đối tượng tham gia báo cáo: Các đối tượng thực hiện báo cáo được thể hiện ở bảng 3.

Bảng 3. Đối tượng tham gia báo cáo ADR

Đối tượng	Năm 2013		Năm 2014		Năm 2015		Năm 2016		Năm 2017		Tổng cộng	
	SL	Tỉ lệ (%)	SL	Tỉ lệ (%)	SL	Tỉ lệ (%)	SL	Tỉ lệ (%)	SL	Tỉ lệ (%)	SL	Tỉ lệ (%)
Bác sĩ	7	70,0	29	82,9	60	57,1	114	81,4	41	37,3	251	62,8
Dược sĩ	3	30,0	6	17,1	45	42,9	24	17,1	68	61,8	146	36,5
Khác	0		0		0		2	1,5	1	0,9	3	0,7
Tổng	10	100,0	35	100,0	105	100,0	140	100,0	110	100	400	100,0

Tại bệnh viện, trong năm 2013, 2014 báo cáo ADR chủ yếu do bác sĩ thực hiện. Năm 2015, số lượng báo cáo ADR do dược sĩ thực hiện tăng nhanh chiếm 42,9% (45/105). Trong 2 năm 2016 và 2017 dược sĩ tiếp tục tích cực thực hiện nên số lượng báo cáo chiếm tỉ lệ cao (năm 2017 chiếm 61,8% (68/110)).

3.2.2. Phân loại thuốc nghi ngờ gây ADR theo đường dùng.



Hình 2. Phân loại thuốc nghi ngờ gây ADR theo đường dùng

Trong số các báo cáo ADR thì thuốc nghi ngờ gây ADR chủ yếu là đường tiêm, truyền tĩnh mạch (57,3%) sau đó đến đường uống. Các dạng khác chiếm số lượng rất ít (1%).

3.2.3. Các nhóm dược lý và thuốc nghi ngờ được báo cáo nhiều nhất

Các thuốc nghi ngờ gây ADR được phân loại theo nhóm dược lý dựa vào mã ATC của thuốc. Các nhóm dược lý và các thuốc nghi ngờ gây ADR được báo cáo nhiều nhất được trình bày trong bảng 4 và bảng 5.

Bảng 4. Các nhóm dược lý được báo cáo nhiều nhất

Bảng 5. Danh sách 10 nghi ngờ gây ADR được báo cáo nhiều nhất

Mã phân loại ATC	Nhóm thuốc	Tần suất	Tỷ lệ (%) (n = 400)	STT	Tên thuốc / hoạt chất	Tần suất	Tỷ lệ % (n = 400)
L01C	Các alkaloid thực vật và các sản phẩm tự nhiên	9	2,3	1	Paclitaxel	8	2
J01C	Kháng sinh nhóm beta-lactam, họ penicilin	10	2,5	2	Paracetamol	8	2
H02A	Các corticosteroid tác dụng toàn thân, đơn chất	11	2,8	3	Levofloxacin	9	2,2
J01X	Kháng sinh nhóm khác (bao gồm kháng sinh nhóm glycopeptid, các polymyxin, dẫn chất 5 nitro-imidazol,..)	11	2,8	4	Vancomycin	9	2,3
A02B	Các thuốc kháng acid, thuốc điều trị loét dạ dày tá tràng	13	3,3	5	Methylprednisol	10	2,5

	và đầy hơi				on		
J01M	Kháng sinh nhóm quinolon	19	4,8	6	Ciprofloxacin	10	2,5
M01A	Thuốc chống viêm và chống thấp khớp, NSAIDs	19	4,8	7	Ceftriaxon	17	4,3
L01X	Các hóa chất ung thư khác	23	5,8	8	Nhũ dịch lipid	20	5
B05B	Các nhóm thuốc khác	25	6,3	9	Oxaliplatin	23	5,8
J01D	Kháng sinh beta-lactam khác (bao gồm cephalosporin thế hệ từ 1 đến 4, carbapenem)	67	16,8	10	Cefotaxim	24	6

Kết quả trên cho thấy, các nhóm dược lý được ghi nhận khá đa dạng: Kháng sinh beta-lactam khác (16,8%), các nhóm thuốc khác (6,3%), và các hóa chất ung thư khác (5,8%) là các nhóm dược lý được báo cáo nhiều nhất với 3 hoạt chất tiêu biểu là cefotaxim (6%), oxaliplatin (5,8%), nhũ dịch lipid (5%).

3.2.4. Phân loại báo cáo theo mức độ nghiêm trọng: Phân loại mức độ nghiêm trọng của theo thang điểm của WHO. Kết quả thể hiện ở bảng 6.

Bảng 6. Phân loại báo cáo theo mức độ nghiêm trọng của phản ứng

Phân loại	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tử vong	0	0
Đe dọa tính mạng	46	11,5
Nhập viện, kéo dài thời gian nằm viện	124	31
Không nghiêm trọng	230	57,5
Tổng	400	100

Kết quả nghiên cứu cho thấy, có 57,5 % báo cáo là không nghiêm trọng, không có trường hợp ADR nào gây tử vong. Tỷ lệ báo cáo nghiêm trọng, đe dọa tính mạng là 11,5%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về số lượng và chất lượng báo cáo ADR: Tại Bệnh viện, số lượng báo cáo ADR ghi nhận năm 2013, 2014 vẫn còn hạn chế. Từ năm 2015, Bệnh viện triển khai quy trình báo cáo ADR và thành lập ban Dược lâm sàng thì số lượng báo cáo ADR tăng lên đáng kể. Đến năm 2016 và 2017, số lượng báo cáo ADR tiếp tục tăng, Bệnh viện TWQĐ 108 đã là một trong 10 bệnh viện có số lượng báo cáo ADR nhiều nhất cả nước [2]. Tuy số lượng báo cáo ADR có xu hướng tăng cao nhưng vẫn chưa phản ánh hết tình hình ADR tại bệnh viện. Hoạt động báo cáo chưa đồng đều giữa các khoa lâm sàng. Một số khoa bệnh nhân có nguy cơ cao như khoa Hồi sức cấp cứu, khoa Lao và bệnh phổi, khoa Huyết

học lâm sàng... tuy nhiên số lượng báo cáo ADR ở các khoa này vẫn còn hạn chế. Nguyên nhân có thể do một phần bác sĩ chưa thực sự quan tâm tới phản ứng có hại của thuốc hoặc do khối lượng công việc ngày càng nhiều nên không có nhiều thời gian để làm báo cáo.

Đến năm 2016, tại bệnh viện mới bắt đầu ghi nhận được báo cáo ADR trên bệnh nhân điều trị ngoại trú. Từ tháng 9/2016, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 tổ chức hệ thống nhà thuốc, ở mỗi nhà thuốc đều phân công dược sĩ đại học trực tiếp phụ trách chuyên môn, duy trì các chế độ theo tiêu chuẩn GPP. Chính vì vậy giai đoạn này mới có dược sỹ trực tiếp theo dõi tình hình ADR trên bệnh nhân sử dụng thuốc điều trị ngoại trú. Từ đó ghi nhận được số lượng báo cáo ADR rất cao, chiếm 20,8% số lượng báo cáo của bệnh viện.

Áp dụng VigiGrade, báo cáo được đánh giá đầy đủ các thông tin cần thiết để quy kết thành phản ứng có hại cũng như mức độ hợp lý giữa các thông tin trong báo cáo. Điểm trung bình của báo cáo ADR trong nghiên cứu đạt 0,86 và số báo cáo có chất lượng tốt là 74,8%. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Anh và cộng sự khi đánh giá các báo cáo ADR trong cơ sở dữ liệu của trung tâm DI và ADR Quốc gia giai đoạn 2011-2013 (điểm trung bình đạt trên 0,8 và trên 70% số báo cáo có chất lượng tốt) [1] và cao hơn nhiều so với số liệu của cơ sở dữ liệu ADR toàn cầu – VigiBase (điểm trung bình chỉ đạt 0,45 và 13% số báo cáo được đánh giá tốt) [5]. Tại bệnh viện, số lượng và chất lượng của báo cáo đều tăng qua các năm. Năm 2014, điểm trung bình chỉ đạt 0,65 và số báo cáo đạt tốt là 31,3% thì đến năm 2017 hai chỉ số này là 0,90 điểm và 89,9% báo cáo tốt.

4.2. Về đặc điểm của báo cáo ADR: Tại Bệnh viện, hai đối tượng trực tiếp làm báo cáo ADR là bác sỹ và dược sỹ, tỷ lệ báo cáo thực

hiện bởi bởi điều dưỡng rất thấp (0,7%). Theo quy định, việc báo cáo ADR là trách nhiệm của tất cả các cán bộ y tế. Thực tế, điều dưỡng là đối tượng chính phát hiện, theo dõi các phản ứng bất lợi của thuốc trên bệnh nhân. Khi phát hiện ADR, điều dưỡng báo cáo cho Bác sỹ để có hướng theo dõi và xử trí, việc báo cáo là do bác sỹ trực tiếp làm hoặc liên hệ với dược sỹ lâm sàng làm báo cáo. Kết quả nghiên cứu cho thấy tại Bệnh viện, tỷ lệ Dược sỹ trực tiếp làm báo cáo chiếm 36,5%. Tỷ lệ này tương đồng với báo cáo tổng kết của trung tâm DI & ADR Quốc gia năm 2015, khi tỷ lệ dược sỹ thực hiện báo cáo là 34,5% [3], nhưng thấp hơn so với Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2014, khi tỷ lệ này là 73,9% [4]. Tại nhiều nước trên thế giới, dược sỹ đóng vai trò quan trọng trong hệ thống báo cáo tự nguyện, là đối tượng chính báo cáo ADR như: Canada (88.3%), Australia (40,4%), Nhật (39%)[5].

Các nhóm thuốc nghi ngờ gây ADR được báo cáo nhiều nhất là kháng sinh, thuốc điều trị ung thư, các nhóm thuốc khác với các hoạt chất tiêu biểu là cefotaxim, oxaliplatin, nhũ dịch lipid. Trong nhóm kháng sinh, kháng sinh nhóm beta-lactam khác (bao gồm cephalosporin thế hệ từ 1 đến 4, carbapenem) là họ dược lý đứng đầu về tần suất báo cáo (chiếm 16,8%). Kết quả này tương đồng với một nghiên cứu được tiến hành trên các báo cáo tự nguyện tại Hàn Quốc, theo đó nhóm kháng sinh là nhóm thuốc được báo cáo nhiều nhất (31,6%)[6]. Trong khi đó, tại Pháp, các thuốc trên hệ thần kinh trung ương là nhóm thuốc được báo cáo nhiều nhất (23%), kháng sinh chỉ đứng vị trí thứ 3 với tần suất báo cáo là 17% [7]. Sự khác biệt này có thể do sự khác biệt về mô hình bệnh tật đặc trưng cho mỗi quốc gia. Tại Việt Nam, các bệnh về nhiễm khuẩn và ký sinh trùng có tỷ lệ mắc cao, thêm

vào đó, tình trạng lạm dụng kháng sinh cũng góp phần gia tăng tần suất gặp ADR trên nhóm thuốc này.

V. KẾT LUẬN

Số lượng và chất lượng báo cáo ADR tại Bệnh viện có xu hướng tăng. Từ năm 2013 đến năm 2017 đã có 400 báo cáo ADR được thực hiện. Điểm trung bình đạt $0,87 \pm 0,19$ và 74,8% báo cáo có chất lượng tốt. Bác sỹ và dược sỹ là hai đối tượng chính thực hiện báo. Phần lớn các ADR không gây hậu quả nghiêm trọng (57,5%), không có trường hợp tử vong liên quan đến ADR.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hoàng Anh và cộng sự (2015), "Đánh giá chất lượng báo cáo ADR trong cơ dữ liệu báo cáo tự nguyện của Việt Nam giai đoạn 2011-2013", *Tạp chí Nghiên cứu dược và thông tin thuốc*. Số 2/2015, tr.6-10.
2. Trung tâm DI&ADR Quốc gia (2017), *Tổng kết công tác báo cáo phản ứng có hại của thuốc (ADR) năm 2017*, Hà Nội.
3. Trung tâm DI&ADR Quốc gia (2016), *Tổng kết công tác báo cáo phản ứng có hại của thuốc (ADR) năm 2015*, Hà Nội.
4. Vũ Minh Duy, Nguyễn Phương Thúy (2015), "Đánh giá tác động của đề án hoạt động dược lâm sàng đến hoạt động báo cáo phản ứng có hại của thuốc ghi nhận tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương giai đoạn 2010-2014", *Tạp chí Dược học*. Số 472, tr. 55-59.
5. Tomas Begvall, G.Niklas Noren, Merie Lindquist (2013), VigiGrade: A Tool to Identify Well-Documented individual Case Reports and Highlight systematic Data Quality issues, *Drug safety*, 37(1), pp.65-77.
6. Shin YS, Lee YW, Choi YH et al. (2009), "Spontaneous reporting of adverse drug events by Korean regional pharmacovigilance centers", *Pharmacoepidemiol Drug Saf.*, Vol 18(10), pp. 910-915.
7. Thiessard F, Roux E, Miremont-Salamé G et al. (2005), "Trends in spontaneous adverse drug reaction reports to the French pharmacovigilance system (1986-2001)", *Drug Saf.*, Vol28(8), pp.731-740.

HÌNH THÁI THẬN VÀ CHỈ SỐ HUYẾT ĐỘNG TẠI GỐC ĐỘNG MẠCH THẬN Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP

Ngô Phương Thúy¹, Phạm Quốc Toàn², Hoàng Trung Vinh²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát kích thước thận, đường kính và chỉ số huyết động (CSHD) tại gốc động mạch thận (ĐMT) trái ở bệnh nhân tăng huyết áp (BN THA). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, cắt ngang, mô tả 165 đối tượng chia hai nhóm, trong đó 62 đối tượng thuộc nhóm chứng khỏe mạnh và 103 BN THA thuộc nhóm nghiên cứu được xác định kích thước thận, đường kính và CSHĐ tại gốc ĐMT trái bằng phương pháp siêu âm Doppler. **Kết quả:** Ở BN THA có độ dày, chiều dài, chiều rộng thận tương đương, giảm đường kính gốc ĐMT, tăng các chỉ số vận tốc đỉnh tâm thu (Vs), tỷ số động mạch chủ/ động mạch thận (RAR), chỉ số trở kháng (RI), chỉ số đập (PI); giảm vận tốc cuối tâm trương (Vd) và lưu lượng dòng chảy (FV); vận tốc trung bình (Vm) tương đương so với nhóm chứng. Tỷ lệ tăng Vs -35,9%; RAR - 38,8%; RI - 73,8%; PI - 65,0%; Tỷ lệ giảm Vd - 37,9%; FV - 30,1%. **Kết luận:** BN THA có đường kính gốc động mạch thận giảm; tăng các chỉ số vận tốc đỉnh tâm thu, tỷ số động mạch chủ/động mạch thận; chỉ số trở kháng và chỉ số đập; giảm vận tốc cuối tâm trương và lưu lượng dòng chảy. Vận tốc trung bình và kích thước thận tương đương so với nhóm chứng.

Từ khóa: Tăng huyết áp, chỉ số huyết động, động mạch thận, chỉ số trở kháng, chỉ số đập.

SUMMARY

RENAL MORPHOLOGICAL AND HEMODYNAMIC PARAMETERS IN OSTIUM OF RENAL ARTERY IN HYPERTENSIVE PATIENTS

Objective: to evaluate the renal size, diameter and hemodynamic indexes in ostium of renal artery in hypertensive patients. **Subjects and methods:** Prospective, cross-sectional descriptive study was carried out on 165 subjects which of 62 health persons in control group and 103 hypertensive patients in study group was examined the renal size, diameter and hemodynamic indexes in ostium of renal artery by Doppler sonography. **Results:** hypertensive patients have renal length, width, depth similar compared to control group; decreased diameter in ostium of renal artery; increased peak systolic velocity (Vs); aorta/renal artery ratio (RAR); resistive index (RI), pulsatility index (PI); decreased end diastolic velocity (Vd) and flow volume (FV); mean velocity (Vm) is similar compared to control group. The percentage of

increased hemodynamic indexes is: Vs - 35,9%; RAR - 36,8%; RI - 73,8%; PI - 65,0%; of decreased is: Vd - 37,9%; FV - 30,1%. **Conclusion:** Hypertensive patients have decreased diameter in ostium of renal artery; increased hemodynamic indexes including peak systolic velocity, aorta/renal artery ratio; resistive index, pulsatility index; decreased indexes including end diastolic velocity and flow volume. The renal size is similar compared to control group.

Keywords: hypertension, renal hemodynamic indexes, renal artery, resistive index, pulsatility index.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhân tăng huyết áp gây nhiều biến chứng cơ quan đích trong đó biến chứng thận là hay gặp nhất. Trên lâm sàng, tổn thương thận do tăng huyết áp thường được biểu hiện bằng sự xuất hiện albumin niệu và/hoặc giảm mức lọc cầu thận. Về hình thái và huyết động học của thận, động mạch thận cũng có thể biến đổi gây ảnh hưởng đến tiến triển, biến chứng và kết quả kiểm soát huyết áp. Bằng phương pháp siêu âm có thể xác định được các chỉ số hình thái như kích thước thận, đường kính gốc động mạch thận và các chỉ số huyết động tại động mạch thận. Các chỉ số huyết động tại động mạch thận thường được khảo sát bao gồm Vs, Vd, Vm, cùng các chỉ số lưu lượng dòng chảy (FV), tỷ số động mạch chủ/động mạch thận (RAR), chỉ số trở kháng (RI) và chỉ số đập (PI). Đề tài nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Khảo sát hình thái thận, đường kính và các chỉ số huyết động tại gốc động mạch thận trái ở bệnh nhân tăng huyết áp so sánh với nhóm chứng khỏe mạnh.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng. 165 đối tượng chia làm 2 nhóm trong đó 62 người khỏe mạnh thuộc nhóm chứng và 103 bệnh nhân tăng huyết áp thuộc nhóm nghiên cứu.

- 1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.**
- + Bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp lần đầu hoặc đã được điều trị.
 - + Tuổi > 40, bao gồm cả nam và nữ.
 - + Có hoặc không có yếu tố nguy cơ kèm theo.
 - + Có hoặc không có biến chứng cơ quan đích.
- 1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân.**
- + Tăng huyết áp thứ phát.
 - + Đang mắc bệnh cấp tính kèm theo.
 - + Bệnh có biến chứng nặng như suy tim mạn tính, suy thận mạn tính từ giai đoạn 2 trở lên.

¹Bệnh viện Tim Tâm Đức, TP Hồ Chí Minh

²Học Viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Trung Vinh

Email: hoangvinh.hvqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 4.4.2018

Ngày duyệt bài: 13.4.2018

+ Hình ảnh siêu âm không đạt yêu cầu.

2. Phương pháp.

+ Thiết kế nghiên cứu: tiền cứu, mô tả, cắt ngang.

+ Thời gian và địa điểm nghiên cứu: tháng 5/2017 – tháng 3/2018 tại Viện Tim Tâm Đức TP Hồ Chí Minh.

2.1. Nội dung nghiên cứu, khảo sát.

+ Khai thác bệnh sử, tiền sử.

+ Khám lâm sàng các cơ quan.

+ Xác định biến chứng cơ quan đích dựa vào các chẩn đoán trước đây hoặc qua khám, xét lâm sàng.

+ Xét nghiệm máu, nước tiểu thường quy.

+ Điện tâm đồ, siêu âm tim.

+ Siêu âm thận xác định kích thước bao gồm: độ dày, chiều dài, chiều rộng thận trái, đường kính gốc động mạch thận trái tại chỗ tách ra từ động mạch chủ. Các chỉ số huyết động được xác định tại gốc động mạch thận trái bao gồm Vs, Vd, Vm, FV, RAR, RI, PI. Các chỉ số siêu âm thận và huyết động được xác định ở cả nhóm bệnh và nhóm chứng để so sánh trên máy Philips Envisor CHD.

2.2. Các tiêu chuẩn chẩn đoán, phân loại sử dụng trong nghiên cứu.

+ Phân độ tăng huyết áp theo JNC VII -2004.

+ Phân chia giai đoạn tăng huyết áp theo ISH – 2003.

+ Chẩn đoán đái tháo đường typ 2 theo WHO – 2011.

+ Chẩn đoán rối loạn lipid máu theo Hội Tim mạch Việt Nam.

+ Phân loại BMI, VB/VM theo IDF dành cho người Châu Á.

2.3. Xử lý số liệu và đạo đức y học trong nghiên cứu.

+ Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0 bằng các thuật toán thống kê.

+ Nghiên cứu không vi phạm đạo đức y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu.

Bảng 3.1. So sánh tuổi giữa 2 nhóm

Tuổi (năm)	NB (n=103) (n,%)	NC (n=62) (n,%)	P
40-49	13 (12,6)	33 (53,2)	< 0,05
50-59	25 (24,3)	15 (24,2)	> 0,05
60-69	36 (35,0)	10 (16,1)	< 0,05
≥ 70	29 (28,1)	4 (6,5)	< 0,05
$\bar{x} \pm SD$	63,6 ± 11,6	48,8 ± 14,2	< 0,05

+ Tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp thuộc lứa tuổi 50-59, 60-69 và ≥ 70 cao hơn so với nhóm chứng.

+ Tuổi trung bình bệnh nhân THA cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng.

Bảng 3.2. So sánh tỉ lệ theo giới của 2 nhóm

Giới	NB(n=103) (n,%)	NC(n=62) (n,%)	P
Nam	36 (35,0)	19 (30,6)	> 0,05
Nữ	67 (65,0)	43 (69,4)	

+ Tỷ lệ đối tượng theo giới giữa 2 nhóm tương đương nhau.

Bảng 3.3. So sánh chỉ số nhân trắc giữa 2 nhóm

Chỉ số	NB (n=103)	NC (n=62)	P
BMI (kg/m ²)	23,6 ± 2,7	23,7 ± 4,3	> 0,05
Vòng bụng (cm)	86,1 ± 6,5	83,1 ± 6,1	< 0,05
Vòng hông (cm)	97,1 ± 7,2	91,9 ± 6,5	< 0,05
VB/VM	0,89 ± 0,05	0,90 ± 0,04	< 0,05

+ Chu vi vòng bụng, vòng hông, tỷ số VB/VM ở bệnh nhân cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng.

+ Giá trị trung bình BMI giữa 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa.

Bảng 3.4. Tỷ lệ bệnh nhân dựa vào giai đoạn bệnh THA (n=103)

Giai đoạn	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1	76	73,8
2	27	26,2
3	0	0

+ Bệnh nhân chỉ thuộc giai đoạn 1 và 2, không có giai đoạn 3.

+ Giai đoạn 2 gặp ở 27 bệnh nhân (26,2%).

3.2. Kích thước thận, đường kính và chỉ số huyết động động mạch thận ở bệnh nhân tăng huyết áp.

Bảng 3.5. So sánh kích thước thận, đường kính gốc ĐMT trái giữa nhóm bệnh và nhóm chứng

Chỉ số	NB (n=103)	NC (n=62)	P
Độ dày (cm)	15,83 ± 2,64	15,91 ± 2,23	> 0,05
Chiều dài (cm)	99,82 ± 6,65	101,21 ± 6,55	> 0,05
Chiều rộng (cm)	51,20 ± 6,35	50,65 ± 8,35	> 0,05
ĐK gốc ĐMT (cm)	5,07 ± 0,74	5,38 ± 0,70	< 0,05
Giảm ĐK gốc ĐMT	31(30,1%)		

+ Đường kính gốc ĐMT ở BN nhỏ hơn so với nhóm chứng.

+ Các chỉ số kích thước thận giữa nhóm bệnh và nhóm chứng khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

+ Có 30,1% bệnh nhân giảm đường kính gốc ĐMT trái.

Bảng 3.6. So sánh CSHĐ tại gốc ĐMT trái giữa nhóm bệnh và nhóm chứng

Chỉ số	NB (n=103)	NC (n=62)	P
Vs (cm/s)	81,43 ± 20,03	73,84 ± 13,41	< 0,05
Vd (cm/s)	22,90 ± 6,61	26,49 ± 6,12	< 0,05
Vm (cm/s)	43,81 ± 10,50	43,51 ± 9,31	> 0,05
FV (ml/phút)	544,69 ± 200,11	612,02 ± 206,65	< 0,05
RAR	1,23 ± 0,43	1,05 ± 0,27	< 0,05
RI	0,72 ± 0,07	0,63 ± 0,04	< 0,05
PI	1,36 ± 0,28	1,09 ± 0,15	< 0,05

+ Chỉ số Vs, Vd, RAR, RI, PI ở bệnh nhân cao hơn so với nhóm chứng.

+ Lưu lượng dòng chảy (FV) qua gốc ĐMT trái thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng.

+ Vm giữa nhóm chứng và nhóm bệnh khác biệt không có ý nghĩa.

Bảng 3.7. Tỷ lệ BN dựa vào biến đổi các CSHĐ tại gốc ĐMT trái

Chỉ số	Tăng(n,%)	Giảm (n,%)
Vs (cm/s)	37 (35,9)	
Vd (cm/s)		39 (37,9)
FV (ml/phút)		31 (30,1)
RAR	40 (38,8)	
RI	76 (73,8)	
PI	67 (65,0)	

+ Các CSHĐ tại gốc ĐMT trái tăng bao gồm Vs, RAR, RI, PI với các tỷ lệ khác nhau trong đó tăng RI chiếm tỷ lệ cao nhất, tăng Vs chiếm tỷ lệ thấp nhất.

+ Giảm lưu lượng dòng chảy, Vd tại gốc ĐMT gặp ở gần 1/3 trường hợp.

IV. BÀN LUẬN

Khi xem xét kích thước thận ở bệnh nhân và nhóm chứng cũng cho thấy giá trị trung bình độ dày, chiều dài, chiều rộng thận trái khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Vì vậy ở bệnh nhân tăng huyết áp, đường kính gốc động mạch thận trái nhỏ hơn có ý nghĩa so với chỉ số tương ứng thuộc nhóm chứng khỏe mạnh. Qua đó cho thấy ở bệnh nhân tăng huyết áp do hiện tượng vữa xơ động mạch đã làm hẹp khẩu kính động mạch

thận. Đây cũng là biến đổi phù hợp thường gặp ở bệnh nhân tăng huyết áp. Nếu tính tỷ lệ bệnh nhân dựa vào giá trị tuyệt đối đường kính động mạch thận ở bệnh nhân so sánh với giá trị bình thường của nhóm chứng nhận thấy có 30,1% trường hợp hẹp đường kính gốc động mạch thận. Chính hiện tượng hẹp đường kính gốc động mạch thận sẽ dẫn đến biến đổi các chỉ số liên quan gồm vận tốc và lưu lượng dòng chảy, chỉ số trở kháng và chỉ số đập tại động mạch thận.

Kết quả khảo sát và so sánh các chỉ số huyết động giữa nhóm bệnh và nhóm chứng nhận thấy có sự khác biệt rõ rệt, theo đó ở bệnh nhân tăng huyết áp giá trị trung bình vận tốc đỉnh tâm thu, vận tốc cuối tâm trương giảm có ý nghĩa so với nhóm chứng, vận tốc trung bình khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Cùng với vận tốc dòng chảy thì lưu lượng dòng chảy tại gốc động mạch thận cũng giảm so với chỉ số tương ứng của nhóm chứng. Như vậy hẹp lòng động mạch thận đã dẫn đến giảm vận tốc và lưu lượng dòng chảy tại động mạch. Vận tốc và lưu lượng dòng chảy tại động mạch thận giảm sẽ dẫn đến thiếu máu thận, hậu quả sẽ giảm chức năng của thận. Nguyễn Vĩnh Hưng năm 2014 trong đề tài nghiên cứu của mình đã nhận thấy sự biến đổi tương tự ở bệnh nhân tăng huyết áp, theo đó lưu lượng dòng máu tại gốc động mạch thận giảm so với chỉ số tương ứng của nhóm chứng khỏe mạnh, tương đương 916,5 ± 116,6ml/phút ở bệnh nhân tăng huyết áp so với 1044,2 ± 262,6ml/phút thuộc nhóm chứng khỏe mạnh và giảm dần theo giai đoạn tăng huyết áp[1]. Hai chỉ số thường được sử dụng và thể hiện rõ nét nhất biến đổi chỉ số huyết động tại động mạch thận là chỉ số trở kháng và chỉ số đập. Ở bệnh nhân tăng huyết áp, hai chỉ số trên đều có giá trị trung bình cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng. Đây là những chỉ số phản ánh khách quan tình trạng huyết động nói chung, biểu hiện sức cản động mạch nói riêng thường gặp trong nhiều bệnh trong đó có bệnh tăng huyết áp. Sarr EHM và cộng sự năm 2017 đã sử dụng phương pháp siêu âm Doppler để đánh giá các chỉ số tại động mạch thận bệnh nhân tăng huyết áp nhận thấy: chỉ số trở kháng tại gốc động mạch thận cả hai bên đều cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng, tương ứng 0,76 và 0,68 [2]. Giá trị của PI trong nghiên cứu này của bệnh nhân đạt mức rất cao, 1,36 ± 0,28. Các tác giả đã sử dụng vận tốc đỉnh tâm thu để xác định khi có hẹp động mạch thận, theo đó chỉ số này có giá trị càng cao thì chứng tỏ càng có hiện tượng hẹp khẩu kính động mạch

thận và khi vận tốc đỉnh tâm thu – PSV > 200cm/s thường tương ứng với có hẹp động mạch thận. Bên cạnh đó các tác giả cũng nhận xét tỉ số động mạch chủ /động mạch thận (RAR) càng cao chứng tỏ khẩu kính lòng động mạch thận càng nhỏ. Chain S và cộng sự năm 2006 đã tổ hợp những chỉ số huyết động khi có hẹp động mạch thận, bao gồm PSV > 200cm/s; RAR > 3; tỉ số động mạch thận không hẹp/động mạch thận hẹp > 2,7 là khi đó chắc chắn có hẹp động mạch thận [3]. Granata A và cộng sự năm 2009 cũng đã dựa vào các chỉ số xác định trên siêu âm để chẩn đoán hẹp động mạch thận, bao gồm PSV, RAR, chỉ số tăng tốc (AT) giảm < 0,07s [4]. Florczak E và cộng sự năm 2009 cũng đã nhận thấy ở bệnh nhân tăng huyết áp mới chẩn đoán có RI tăng cao, tương quan thuận với độ cứng và khẩu kính động mạch thận, chỉ số huyết áp 24h và độ dày thành tim, độ dày nội trung mạc [5]. Calabia J và cộng sự năm 2014 đã tìm thấy mối tương quan giữa RI với độ cứng động mạch, mức độ xơ động mạch ở bệnh nhân tăng huyết áp [6]. Atalabi OM và cộng sự năm 2012 đã so sánh RI ở bệnh nhân tăng huyết áp với bệnh nhân có huyết áp bình thường nhận thấy ở bệnh nhân tăng huyết áp RI cao hơn, liên quan với chỉ số huyết áp cả tâm thu và tâm trương [7]. Chỉ số trở kháng càng tăng cao khi có biểu hiện tăng huyết áp kháng trị. Khi xem xét tỉ lệ bệnh nhân dựa vào giá trị tuyệt đối các chỉ số huyết động tại gốc động mạch thận nhận thấy các chỉ số vận tốc đỉnh tâm thu, vận tốc cuối tâm trương, tỉ số động mạch chủ / động mạch thận và RI, PI đều tăng ở các mức khác nhau trong đó cao nhất là tăng RI gặp ở 73,8%; sau đó là tăng PI (65,0%); tăng vận tốc đỉnh tâm thu có tỉ lệ thấp nhất (35,9%). Có 31 trường hợp bệnh nhân giảm lưu lượng dòng chảy, tương ứng 30,1%. Như vậy là ở bệnh nhân tăng huyết áp tại gốc động mạch thận có tình trạng tăng vận tốc dòng chảy, giảm lưu lượng dòng chảy, tăng chỉ số trở kháng và chỉ số đập. Tỉ lệ bệnh nhân tăng các chỉ số giao động trong khoảng 35,9% - 73,8%. Shirin M và cộng sự năm 2015 cho thấy dựa vào RI của bệnh nhân tăng huyết áp có đái tháo đường typ 2 thì số trường hợp tăng RI lên đến 73,6% với giá trị của RI $\geq 0,7$. Chỉ số trở kháng động mạch thận liên quan với mức lọc cầu thận và albumin niệu. Nếu bệnh nhân đái tháo đường kết hợp tăng huyết áp thì RI có thể sử dụng để đánh giá mức độ kiểm soát cả chỉ số huyết áp và nồng độ glucose máu. Nếu RI tăng cao thường gặp ở bệnh nhân kiểm soát chưa tốt

chỉ số huyết áp và glucose trong máu. Petersen LJ và cộng sự năm 1995 đã sử dụng hai chỉ số RI, PI để đánh giá bệnh nhân tăng huyết áp có biến chứng thận theo đó cả hai chỉ số trên đều tăng cao so với nhóm chứng là bệnh nhân tăng huyết áp chưa có biến chứng thận, tương ứng RI = 0,76 so với 0,67 thuộc nhóm chứng và PI = 1,65 so với 1,19 của nhóm chứng. Cả hai chỉ số trên đều tương quan nghịch với lưu lượng dòng chảy của động mạch thận và mức lọc cầu thận. Hai chỉ số RI, PI liên quan và là dấu hiệu dự báo tiến triển lâu dài của suy thận mạn tính, phản ánh mức giảm độ lọc cầu thận và độ nặng của bệnh.

V. KẾT LUẬN

Khảo sát các chỉ số hình thái, huyết động động mạch thận bằng phương pháp siêu âm Doppler ở 103 bệnh nhân tăng huyết áp so sánh với 62 trường hợp thuộc nhóm chứng khỏe mạnh có kết luận sau:

- + Kích thước thận tương đương với nhóm chứng.
- + Đường kính gốc động mạch thận nhỏ hơn.
- + Vận tốc đỉnh tâm thu cao hơn, vận tốc cuối tâm trương và lưu lượng dòng chảy thấp hơn.
- + Tỉ số động mạch chủ/động mạch thận; chỉ số trở kháng và chỉ số đập tăng hơn.
- + Tỉ lệ tăng RI, PI tương ứng 73,8% và 65,0%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Vĩnh Hưng (2014).** "Nghiên cứu một số chỉ số huyết động của động mạch thận và mức lọc cầu thận ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát". Luận án Tiến sĩ Y học – Học viện Quân y.
2. **Sarr EHM, Sawadogo A, Leye M, et al (2017).** "Doppler Ultrasound of the Renal Arteries in Hypertensive Patients in Senegal: A cross-sectional study of 21 patients". International Journal of Cardiology and Cardiovascular Research 3(1): pp 031-036.
3. **Chain S, Luciarci H, Feldman G, et al (2006).** "Diagnostic role of new Doppler index in assessment of renal artery stenosis". Cardiovasc Ultrasound 4(4): pp 1/9-7/9.
4. **Granata A, Fiorini F, Andrulli S, et al (2009).** "Doppler ultrasound and renal artery stenosis: An overview". J Ultrasound 12(4): pp 133-143.
5. **Florczak E, Januszewicz M, Januszewicz A, et al (2009).** "Relationship between renal resistive index and early target organ damage in patients with never-treated essential hypertension". Blood Press 18(1-2): pp 55-61.
6. **Calabia J, Torguet P, Garcia I, et al (2014).** "The relationship between renal resistive index, arterial stiffness, and Atherosclerotic Burden: The link between Macrocirculation and Micrcirculation". J Clin Hypertens 16: pp 186-191.

7. **Atalabi OM, Yusuf BP (2012).** *"Comparative Ultrasound Evaluation of Renal Resistive index in Hypertensive and Normotensive Adults in Ibadan, SouthWestern, Nigeria"*. Tropical Journal of Nephrology 7(1): pp 19-26.

THỰC TRẠNG CÔNG TÁC QUẢN LÝ BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI 30 TRẠM Y TẾ THAM GIA MÔ HÌNH PHÒNG, CHỐNG BỆNH KHÔNG LÂY NHIỄM TỈNH HÀ NAM NĂM 2017

Phạm Ngọc Sơn¹, Phạm Thị Dung²,
Trần Thị Phương², Nguyễn Văn Công³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng công tác quản lý bệnh nhân đái tháo đường tại 30 trạm y tế tham gia mô hình phòng, chống bệnh không lây nhiễm tỉnh Hà Nam năm 2017. **Đối tượng nghiên cứu:** Hồ sơ bệnh án, kế hoạch và báo cáo về công tác quản lý bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ) type 2. **Phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp hồi cứu thông qua toàn bộ hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân ĐTĐ type 2. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ trạm y tế có và có sử dụng máy đo đường huyết là 80%; Có tới 43,3% TYT cần nhưng lại không có đủ que thử đường huyết và 53,3% TYT thiếu que thử albumin nước tiểu; Có 20% TYT không có Glibenclamide và 3,3% không có metformine; Công tác tuyên truyền phòng chống ĐTĐ được thực hiện rất tốt với sự đa dạng hóa các loại hình truyền thông và các tài liệu truyền thông; Tỷ lệ người dân được tham gia đánh giá nguy cơ ĐTĐ là 15%, trong đó nghi ngờ ĐTĐ được phát hiện là 985 người (chiếm 0,5% dân số toàn bộ 30 TYT); Số bệnh nhân được quản lý tại 30 TYT là 1.462 bệnh nhân.

Từ khóa: Công tác quản lý; Đái tháo đường type 2; Hà Nam.

SUMMARY

SITUATION OF MANAGING DIABETES PATIENTS AT 30 HEALTH STATIONS PARTICIPATING IN THE MODEL OF NON- COMMUNICABLE DISEASE PREVENTION IN HA NAM IN 2017

Objective: Describe the situation of managing diabetes patients at 30 health stations participating in the model of non-communicable disease prevention in Ha Nam in 2017. **Subject:** Medical records, plans and reports on the management of type 2 diabetic patients. **Method:** Resuscitation method through the entire medical records of type 2 diabetes patients. **Results:** The percentage of commune health stations using blood glucose meters was 80%; Up to 43.3% of commune health stations needed but did not had enough blood test strips and 53.3% of commune health stations lacked urine albumin; There were 20% without glibenclamide and 3.3% without metformin;

¹Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Hà Nam

²Trường Đại học Y Dược Thái Bình

³Ban bảo vệ chăm sóc sức khỏe cán bộ trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Ngọc Sơn

Email: ngocsonhn90@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 3.4.2018

Ngày duyệt bài: 11.4.2018

Diabetes prevention advocacy was well done with the diversification of media types and communication materials; The percentage of people participating in risk assessment for diabetes was 15%, in which suspected diabetes was 985 people (accounting for 0.5% of the total population of 30 commune health stations); The number of patients managed at 30 commune health stations was 1,462.

Keywords: Management; Type 2 diabetes; Ha Nam.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh nội khoa mạn tính, dễ mắc phải và dễ gặp nhất trong các bệnh về chuyển hóa và nội tiết. Bệnh ĐTĐ đang trở thành một vấn đề lớn thách thức nền y học hiện đại, nó gây nhiều tác động bất lợi mang tính xã hội như làm tăng gánh nặng chi phí về y tế, làm suy giảm sức lao động của xã hội, làm tăng tỷ lệ tử vong và rút ngắn tuổi thọ của bệnh nhân [2]. Trên toàn thế giới, mỗi năm có khoảng 17 triệu người tử vong do các bệnh liên quan đến biến chứng của ĐTĐ bao gồm đột quỵ, bệnh mạch máu ngoại vi, hàng triệu người suy thận do biến chứng của ĐTĐ phải tiến hành lọc máu. Theo ước tính vào năm 2025 số người mắc ĐTĐ trên toàn thế giới là 300-330 triệu người, tỷ lệ tương ứng sẽ là 5.4%[1]. Việt Nam là một trong những quốc gia có tốc độ phát triển bệnh ĐTĐ nhanh nhất thế giới về căn bệnh. Điều tra dịch tễ cho thấy tỷ lệ mắc ĐTĐ trên toàn quốc đã tăng từ mức 2.7% (năm 2002) lên 5.7% (năm 2008). Trong công tác điều trị cho bệnh nhân ĐTĐ thì chất lượng điều trị, dự phòng các biến chứng, điều trị và phục hồi chức năng cho các cơ quan bị biến chứng là rất quan trọng. Để đạt được điều này, nâng cao chất lượng quản lý bệnh nhân ĐTĐ tại các cơ sở y tế, điều trị và nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân ĐTĐ được ưu tiên cải thiện [1]. Bên cạnh đó, công tác quản lý bệnh nhân ĐTĐ từ tuyến cơ sở hầu như cũng bị lãng quên. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Mô tả thực trạng công tác quản lý bệnh nhân đái tháo đường tại 30 trạm y tế tham gia mô hình phòng, chống bệnh không lây nhiễm tỉnh Hà Nam năm 2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Địa điểm, thời gian, đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng và địa điểm nghiên cứu: Hồ sơ bệnh án, báo cáo và kế hoạch về công tác quản lý và điều trị ngoại trú bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại 30 trạm y tế thuộc tỉnh Hà Nam.

- Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ 03/2017 – 11/2017.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu theo phương pháp hồi cứu thông qua toàn bộ hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân ĐTĐ type 2 đang điều trị tại 30 TYT và các báo cáo, kế hoạch, chương trình theo tiêu chuẩn lựa chọn.

2.3. Phương pháp thu thập thông tin:

Thu thập thông tin theo mẫu từ các báo cáo, kế hoạch, chương trình khác năm 2016 – 2017 về nhân lực, kinh phí, trang thiết bị, thuốc,... và công tác quản lý điều trị ĐTĐ tại TYT.

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu thứ cấp sau khi được tổng hợp trên phiếu và nhập vào máy sẽ được quản lý và phân tích theo các công thức tính tỷ lệ %, giá trị trung bình, kiểm định t-test, khi bình phương. Cùng với các số liệu rời rạc khác sẽ được so sánh với các tiêu chuẩn về điều trị ĐTĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Mô tả vật tư y tế trong công tác phòng và điều trị đái tháo đường

Vật tư y tế	Có, có sử dụng, đủ		Có, có sử dụng, còn thiếu		Cần nhưng không có		Không cần	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Que thử đường huyết	13	43,3	4	13,3	13	43,3		
Que thử albumin nước tiểu	10	33,3	4	13,3	16	53,3		
Ống thổi để thử lưu lượng đỉnh thở ra	1	3,3			24	80,0	5	16,7

Trong số 30 TYT có 43,3% TYT có đủ que thử đường huyết khi cần, nhưng cũng có tới 43,3% TYT báo cáo rằng họ cần que thử đường huyết nhưng không có đủ để dùng. Tỷ lệ này ở nhu cầu que thử albumin nước tiểu là 53,3% số TYT. Đối với nhu cầu về ống thổi để thử lưu lượng đỉnh thở ra thì có 80% TYT cho rằng cần dùng đến nhưng thực tế ở TYT là không có.

Bảng 3.2. Thực trạng thuốc theo chương trình quốc gia liên quan đến bệnh đái tháo đường

Thuốc	Có, có sử dụng, đủ		Cần nhưng không có		Không cần	
	SL	%	SL	%	SL	%
Metformine	26	86,7	1	3,3	3	10,0
Glibenclamide	19	63,3	6	20,0	5	16,7
Truyền Glucose	28	93,3	1	3,3	1	3,3

Trong số 30 TYT, đa số các loại thuốc là có đủ tại TYT và có sử dụng đến, tỷ lệ này ở thuốc Metformin là 86,7%, thuốc Glibenclamide là 63,3% và truyền glucose là 93,3%. Có 20% TYT cần thuốc Glibenclamide nhưng lại không có để dùng, trong khi có 16,7% số TYT lại cho rằng thuốc này không cần dùng đến. Có 10% TYT cho rằng không cần dùng đến Metformine và 3,3% TYT không cần truyền glucose.

Bảng 3.3. Công tác tuyên truyền dự phòng ĐTĐ ở trạm y tế

Công tác phát hiện sớm, dự phòng và kiểm soát yếu tố nguy cơ ĐTĐ tại các TYT	Số TYT thực hiện	Tỷ lệ (%)
Số TYT thực hiện các hoạt động truyền thông về phòng chống bệnh ĐTĐ	30	100
Số TYT thực hiện đánh giá nguy cơ ĐTĐ	30	100
TYT có tài liệu hướng dẫn tư vấn và điều trị không dùng thuốc đối với bệnh nhân ĐTĐ	29	96,7
TYT có tài liệu hướng dẫn điều trị, quản lý ĐTĐ	29	96,7

100% TYT thực hiện các hoạt động truyền thông về phòng chống bệnh ĐTĐ và thực hiện đánh giá nguy cơ ĐTĐ tại cộng đồng. 96,7% TYT có tài liệu hướng dẫn tư vấn và điều trị không dùng thuốc đối với bệnh nhân ĐTĐ và quản lý bệnh nhân ĐTĐ.

Trong 12 tháng (từ 30/9/2016 đến 30/9/2017), 30 TYT đã thực hiện tổng số buổi truyền thông trực tiếp về phòng chống bệnh ĐTĐ đã được thực hiện tại 30 TYT là 532; số buổi phát thanh về ĐTĐ đã thực hiện là 1.199.

Bảng 3.4. Công tác phòng ngừa, phát hiện ĐTĐ tại cộng đồng ở 30 trạm y tế

Công tác phòng ngừa, phát hiện ĐTĐ tại cộng đồng ở 30 TYT	Số lượng	Tỷ lệ %
Tổng số người được đánh giá nguy cơ ĐTĐ tại cộng đồng bởi y tế thôn và xã	32.681	15,0

Đánh giá nguy cơ ĐTD tại cộng đồng do y tế thôn thực hiện	26.952	12,4
Đánh giá nguy cơ ĐTD tại cộng đồng do y tế xã thực hiện	5.729	2,6
Phát hiện ĐTD ở những người có nguy cơ cao bằng xét nghiệm đường máu nhanh tại trạm	2.781	1,3
Số nghi ngờ ĐTD được phát hiện	985	0,5
Tổng dân số	218.093	100

Tại 30 TYT, 15% dân số tham gia đánh giá nguy cơ ĐTD tại cộng đồng, trong đó 12,4% dân số đã được thực hiện bởi y tế thôn bản và 2,6% được thực hiện bởi cán bộ y tế tại trạm. Tỷ lệ phát hiện ĐTD ở những người có nguy cơ cao bằng xét nghiệm đường máu nhanh tại trạm là 1,3% và tỷ lệ nghi ngờ ĐTD được phát hiện là 0,5%.

Bảng 3.5. Công tác quản lý và điều trị bệnh nhân ĐTD tại TYT

Khám và điều trị ĐTD	Số lượng	Tỷ lệ %
Số bệnh nhân ĐTD khám và điều trị tại trạm không có bệnh án ngoại trú	153	10,5
Số bệnh nhân ĐTD quản lý và điều trị tại trạm, có bệnh án ngoại trú	242	16,6
Số bệnh nhân ĐTD quản lý và điều trị tại trạm, có bệnh án ngoại trú đến khám trong tháng	208	14,2
Tổng số bệnh nhân nghi ngờ ĐTD được TYT chuyển lên tuyến trên để chẩn đoán xác định	499	34,1
Tổng số bệnh nhân ĐTD trạm y tế nhận từ tuyến trên	214	14,6
Tổng số bệnh nhân ĐTD được trạm y tế chuyển lên tuyến trên vì không kiểm soát được đường huyết	117	8,0
Số bệnh nhân ĐTD được quản lý danh sách tại trạm	1.462	100

Số lượng bệnh nhân ĐTD khám và điều trị tại TYT không có bệnh án ngoại trú là 153 (chiếm 10,5%) trong tổng số 1.462 bệnh nhân ĐTD được quản lý danh sách tại TYT. Tỷ lệ bệnh nhân ĐTD được quản lý và điều trị tại TYT có bệnh án ngoại trú là 242 bệnh nhân (chiếm 16,6%). Tỷ lệ bệnh nhân ĐTD quản lý và điều trị tại trạm, có bệnh án ngoại trú đến khám trong tháng là 14,2% (208 bệnh nhân). Tổng số bệnh nhân nghi ngờ ĐTD được TYT chuyển lên tuyến trên để chẩn đoán xác định là 499 người (34,1%). Bệnh nhân ĐTD trạm y tế nhận từ tuyến trên là 214 người (14,6%) và bệnh nhân ĐTD được trạm y tế chuyển lên tuyến trên vì không kiểm soát được đường huyết là 117 người (8%).

IV. BÀN LUẬN

Vật tư y tế như que thử đường huyết thì mới chỉ có 13 TYT (43.3%) có đủ, que thử albumin nước tiểu thì chỉ có 10 TYT (33.3%) là có đủ. Điều này sẽ khiến các TYT gặp khó khăn trong việc phát hiện và quản lý bệnh nhân ĐTD vì thiếu que thử đường huyết. Do vậy việc thiếu que thử đường huyết tại TYT sẽ khiến cho công tác này bị gặp khó khăn, việc thăm khám và đo đường huyết cho bệnh nhân sẽ không thực hiện được nếu thiếu que thử đường huyết.

Thuốc điều trị ĐTD chủ yếu tại TYT là Metformine và Glibenclamide (theo danh mục thông tư 31 của bộ Y tế là metformin, gliclazide, glibenclamide [3]. Mục tiêu của thuốc điều trị

ĐTD là phải phối hợp điều trị hạ đường huyết, truy trì huyết áp, điều chỉnh các rối loạn Lipid và chống rối loạn đông máu. Kết quả khảo sát tại 30 TYT cho thấy chỉ có 26 TYT là có đủ Metformine và 19 TYT có đủ Glibenclamide để cung cấp cho bệnh nhân ĐTD. Như vậy điều này sẽ ảnh hưởng đến chất lượng, hiệu quả điều trị của bệnh nhân ĐTD tại TYT vì thiếu thuốc theo danh mục thuốc điều trị ĐTD của Bộ Y tế đưa ra.

Đối chiếu với chương trình phòng chống các bệnh không lây nhiễm của Bộ Y tế, thì nhân viên y tế tuyến cơ sở (tuyến xã) có bốn vai trò chính trong phòng chống bệnh ĐTD [3], bao gồm thực hiện phòng bệnh cho cộng đồng thông qua giáo dục thay đổi hành vi nguy cơ và xác định những người có nguy cơ mắc bệnh và tác động để loại bỏ các yếu tố nguy cơ đó. Kết quả khảo sát cho thấy công tác tuyên truyền phòng chống và phát hiện ĐTD đang được triển khai tại 30 TYT là khá tốt. 100% TYT đã thực hiện các hoạt động truyền thông và thực hiện đánh giá nguy cơ ĐTD tại cộng đồng. Tuy nhiên 1 TYT là chưa có tài liệu hướng dẫn tư vấn điều trị ĐTD không dùng thuốc và quản lý ĐTD.

Kết quả khảo sát chỉ ra rằng công tác tuyên truyền phòng chống ĐTD tại 30 TYT được thực hiện khá tốt với 52.350 lượt hoạt động truyền thông về dinh dưỡng hợp lý (trong đó cao nhất là 51,5% tư vấn trực tiếp và 37,8% qua thăm hộ). Có 45.624 lượt hoạt động truyền thông về tập luyện thể dục thể thao (trong đó cao nhất là

46,1% qua thăm hộ và 42,6% là qua thăm hộ) được tổ chức. Trong khi đó, sinh hoạt CLB và tổ chức sự kiện chiếm tỷ lệ thấp nhất (dưới 0,1%) và tỷ lệ qua loa phát thanh của xã cũng chiếm tỷ lệ thấp (dưới 10%) ở cả 2 nội dung dinh dưỡng hợp lý và vận động thể lực.

Tài liệu truyền thông rất phong phú, đa dạng với hơn 7.737 tài liệu về dinh dưỡng hợp lý và 10.670 về tập luyện thể dục thể thao ở 30 TYT được khảo sát. Tuy nhiên, ở cả 2 nội dung tập trung chủ yếu là loại hình tờ rơi (chiếm tỷ lệ 93,1% nội dung về dinh dưỡng hợp lý và 93,6% nội dung về tập luyện thể dục thể thao). Ngoài ra, tại 30 TYT còn có các hình thức truyền thông qua áp phích, tranh lật và bài viết truyền thông (đều chiếm dưới 5% mỗi loại ở cả 2 nội dung là dinh dưỡng hợp lý và tập luyện thể dục thể thao.

Để đạt được mục tiêu năm 2015 theo quyết định số 1208/QĐ-TTg ngày 04/9/2012 của Thủ tướng Chính phủ về việc ban hành Chương trình mục tiêu quốc gia y tế giai đoạn 2012 – 2015 [5]: (1) Tăng cường sàng lọc tại cộng đồng nhằm phát hiện sớm những người tiền ĐTD và ĐTD; (2) Quản lý được 60% số người tiền ĐTD và 50% ĐTD type 2 đã được phát hiện thông qua sàng lọc, công tác phòng ngừa ĐTD cũng được thực hiện tốt ở 30 TYT. Tổng số người được đánh giá nguy cơ ĐTD tại cộng đồng bởi y tế thôn và xã (chiếm 15% tổng dân số của 30 xã). Tuy nhiên thống kê này cũng chỉ tính tỷ lệ trên dân số nói chung của 30 TYT mà chưa tính theo tỷ lệ trong nhóm tuổi từ 40-60 tuổi để so sánh với các nghiên cứu khác trên cùng một đối tượng. Với tổng số 985 bệnh nhân ĐTD được phát hiện trong 1 năm qua, nghĩa là trung bình mỗi xã có thêm 30 bệnh nhân ĐTD được phát hiện trong một năm. Điều này sẽ giúp cho việc quản lý điều trị cho bệnh nhân ĐTD được tốt hơn khi phát hiện sớm, chủ động đề phòng các biến chứng diễn ra.

Tổng số bệnh nhân ĐTD được quản lý danh sách tại TYT là 1462 bệnh nhân trên 30 TYT. Tuy nhiên tỷ lệ bệnh nhân ĐTD quản lý và điều trị tại trạm, có bệnh án ngoại trú đến khám trong tháng tại rất thấp, chỉ có 14,2%. Điều này có lẽ phụ thuộc vào kết quả tiến triển của bệnh như không phát sinh các biến chứng nên tỷ lệ bệnh nhân ĐTD đến TYT khám trong tháng qua là thấp. Trong số 1.462 bệnh nhân có 117 bệnh nhân ĐTD (chiếm tỷ lệ 8%) được trạm y tế chuyển lên tuyến trên vì không kiểm soát được đường huyết. Điều này sẽ giúp giảm bớt các chi phí cho bệnh nhân cũng như giảm áp lực cho

tuyến trên. Theo nghiên cứu của Nguyễn Minh Sang và cộng sự năm 2007 cho thấy có 29,8% bệnh nhân ĐTD tự theo dõi tại nhà và chỉ có 64,4% bệnh nhân ĐTD theo dõi tại cơ sở y tế [4]. Trong 1 nghiên cứu năm 2011 của Nguyễn Thị Hồng Vân và cộng sự đã đánh giá hiệu quả mô hình quản lý, theo dõi bệnh ĐTD tại khoa Khám bệnh, Bệnh viện Bạch Mai từ 2006 – 2009, kết quả cho thấy bệnh nhân chưa được quản lý, theo dõi chiếm tỷ lệ 28,8% [6]. Một nghiên cứu của Braga M. và cộng sự (2010) cho thấy 11% bệnh nhân ĐTD không được điều trị và 28% dùng đơn trị liệu [7].

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ trạm y tế có và có sử dụng máy đo đường huyết là 80%.

- Có tới 43,3% TYT cần nhưng lại không có đủ que thử đường huyết do thiếu và 53,3% TYT thiếu que thử albumin nước tiểu. Thực trạng thiếu thuốc điều trị ĐTD ở TYT vẫn còn, có 20% TYT không có Glibenclamide và 3,3% không có metformine.

- Công tác tuyên truyền phòng chống ĐTD được thực hiện rất tốt với sự đa dạng hóa các loại hình truyền thông và các tài liệu truyền thông.

- Công tác phát hiện đánh giá nguy cơ ĐTD được thực hiện tại cộng đồng với sự tham gia và quản lý của CBYT thôn bản và TYT, tỷ lệ người dân được tham gia đánh giá nguy cơ ĐTD là 15%, trong đó nghi ngờ ĐTD được phát hiện là 985 người (chiếm 0,5% dân số toàn bộ 30 TYT).

- TYT thực hiện đầy đủ các trách nhiệm được hướng dẫn bởi Bộ y tế trong công tác quản lý và điều trị bệnh nhân ĐTD. Số bệnh nhân được quản lý tại 30 TYT là 1.462 bệnh nhân.

KHUYẾN NGHỊ

- Trang bị thêm cơ sở vật chất, vật tư y tế, hệ thống giám sát cho các TYT bao gồm: cân, máy đo đường huyết, que thử đường huyết, hệ thống lưu trữ thông tin bằng ứng dụng phần mềm tin học và thuốc điều trị ĐTD

- Duy trì và thúc đẩy hơn nữa công tác tuyên truyền phòng chống ĐTD trong cộng đồng với các hình thức và loại tài liệu truyền thông đa dạng, phong phú. Trong truyền thông, có thể kết hợp, lồng ghép trong các buổi sinh hoạt cộng đồng như họp hội phụ nữ, đoàn thanh niên..

- Duy trì và tăng cường công tác phát hiện, sàng lọc và đánh giá nguy cơ ĐTD tại cộng đồng, quản lý bệnh nhân ĐTD tại TYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tạ Văn Bình (2007)**, *Làm gì để phòng chống bệnh đái tháo đường ở Việt Nam - các phương pháp điều trị và biện pháp dự phòng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. **Bộ Y tế Tỷ lệ đái tháo đường ở Việt Nam tăng 211% sau 10 năm**, truy cập ngày 4/3/2017, tại trang web <http://www.moh.gov.vn/news/pages/tinkhac.aspx?ItemID=242>.
3. **Bộ Y tế (2011)**, Công văn số 110/BYT ngày 21/3/2011 của Bệnh viện Nội tiết trung ương, Bộ Y tế về việc hướng dẫn triển khai hoạt động phòng chống đái tháo đường năm 2011, Bộ Y tế, chủ biên, Hà Nội.
4. **Nguyễn Minh Sang, Nguyễn Khoa Diệu Vân, Nguyễn Quang Bảy (2007)**. Thực trạng kiểm soát đường huyết ở các bệnh nhân Đái tháo đường tuýp 2 nhập viện điều trị tại Khoa Nội tiết, Bệnh viện Bạch Mai, *Tạp chí Nghiên cứu y học*, Phụ trương 53 (5), Tr. 17-23.
5. **Thủ tướng chính phủ (2012)**, Quyết định số 1208/QĐ-TTg ngày 4/9/2012 về việc phê duyệt Chương trình mục tiêu quốc gia Y tế giai đoạn 2012-2015, Chính Phủ, chủ biên, Hà Nội.
6. **Nguyễn Thị Hồng Vân và cộng sự (2011)**, "Nghiên cứu mô hình quản lý, theo dõi, điều trị có kiểm soát ĐTĐ tại khoa Khám bệnh, bệnh viện Bạch Mai, 2008-2009", *Tạp chí Y học thực hành*, 762(4), tr. 137-139.
7. **Braga M., Casanova A., Teoh H., Dawson K.C., et al. (2010)**. Treatment gaps in the management of cardiovascular risk factors in patients with type 2 diabetes in Canada. *The Canadian Journal of Cardiology*, 26 (6), pp. 297-302.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CẮT LỚP VI TÍNH CÁC KHỐI MÁU TỤ NỘI SỌ Ở BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO KÍN

Phùng Anh Tuấn¹, Nguyễn Song Huỳnh²

TÓM TẮT

Mục đích: Nhận xét đặc điểm hình ảnh các khối máu tụ nội sọ ở bệnh nhân chấn thương sọ não kín trên phim chụp cắt lớp vi tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 247 bệnh nhân chấn thương sọ não kín điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 từ 1/2011 đến 12/2011 có hình ảnh máu tụ nội sọ trên phim chụp CLVT. Mô tả hình ảnh, so sánh hình ảnh các loại máu tụ trên phim. **Kết quả:** Máu tụ ngoài màng cứng gặp nhiều nhất 42,5%, máu tụ trong não gặp ít nhất 13,8%. Vị trí máu tụ hay gặp là thùy thái dương 47%, vị trí ít gặp là hố sọ sau 1,6%. Mức độ di lệch đường giữa chủ yếu < 5mm. Khối máu tụ thường hay gặp có thể tích từ 25 - 50ml.

Từ khóa: cắt lớp vi tính, máu tụ nội sọ, chấn thương sọ não kín.

SUMMARY

STUDYING CHARACTERISTICS OF INTRACRANIAL HEMATOMA IMAGES ON COMPUTER TOMOGRAPHY IN CLOSED HEAD INJURY PATIENTS

Objective: To evaluate the characteristics of intracranial hematoma images on computer tomography in closed head injury patients. **Materials and methods:** 247 intracranial hematoma patients treated at 103 hospital from Jan. 2011 to Dec. 2011. Differences imaging characteristics between groups

were tested. **Results:** The epidural hematoma was the most common 42.5% and intracerebral hematoma was least common 13.8%. The common injury location was temporal lobe 47% and the rate injury location was posterior fossa 1.6%. The midline was mostly displaced <5mm. The most common hematoma volume was between 25 and 50ml.

Key Words: CT, intracranial hematoma, closed head injury

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Do sự phát triển của các phương tiện giao thông cũng như mật độ đi lại, các trường hợp chấn thương sọ não (CTSN) đang ngày một gia tăng. Trong số đó, máu tụ nội sọ chiếm một tỷ lệ đáng kể. Đây cũng là nguyên nhân chính gây tử vong cũng như di chứng tàn phế cho bệnh nhân (BN). Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) sọ não là xét nghiệm quan trọng nhất để xác định mức độ tổn thương [1]. Hình ảnh trên phim chụp CLVT cho phép xác định có máu tụ hay không, vị trí, thể tích khối máu tụ trong hộp sọ, các dấu hiệu choán chỗ, các dấu hiệu phù não và tổn thương phổi hợp. Chụp CLVT có khả năng chẩn đoán sớm máu tụ trong sọ trước khi có xuất hiện triệu chứng lâm sàng [2]. Nghiên cứu này của chúng tôi nhằm mục đích mô tả đặc điểm hình ảnh các khối máu tụ nội sọ ở BN CTSN kín trên phim chụp CLVT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 247 BN CTSN điều trị tại khoa ngoại thần kinh B9, Bệnh viện

¹Bệnh viện Quân y 103

²Bệnh viện đa khoa khu vực Tây Nghệ an

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Anh Tuấn

Email: phunganhtuanbv103@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.3.2018

Ngày phản biện khoa học: 27.4.2018

Ngày duyệt bài: 7.5.2018

Quân y 103 có hình ảnh máu tụ trên phim chụp CLVT sọ não từ 1/2011 đến 12/2011.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Hồi cứu mô tả cắt ngang.
- So sánh tần suất xuất hiện dấu hiệu hình ảnh ở các nhóm.
- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:
 - + Các BN CTSN tại khoa B9, Bệnh viện Quân y 103 có hình ảnh máu tụ nội sọ trên phim chụp CLVT.
 - + Phim chụp đảm bảo chất lượng, không rung, hạt lệch.
 - + Hồ sơ bệnh án ghi chép đầy đủ.
- Các thông số nghiên cứu trên phim chụp CT sọ não:
 - + Loại máu tụ: 4 loại [1]
 - . MTNMC: ổ tăng tỷ trọng sạt xương hình thấu kính 2 mặt lõm.
 - . MTDMC: ổ tăng tỷ trọng sạt xương hình liềm
 - . MTTN: ổ tăng tỷ trọng trong nhu mô não, xung quanh có phù não giảm tỷ trọng.
 - . MTPH: kết hợp 2 hoặc 3 loại máu tụ.
- + Vị trí
 - + Thể tích khối máu tụ: xác định theo công thức $V = (A \times B \times C) / 2$ [2]
 - + Mức độ di lệch đường giữa: khoảng cách từ vách trong suốt tới đường nối rãnh xoang dọc trên ở trán và chẩm [1]. Độ I: < 5mm. Độ II: 5 – 10mm. Độ III: > 10mm.

- + Phù não: vùng giảm tỷ trọng bao quanh khối máu tụ [1]
- + Tổn thương xương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung

1.1. Tuổi: Dưới 20: 36 BN (14,6%). Từ 21-40: 142 BN (57,5%). Từ 41-60: 49 BN (19,8%). Trên 60: 20 BN (8,1%)

Nhận xét: Tuổi thường gặp từ 20 đến 40 chiếm 57,5%, tuổi thấp nhất: 12 tuổi, tuổi cao nhất: 86 tuổi, tuổi trung bình: $33,7 \pm 16,5$.

1.2. Giới: Nam 203/247 BN chiếm 82,2%. Nữ 44/247 BN chiếm 17,8%. Tỷ lệ nam/ nữ ~ 4/1.

2. Hình ảnh khối máu tụ trên phim chụp CLVT sọ não.

Bảng 1. Tỷ lệ các loại máu tụ

Loại máu tụ	N = 247	Tỷ lệ %
Máu tụ ngoài màng cứng (MTNMC)	105	42,5%
Máu tụ dưới màng cứng (MTDMC)	54	21,9%
Máu tụ trong não (MTTN)	34	13,7%
Máu tụ phối hợp (MTPH)	54	21,9%

Nhận xét: MTNMC là loại máu tụ hay gặp nhất chiếm tới 42,5%.

Bảng 2. Vị trí máu tụ theo loại máu tụ

Vị trí	MTNMC	MTDMC	MTTN	MTPH	Tổng
Trán	35	7	5	4	51
Thái dương	57	35	10	14	116
Đỉnh	8	11	6	20	45
Chẩm	5	1	4	15	25
Hố sau	0	0	3	1	4
Bao trong	0	0	6	0	6
Tổng	105	54	34	54	247

Nhận xét: Vị trí hay gặp nhất là ở vùng thái dương (116 BN, 47%) và vùng trán (51 BN, 20,6%). Ít gặp nhất ở hố sọ sau (4 BN, 1,6%).

Bảng 3. Loại máu tụ với thể tích khối máu tụ

Thể tích	MTNMC N = 105 (%)	MTDMC N = 54 (%)	MTTN N = 34 (%)	MTPH N = 54 (%)
< 25ml	32 (30,5)	14 (25,9)	10 (29,4)	0 (0)
25 - 50ml	43 (41)	35 (64,8)	20 (58,8)	29 (53,7)
> 50ml	30 (28,4)	5 (9,3)	4 (11,8)	25 (46,3)

Nhận xét: các khối máu tụ có thể tích từ 25 – 50 ml là hay gặp nhất

Bảng 4. Mối liên quan giữa loại máu tụ và phù não

Phù não	MTNMC N=105 (%)	MTDMC N=54 (%)	MTTN N=34 (%)	MTPH N=54 (%)	Tổng N=247(%)
Có	27 (25,7)	29 (53,7)	29 (85,3)	46 (85,2)	131 (53)
Không	78 (74,3)	25 (46,3)	5 (14,7)	8 (14,8)	116 (47)

Nhận xét: MTTN và MTPH là loại máu tụ hay có phù não nhất (85,3% và 85,2%). MTNMC là loại máu tụ ít có phù não nhất (25,7%).

Bảng 5. Loại máu tụ với mức độ di lệch đường giữa

Mức độ	MTNMC	MTDMC	MTTN	MTPH
--------	-------	-------	------	------

DLĐG	N = 105 (%)	N = 54 (%)	N = 34 (%)	N = 54 (%)
< 5mm	72 (68,6)	40 (74,1)	30 (88,2)	29 (53,7)
5 - 10mm	23 (21,9)	10 (18,5)	3 (8,8)	17 (31,5)
> 10mm	10 (9,5)	4 (7,4)	1 (2,9)	8 (14,8)

Nhận xét: đa số các trường hợp đều di lệch đường giữa <5mm.

Bảng 6. Tổn thương xương và loại máu tụ

Vỡ xương	MTNMC N=105 (%)	MTDMC N=54 (%)	MTTN N=34 (%)	MTPH N=54 (%)	Tổng N=247(%)
Có	90 (85,7)	23 (42,6)	10 (29,4)	40 (74,1)	163 (66)
Không	15 (14,3)	31 (57,4)	24 (70,6)	14 (25,9)	94 (34)

Nhận xét: MTNMC có tỷ lệ vỡ xương hộp sọ kết hợp cao nhất (85,7%). MTTN có tỷ lệ vỡ xương kết hợp thấp nhất (29,4%).

IV. BÀN LUẬN

Máu tụ nội sọ là khối máu nằm phía trong hộp sọ. Trên hình ảnh CLVT máu tụ là hình tăng tỷ trọng so với nhu mô não. Máu tụ ngoài màng cứng là khối máu nằm giữa màng cứng và xương hộp sọ. Máu tụ dưới màng cứng là khối máu nằm giữa màng cứng và nhu mô não. Máu tụ trong não là các khối máu tụ nằm sâu trong tổ chức não. Máu tụ phối hợp bao gồm 2 hoặc cả 3 loại máu tụ trên [1].

Kết quả bảng 1 cho thấy trong nghiên cứu của chúng tôi MTNMC hay gặp nhất, chiếm tới 42,5%. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Võ Tấn Sơn cho thấy tỷ lệ các loại máu tụ là MTNMC 48,77%, MTDMC 44,44%, MTTN 6,79% [2].

Bảng 2 cho thấy khối máu tụ có thể gặp ở bất kể vị trí nào, nhưng ở thái dương, trán là hay gặp nhất. Trong nghiên cứu chúng tôi thấy có tới 116 BN (47%) máu tụ vùng thái dương, 51 BN (20,6%) vùng trán. Chỉ có 4/247 (1,6%) máu tụ hố sọ sau. Mỗi quan hệ giữ vị trí máu tụ và loại máu tụ có sự khác biệt rất rõ. MTNMC hay gặp ở vùng trán, thái dương (92/105 = 91%). MTDMC gặp ở vùng thái dương (35/54 = 65%). Vùng hố sọ sau chỉ gặp MTTN và MTPH. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của Salama M cho thấy có tới trên 90% MTNMC gặp ở vùng trán và thái dương [3].

Kết quả bảng 3 cho thấy có 41% MTNMC, 64,8% MTDMC, 58,8% MTTN và 53,7% MTPH có thể tích khối máu tụ từ 25 - 50ml. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tuy nhiên đối với các khối máu tụ có thể tích <25ml và >50ml, có sự khác biệt giữa MTPH và các loại máu tụ khác. Tỷ lệ các khối máu tụ có thể tích < 25ml ở MTNMC là 30,5%, MTDMC 25,9%, MTTN 29,4% và không gặp trường hợp nào của MTPH. Tỷ lệ các khối máu tụ có thể tích > 50ml ở MTNMC là 28,6%, MTDMC 9,3%, MTTN 11,8%

và MTPH 46,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Đây có thể do cơ chế gây nên chấn thương, để tạo nên MTPH cần phải có lực đủ mạnh để tạo nên tổn thương tại chỗ, đối bên hoặc đa ổ [2]. Thể tích máu tụ cũng là dấu hiệu gián tiếp nói lên mức tăng áp lực nội sọ và cũng là dấu hiệu khách quan rất có giá trị trong việc tiên lượng và chỉ định phẫu thuật.

Bao quanh ổ máu tụ có một vùng giảm đậm độ, đó là vùng phù não. Phù não xảy ra trên cơ sở rối loạn vận mạch, phá vỡ hàng rào mạch máu não. Phù có thể lan ra một bán cầu hay cả hai bán cầu. Theo kết quả bảng 4, có 131 BN có phù não chiếm 53%. Kết quả của chúng tôi phù hợp kết quả của Phan Văn Phương thấy phù não chiếm 50,8%, Lê Lệnh Lương phù não chiếm 67,5% [4]. Đối với các loại máu tụ khác nhau, mức độ phù não cũng khác nhau. Trong số 34 BN MTTN, có tới 29 BN có phù não và chỉ có 5 BN không phù. Đây cũng là loại máu tụ gây phù não lớn nhất. Ngược lại, trong số 105 BN MTNMC có tới 78 BN không phù não. Đây là loại máu tụ ít gây phù não nhất. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Các khối máu tụ và phù não sẽ tạo nên hiệu ứng choán chỗ gây di lệch đường giữa. Mức độ di lệch phụ thuộc vào thể tích khối máu tụ, mức độ phù não và loại máu tụ. Theo Liu R và cộng sự, thay đổi đường giữa được sử dụng như một thước đo sự thay đổi đối xứng của não và là một chỉ số quan trọng của mức độ nghiêm trọng trong bệnh lý [5]. Bảng 5 cho thấy có 68,6% MTNMC, 74,1% MTDMC, 88,2% MTTN và 53,7% MTPH có mức độ di lệch đường giữa < 5mm. Mức độ di lệch đường giữa này chiếm phần lớn BN vào viện. Không có sự khác biệt giữa loại máu tụ và mức độ di lệch đường giữa ($p > 0,05$). Tuy nhiên mức độ di lệch của MTTN và MTDMC ít hơn so với MTNMC và MTPH. Kết quả này phù hợp với nhận xét của Yoshihiro T, Tian

H là MTDMC, MTTN ít thay đổi đường giữa [6],[7].

Bảng 6 cho thấy có 163/247 BN (66%) có tổn thương xương sọ. Có 85,7% BN MTNMC và 74% BN MTPH có vỡ xương hộp sọ. Tỷ lệ vỡ xương hộp sọ ở 2 nhóm này cao hơn so với MTDMC 42,6% và MTTN 29,4%. Lê Lệnh Lương thấy có 61,3% MTNMC và 71,3% MTPH có vỡ xương hộp sọ [4].

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm chung

- Lứa tuổi thường gặp nhất từ 20 đến 40 chiếm 57,5%,
 - Tỷ lệ nam/nữ ~ 4/1

2. Đặc điểm hình ảnh CLVT máu tụ nội sọ cấp tính

- Tổn thương MTNMC gặp nhiều nhất 42,5%, MTTN gặp ít nhất 13,8%.
 - Vị trí tổn thương hay gặp là thùy thái dương 47%, trán 20,6%, vị trí ít gặp là hố sọ sau 1,6%.
 - Mức độ di lệch đường giữa chủ yếu < 5mm.
 - Đa số các khối máu tụ có thể tích từ 25 - 50ml

- Vỡ xương hộp sọ hay gặp ở MTNMC 85,7% và MTPH 74%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Phạm Ngọc Hoa và Lê Văn Phước (2006).** *Bài giảng chẩn đoán X quang*, Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh, 3 – 26.
- 2. Võ Tấn Sơn (1999).** *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, vai trò chụp cắt lớp vi tính và điều trị máu tụ trong não ở bán cầu đại não do chấn thương kín*, Luận án Tiến sỹ Y học, Học viện Quân y.
- 3. Salama M and Eissa E (2010).** Conservative Management of Extradural Hematoma: Experience with 70 cases. *E.J.N.S*, 25(2).
- 4. Lê Lệnh Lương (2000).** *Nghiên cứu mối tương quan giữa hình ảnh cắt lớp vi tính với thang điểm Glasgow của máu tụ trong sọ cấp tính do chấn thương*, Luận văn thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà nội.
- 5. Liu R, Li S, Tan C et al (2009).** From Hemorrhage to Midline Shift: A new method of tracing the deformed midline in traumatic brain injury CT images. *The Moe Research Grant R*, 25, 349 – 355.
- 6. Toyama Y and Kobayashi T (2005).** CT for acute stage of closed head injury, *Radiation Medicine*, 23(5), 309–316.
- 7. Tian H (2008).** Risk factors related to hospital mortality in patients with isolated traumatic acute subdural haematoma: analysis of 308 patients undergone surgery. *Chin Med J*, 121(12), 1080 – 1084.

KẾT QUẢ SỬ DỤNG THẤU KÍNH NỘI NHÃN ĐA TIÊU CỰ TRONG PHẪU THUẬT PHACO

Vũ Anh Tuấn¹, Bùi Thị Vân Anh², Vũ Hải Long¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả thị lực nhìn xa, trung gian, nhìn gần và sự hài lòng của bệnh nhân thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật đặt kính nội nhãn 3 tiêu cự. **Đối tượng và phương pháp:** 32 mắt của 32 bệnh nhân đục thể thủy tinh được chọn vào nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng trong khoảng thời gian từ 2/2015 đến 3/2017. Tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm bệnh nhân đục thể thủy tinh tuổi từ 50 đến 80, loạn thị dưới 1,5D, trục nhãn cầu trong khoảng 22 – 25mm, không có dấu hiệu của bệnh mắt khác ngoài bệnh đục thể thủy tinh và có nguyện vọng được đặt kính nội nhãn đa tiêu. **Kết quả:** Thị lực nhìn xa trung bình trước mổ $0,82 \pm 0,29$. Sau 6 tháng thị lực không chỉnh kính nhìn xa là $0,09 \pm 0,12$ logMAR; nhìn trung gian là $0,16 \pm 0,12$ logMAR và nhìn gần là $0,11 \pm 0,06$ logMAR. Thị lực nhìn xa sau chỉnh kính tối đa là $0,02 \pm 0,06$ logMAR, nhìn trung gian là $0,03 \pm 0,04$ logMAR và

nhìn gần là $0,02 \pm 0,05$ logMAR. Hầu hết bệnh nhân không cần dùng kính ở tất cả các khoảng cách và hài lòng với chức năng thị giác ở mức điểm 7,95/10; một số có cảm giác loá mắt nhẹ, giảm dần theo thời gian. **Kết luận:** Thấu kính nội nhãn ba tiêu cự cho kết quả thị lực cao ở tất cả các khoảng cách, đem lại mức độ hài lòng rất cao, giảm sự phụ thuộc vào kính đeo của người bệnh.

Từ khóa: Thấu kính đa tiêu cự, sự hài lòng của người bệnh

SUMMARY

RESULTS OF USING TRIFOCAL INTRAOCULAR LENS IN PHACOEMULSIFICATION SURGERY

Purpose: To evaluate distance, intermediate, and near visual acuity and patient satisfaction over a period of 6 months after implantation of the trifocal intraocular lens. **Subject and Methods:** Fifty-two eyes of 32 cataract patients were included in this experimental study from February 2015 to March 2017. The subjects of the study were patients aged 50 to 80 with cataract, astigmatism under 1.50D, the long axis is 22 to 25 mm, no signs of an existing ocular disease other than cataract and the intention to set multifocal IOL. **Results:** Preoperative mean distance

¹Trường Đại học Y Hà Nội
²Bệnh viện Mắt Trung ương
 Chịu trách nhiệm chính: Vũ Anh Tuấn
 Email: vuanhtuan64@gmail.com
 Ngày nhận bài: 14.2.2018
 Ngày phản biện khoa học: 13.4.2018
 Ngày duyệt bài: 26.4.2018

uncorrected visual acuity (UCVA) was 0.82 ± 0.29 LogMAR. At 6 months, UCVA improved to 0.09 ± 0.12 logMAR, uncorrected intermediate visual acuity (UCiVA) was 0.16 ± 0.12 LogMAR, and near uncorrected visual acuity (UNVA) was 0.11 ± 0.06 logMAR. Mean distance corrected visual acuity (DCVA) was 0.02 ± 0.06 logMAR, intermediate corrected visual acuity 0.03 ± 0.04 logMAR và near corrected visual acuity 0.02 ± 0.05 logMAR. Almost all patients did not need glasses at all distances and were satisfied with visual function at a score of 7.95/10; Some have mild halo, which decreases with time. **Conclusions:** Trifocal IOL provided excellent visual outcomes at all distances, leading to high levels of patient satisfaction and spectacle independence.

Keywords: Multifocal intraocular lens, patient satisfaction

TÓM TẮT

Phẫu thuật tán nhuyễn thủy tinh thể (phacoemulsification gọi tắt là phẫu thuật phaco) kèm với đặt thấu kính nội nhãn (TKNN) đã được áp dụng một cách thường qui tại hầu hết các cơ sở chuyên khoa mắt. Tuy nhiên TKNN được dùng phổ biến vẫn là thấu kính đơn tiêu cự, chủ yếu giúp người bệnh nhìn xa. Người bệnh cần mang thêm kính khi nhìn gần và gặp khó khăn với nhìn trung gian. TKNN đa tiêu cự đã được sử dụng tại Hoa Kỳ vào năm 1997 có khả năng điều chỉnh tầm nhìn từ xa đến gần nhưng việc sử dụng ở Việt Nam còn rất hạn chế do giá thành cao và đôi khi chưa đáp ứng hết những kỳ vọng của người bệnh.

Mục tiêu của TKNN đa tiêu cự là phục hồi chức năng thị giác, đảm bảo sự hài lòng và nâng cao chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy bệnh nhân được đặt TKNN đa tiêu cự có chức năng thị giác và sự hài lòng cao hơn so với những bệnh nhân nhận TKNN đơn tiêu có thiết kế tương đương.[1] Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng này với mục tiêu đánh giá kết quả về chức năng thị giác và sự hài lòng của người bệnh đục thể thủy tinh sau phẫu thuật phaco đặt TKNN đa tiêu cự.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng không đối chứng được tiến hành từ tháng 2 năm 2015 đến tháng 3 năm 2017. Đối tượng của nghiên cứu là những bệnh nhân từ 50 đến 80 tuổi bị đục thể thủy tinh, loạn thị giác mạc dưới 1,50D, trục nhãn cầu có chiều dài từ 22 đến 25 mm, không có dấu hiệu của một bệnh mắt hiện tại ngoài đục thể thủy tinh và có nguyện vọng đặt TKNN đa tiêu cự. Bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn

được tư vấn đầy đủ về những hạn chế tiềm ẩn của thấu kính đa tiêu cự như tăng độ chói và quang sáng vào ban đêm, thời gian thích nghi với kính sẽ dài hơn so với thấu kính đơn tiêu.

Các chỉ số sinh trắc để tính công suất thấu kính được đo bằng máy IOL Master 500 Carl Zeiss. Phẫu thuật phaco được thực hiện qua đường hầm giác mạc 2,2mm không khâu bởi một phẫu thuật viên duy nhất. Xé bao liên tục hình tròn đường kính 5,0 – 5,5mm. Tán nhân bằng máy Infinity của hãng Alcon và đặt kính nội nhãn đa tiêu AT Lisa Tri 839MP của Zeiss. Kính nội nhãn này được làm từ chất liệu acrylic ưa nước nhưng được bọc ngoài bằng một lớp kỵ nước. Phần quang học có đường kính 6mm bổ xung thêm 3,33D nhìn gần và 1,66D nhìn trung gian. Năng lượng ánh sáng phân bố 50% cho nhìn xa, 20% nhìn trung gian và 30% cho nhìn gần.

Các chỉ số nghiên cứu là thị lực nhìn xa, nhìn trung gian, nhìn gần không kính và có chỉnh kính, thời gian sử dụng kính và bộ câu hỏi đánh giá chất lượng sống, sai lệch khúc xạ và các biến chứng.

Dữ liệu lâm sàng được ghi nhận trước khi phẫu thuật và vào các thời điểm 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng sau phẫu thuật cho mỗi mắt.

Đo thị lực nhìn xa không chỉnh kính và chỉnh kính tối đa bằng bảng Snellen 30 feet rồi qui đổi ra giá trị logMAR. Thị lực trung gian và thị lực nhìn gần (dưới đèn sáng) sử dụng bảng LogMAR với khoảng cách 80 cm và 40 cm.

Sự hài lòng của bệnh nhân dựa vào bảng câu hỏi *visual phenomena questionnaire* của Alfonso (2009). Các câu trả lời được tính điểm từ 0 đến 5 (0 = không có; 1 = tối thiểu; 2, 3 và 4 = mức độ tăng dần; 5 = nghiêm trọng). Bệnh nhân đánh giá sự hài lòng với thị giác của họ theo mức từ 1 đến 10 (1 = mất năng lực, 10 = xuất sắc).

Phân tích dữ liệu được thực hiện bằng cách sử dụng SPSS cho Windows (phiên bản 16.0, SPSS, Inc.). Giá trị trung bình và độ lệch chuẩn được tính cho tất cả các biến số. Test t ghép cặp được thực hiện để so sánh kết quả ở các thời điểm. Sự khác biệt được xem xét có ý nghĩa thống kê khi giá trị p nhỏ hơn 0,01.

Dữ liệu phân loại được so sánh bằng thử nghiệm χ^2 (chi-square) hoặc kiểm tra chính xác Fisher khi các giả định cho kiểm tra χ^2 không được đáp ứng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nhóm bệnh nhân nghiên cứu bao gồm 32 mắt của 18 nữ và 14 nam giới. Độ tuổi trung bình là $68,2 \pm 7,6$ năm. Các dữ liệu trước phẫu thuật được liệt kê trong bảng 1.

Bảng 1: Số liệu trước phẫu thuật

	Trung bình	Min – Max
Nhấn áp(mmHg)	16,33 ±2.51	10–20
Thị lực (logMAR)	0,82 ± 0.29	0,48–2,00
Trục nhãn cầu (mm)	22,63 ± 1,18	20,35–26.52
Khúc xạ giác mạc (D)	44,27 ± 1,26	41,30–46,45

Độ loạn thị (D)	0,40 ± 0,34	0–1,5
Công suất kính NN (D)	20,96 ± 3,25	15–26

Có một trường hợp kính bị tổn thương nhẹ quá trình lắp đặt nhưng không ảnh hưởng đến phần quang học. Ngoài ra không có biến chứng nào khác được ghi nhận.

Bảng 2: Thị lực trung bình sau phẫu thuật

Thị lực LogMAR	Không chỉnh kính			Chỉnh kính tối đa		
	1 tháng	3 tháng	6 tháng	1 tháng	3 tháng	6 tháng
Nhìn xa	0,11 ± 0,10	0,08 ± 0,11	0,09 ± 0,12	0,03 ± 0,07	0,02 ± 0,06	0,02 ± 0,06
Trung gian	0,18 ± 0,11	0,16 ± 0,12	0,16 ± 0,12	0,04 ± 0,05	0,03 ± 0,05	0,03 ± 0,04
Nhìn gần	0,11 ± 0,07	0,11 ± 0,06	0,11 ± 0,06	0,03 ± 0,05	0,02 ± 0,05	0,02 ± 0,05

Viết tắt: MAR, minimum angle of resolution (góc phân giải tối thiểu)

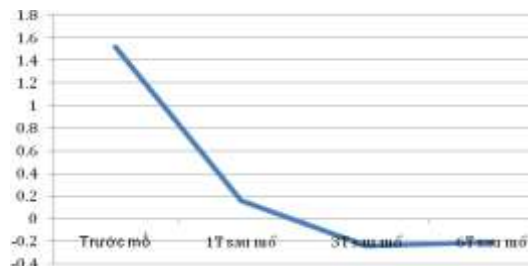
Sau phẫu thuật một tháng kết quả thị lực có sự khác biệt rõ ràng so với thị lực trước phẫu thuật với mức $p < 0,001$. Thị lực nhìn xa trung bình không chỉnh kính là $0,11 \pm 0,10$ logMAR, và thị lực được chỉnh tối đa là $0,03 \pm 0,07$ logMAR. Sau 3 tháng thị lực nhìn xa có sự cải thiện hơn thời điểm 1 tháng có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Sau 6 tháng thị lực không có sự khác biệt với thời điểm 3 tháng. Thị lực nhìn gần và nhìn trung gian cũng có diễn biến tương tự như thị lực nhìn xa.

Bảng 3: Kết quả thị lực sau 6 tháng (n= 32)

	Xa		Trung gian		Gần	
	Ko kính	Có kính	Ko kính	Có kính	Ko kính	Có kính
LogMAR <0,1 (≥20/25)	19 (59,4%)	26 (81,2%)	17 (53,1%)	21 (65,6%)	18 (56,3%)	25 (78,1%)
LgMAR 0,18 – 0,4 (20/30 -20/50)	12 (37,5%)	6 (18,8%)	10 (31,3%)	9 (28,2%)	13 (43,7%)	7 (21,9%)
LgMAR 0,48 – 0,6 (20/60 – 20/80)	1 (3,1%)	0	5 (15,6%)	2 (6,2%)	0	0
LgMAR > 0,6 (< 20/80)	0	0	0	0	0	0

Sau 6 tháng thị lực từ 20/25 trở lên không chỉnh kính có 59,4%. Nếu chỉnh kính, với số kính rất nhẹ, thị lực $\geq 20/25$ đạt được ở 81,2% số mắt. Khả năng nhìn trung gian đạt $\geq 20/25$ là 53,1% khi chưa chỉnh kính và 65,6% sau chỉnh kính. Thị lực nhìn gần không kính cũng có 56,3% đạt được mức $\geq 20/25$, sau chỉnh kính có 78,1% đạt mức thị lực này.

Khúc xạ tương đương cầu trước mổ là 1,52D do có một số trường hợp có tật khúc xạ hình cầu. Sau mổ 1 tháng về rất thấp chỉ 0,14D nhưng sau đó tăng nhẹ lên -0,24D ở thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật. Thời điểm 6 khúc xạ tương đương cầu là -0,21D không khác biệt với thời điểm 3 tháng.



Biểu đồ 1: Khúc xạ tương đương cầu trung bình tại các thời điểm

Bảng 4: Mức độ sử dụng kính

	Luôn luôn	Thường xuyên	Thỉnh thoảng	Hiếm khi	Không bao giờ
Nhìn xa					100
Trung gian				4	96
Nhìn gần			4	6	90

Hầu hết bệnh nhân không bao giờ sử dụng kính. Chỉ có 4% thỉnh thoảng và 6% hiếm khi cần dùng kính nhìn gần.

Bảng 5: Đánh giá chất lượng sống

Câu hỏi	Trung bình	Độ lệch
Khó khăn khi di chuyển		
- loá mắt	0,42	0,88
- quầng sáng	0,15	0,42
Khó khăn trong sinh hoạt		
- khi xem TV	0,05	0,18
- khi nhìn gần	0,12	0,26
- khi làm bếp	0	0
- khi dùng điện thoại	0,08	0,10
- khi chơi thể thao	0	0
- khi mua sắm	0	0
Mức độ hài lòng chung về thị giác	7,95	1,04

Thang điểm với sự hài lòng về thị giác là từ 1 (hoàn toàn không hài lòng) đến 10. Với các câu hỏi khác là từ 0 (không khó khăn gì) đến 5 (rất khó khăn).

Có một số bệnh nhân cảm thấy loá mắt nhẹ, còn trong các hoạt động thường ngày như xem TV, đọc sách, mua sắm, chơi thể thao... hầu hết đều không gặp khó khăn gì. Mức độ hài lòng chung về chức năng thị giác gần đạt 8 điểm, rất hài lòng.

IV. BÀN LUẬN

Tất cả bệnh nhân chọn TKNN đa tiêu cự đều kỳ vọng sẽ có được chức năng thị giác hoàn hảo sau phẫu thuật do vậy việc lựa chọn bệnh nhân và tính chính xác công suất TKNN là vô cùng quan trọng. Trong nghiên cứu này tất cả bệnh nhân của chúng tôi đều được lựa chọn theo tiêu chuẩn chặt chẽ, khám đáy mắt kỹ lưỡng và đo sinh trắc bằng máy IOL Master 500 của Zeiss, sử dụng công thức Haigis để tính công suất TKNN đa tiêu cự. Kết quả cho thấy hầu hết bệnh nhân có khúc xạ hình cầu sau mổ trong khoảng từ 0 đến $\pm 0,5D$. Khúc xạ tương đương cầu chỉ có 0,14D đã cho thấy máy IOL Master 500 và công thức Haigis đã cho kết quả khúc xạ gần như hoàn hảo. Sau 3 tháng khúc xạ có tăng 1 chút lên -0,24D là do sự xơ cơ của túi bao làm cho TKNN dịch chuyển nhẹ về phía trước và tiếp tục giữ ổn định ở 6 tháng.

Trước đây, với TKNN 2 tiêu cự tầm nhìn trung gian chưa được quan tâm đúng mực. [Forte (2008), De Vries (2008)]. Nhưng trong cuộc sống thường ngày tầm nhìn trung gian lại rất quan trọng đối với các hoạt động như mua sắm, đọc các bảng điều khiển và làm việc với máy tính. Thông thường, khoảng cách từ 50 cm đến 100

cm từ một đối tượng được coi là tầm nhìn trung gian; tuy nhiên đến nay vẫn chưa có định nghĩa rõ ràng thống nhất về khoảng nhìn này. Mojzis và cộng sự (2014) đã thu được thị lực nhìn trung gian không chỉnh kính trung bình là $0,08 \pm 0,10$ logMAR 6 tháng sau khi dùng AT LISA tri 839[2]. Trong khi Alio và cs (2013) thu được giá trị thị lực trung gian trung bình là $0,20 \pm 0,11$ logMAR 6 tháng sau phẫu thuật đặt TKNN Fine Vision. Kết quả thị lực nhìn trung gian của chúng tôi ($0,16 \pm 0,12$ logMAR) phù hợp với kết quả được báo cáo bởi Mojzis và Alio đã khẳng định khả năng cung cấp tầm nhìn trung gian của TKNN 3 tiêu cự công nghệ nhiễu xạ. Kính AT Lisa Tri được thiết kế bổ sung thêm 1,66D nhìn trung gian nhờ vậy có thể đem lại cái nhìn rõ nét ở khoảng cách 60 – 80cm cho người bệnh.

Tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi, thị lực ở các cự li khác nhau đều ở mức cao. Thị lực nhìn xa chưa chỉnh kính hầu hết đạt 0,18 logMAR tương đương với thị lực 20/30. Thị lực nhìn gần còn cao hơn, hầu hết đạt mức 20/25 – 20/20. Thị lực trung gian ở khoảng cách 80 cm là $0,16 \pm 0,12$ logMAR (hầu hết trong khoảng 20/30 – 20/20) chứng tỏ sự bổ sung công suất cho nhìn trung gian và nhìn gần của kính ATLisaTri là khá hợp lý.

Mendicute (2016) cũng dùng TKNN AT Lisa Tri cho kết quả sau 3 tháng 100% đạt thị lực $\geq 20/25$ mà không cần dùng kính khi nhìn xa, thị lực trung bình là $0,03 \pm 0,09$ logMAR.[3] Lawless (2017) dùng TKNN IQ Panoptix của Alcon cũng thu được thị lực trung bình không chỉnh kính là $0,01 \pm 0,10$ logMAR trong đó 78,8% có thị lực 20/20 hoặc tốt hơn[4].

Kết quả thị lực nhìn gần không chỉnh kính của TKNN đa tiêu cũng rất cao. Vryghem (2013) đã thu được kết quả thị lực nhìn gần không chỉnh kính là $0,11 \pm 0,12$ logMAR.[5] Mencucci và cs (2017) thu được kết quả thị lực nhìn gần không chỉnh kính là $0,21 \pm 0,05$ logMAR.[6] So với 2 tác giả trên kết quả của chúng tôi, thị lực nhìn gần không chỉnh kính = $0,11 \pm 0,06$ logMAR, là hoàn toàn tương đồng.

Về mức độ sử dụng kính chúng tôi thấy tất cả bệnh nhân đều không bao giờ dùng kính khi nhìn xa và chỉ có 10% số bệnh nhân thỉnh thoảng dùng kính khi nhìn gần. Đây là sự khác biệt rõ nét nhất giữa TKNN đơn tiêu cự và đa tiêu cự. Sheppard (2013) có kết quả nhìn gần không chỉnh kính là $0,12 \pm 0,13$ và có chỉnh kính là $0,05 \pm 0,06$ logMAR[7]. Điều đó có nghĩa là thị lực nhìn gần không chỉnh kính tương đương

20/26 còn sau chỉnh kính tương đương 20/22 do vậy hầu hết bệnh nhân thấy thoải mái với thị lực này nên không cần mang kính khi nhìn gần. Chỉ có một số ít bệnh nhân cần đến kính trong những trường hợp đọc chữ rất nhỏ trong tờ đơn thuốc.

Đánh giá chất lượng sống cho thấy tỷ lệ có loá mắt và quầng sáng khá cao khi so với IOL đơn tiêu cự. Đây là hạn chế cố hữu của IOL đa tiêu cự do cấu tạo quang học của kính gồm nhiều vòng tròn đồng tâm xếp chồng lên nhau nên làm tăng hiện tượng tán xạ do vậy bệnh nhân dễ bị chói loá hoặc quầng sáng khi nhìn vào nguồn sáng đặc biệt là khi lưu thông buổi tối trên đường bị đèn pha của xe ngược chiều quét qua mắt. Nghiên cứu của Forte (2008) cũng cho thấy tỷ lệ loá mắt và quầng sáng sau đặt TKNN đa tiêu cự lần lượt là 10% và 13% ở thời điểm 6 tháng, nhưng tỷ lệ này giảm xuống còn 7% và 5% ở thời điểm 2 năm sau phẫu thuật. De Vries cũng thu được kết quả tương tự và nhận định rằng cần có thời gian để não người bệnh thích nghi với cách làm việc của TKNN đa tiêu do vậy chức năng thị giác càng ngày càng được cải thiện khi dùng loại TKNN này. Tuy nhiên cho đến nay các tác giả vẫn thống nhất không nên dùng kính này cho những người làm nghề lái xe đêm còn với những người ít ra khỏi nhà vào buổi tối hoặc nếu đi cũng không phải tự lái xe thì mới nên đặt TKNN đa tiêu cự.

V. KẾT LUẬN

Kính nội nhãn ba tiêu cự cho phép mang lại thị lực tốt ở cả khoảng cách xa, trung gian và nhìn gần. Đem lại sự hài lòng cao về chức năng thị giác, hạn chế sự phụ thuộc vào kính cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Breyer D, Kaymak H, Auffarth G.U, Hagen P.R. Multifocal Intraocular Lenses and Extended Depth of Focus Intraocular Lenses. Asia-Pac J Ophthalmol 2017;6:339–349
2. Mojzis P, Pena-Garcia P, Liehneova I, Ziak P, Alio JL. Outcomes of a new diffractive trifocal intraocular lens. J Cataract Refract Surg 2014; 40:60–69
3. Mendicute J, Kapp A, Levy P, Krommes G et al. Evaluation of visual outcomes and patient satisfaction after implantation of a diffractive trifocal intraocular lens. J Cataract Refract Surg 2016; 42:203–210
4. Lawless M, Hodge C, Reich J, Levitz L. et al. Visual and refractive outcomes following implantation of a new trifocal intraocular lens. Eye and Vision 2017; 4:10-15
5. Vryghem J.C, Heireman S. Visual performance after the implantation of a new trifocal intraocular lens. Clinical Ophthalmology 2013;7 1957–1965
6. Mencucci R, Favuzza E, Caporossi O, Rizzo S. Visual performance, reading ability and patient satisfaction after implantation of a diffractive trifocal intraocular lens. Clinical Ophthalmology 2017;11 1987–1993
7. Sheppard AL, Shah S, Bhatt U, Bhogal G, Wolffsohn JS. Visual outcomes and subjective experience after bilateral implantation of a new diffractive trifocal intraocular lens. J Cataract Refract Surg 2013; 39:343–349

TRIỆT ĐỐT QUA CATHETER BẰNG NĂNG LƯỢNG SÓNG TẦN SỐ RADIO: KINH NGHIỆM ĐIỀU TRỊ TIM NHANH TRÊN THẤT Ở TRẺ NHỎ

Nguyễn Thanh Hải¹, Nguyễn Lâm Việt², Phạm Quốc Khánh³

TÓM TẮT

Điều trị tim nhanh trên thất (TNTT) bằng triệt đốt qua catheter bằng năng lượng sóng tần số radio (RFCA) ở trẻ nhỏ ≤ 15 kg vẫn là đề tài tranh luận về tính an toàn của thủ thuật. Nghiên cứu này nhằm đánh giá tính an toàn và hiệu quả của phương pháp điều trị TNTT ở trẻ nhỏ bằng RFCA. Nghiên cứu này hồi cứu số liệu 102 trẻ có cân nặng ≤ 15kg bị TNTT

được điều trị bằng RFCA tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ 2013 đến 2016. Tuổi là $1,43 \pm 1,46$ tuổi, cân nặng $8,68 \pm 3,68$ kg, và 21% trẻ bị tim bẩm sinh. Thăm dò điện sinh lý chỉ ra: 83 trường hợp (81,4%) có tim nhanh vào lại nhĩ thất (TNVLNT); 16 (15,7%) có tim nhanh vào lại nhĩ nút nhĩ thất (VTNLNNT); 5 (4,9%) tim nhanh nhĩ (TNN), 1 cuồng nhĩ. Có 7(6,9%) thể phổi hợp TNVLNT với một loại cơn tim nhanh khác (3 TNVLNNT, 3 rung nhĩ, 1 TNN). Tỷ lệ thành công sớm của RFCA là 95,1% và tái phát là 6,8% với thời gian theo dõi $1,37 \pm 0,95$ năm, mọi bệnh nhi tái phát đều được tái RFCA thành công. Không có tử vong và tai biến nguy hiểm. Phương pháp điều trị TNTT ở trẻ nhỏ bằng RFCA bằng năng lượng sóng tần số radio có thể được thực hiện an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Trẻ em, tim nhanh trên thất, hội chứng Wolff-Parkinson-White, triệt đốt.

SUMMARY

¹Bệnh viện Nhi trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Viện Tim mạch Việt Nam – Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Hải

Email: hai.nhp@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 6.4.2018

Ngày duyệt bài: 13.4.2018

RADIOFREQUENCY CATHETER ABLATION: EXPERIENCE IN INFANTS AND SMALL CHILDREN WITH SUPRAVENTRICULAR TACHYCARDIAS

The radiofrequency catheter ablation (RFCA) for the management of supraventricular tachycardia (SVT) in infants and small children remains controversial. The aim of this study was to evaluate the safety and efficacy of RFCA in small children with SVT. All patients ≤ 15 kg, who underwent RFCA, were evaluated retrospectively from Feb 2013 to Jan 2017. RFCA procedures were performed in 102 patients, including 21% of them with structural congenital heart diseases. Patient age was 1.43 ± 1.46 years and patient weight was $8,68 \pm 3,68$ kg. Among cohort studied, 81,4% had atrio-ventricular reentrant tachycardias, 15,7% had atrioventricular nodal reentrant tachycardia, 4,9% had atrial tachycardia, 6,9% had miscellaneous tachycardias. The acute success rate of RFCA was 95,1% patients. The recurrent rate was 6,8% with the follow-up time of $1,37 \pm 0,95$ years. None of the patients developed major complications or death. Our study suggests that RFCA may be safe and reliable in small children with SVT.

Key words: children, supraventricular tachycardia, Wolff-Parkinson-White, radiofrequency catheter ablation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

TNTT là loại rối loạn nhịp cấp cứu hay gặp nhất ở trẻ em. Trong đó TNVLNT trong hội chứng Wolff-Parkinson-White (WPW) là loại TNTT chủ yếu ở trẻ nhỏ. Điều trị TNTT bằng các thuốc chống loạn nhịp vẫn là phương pháp điều trị phổ biến nhất. Tuy nhiên, hạn chế phương pháp này là tỉ lệ kháng các thuốc chống loạn nhịp cao, tác dụng phụ của thuốc và tỷ lệ tự lui bệnh thấp [1,2].

Ngày nay, RFCA là phương pháp điều trị được lựa chọn hàng đầu đối với bệnh nhân là người lớn và trẻ lớn bị TNTT [3]. Tuy nhiên, đối với trẻ

nhỏ phương pháp này vẫn còn là đề tài tranh luận về nguy cơ tai biến của thủ thuật [4]. Một số báo cáo đơn trung tâm với số lượng bệnh nhân hạn chế gần đây chỉ ra rằng phương pháp RFCA có thể được thực hiện an toàn và hiệu quả đối với trẻ nhỏ [5].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Lựa chọn bệnh nhân: Các bệnh nhi có cân nặng ≤ 15 kg bị TNTT có chỉ định điều trị bằng RFCA từ 2013-2016. Bao gồm các trường hợp: cơn TNTT kháng thuốc có suy giảm huyết động, tác dụng phụ của thuốc chống loạn nhịp, bệnh cơ tim giãn do tim nhanh hoặc do bất đồng bộ, WPW không triệu chứng nhưng có đường phụ nhĩ thất nguy cơ cao (khoảng RR tiền kích thích ngắn nhất ≤ 250 mili giây).

Thăm dò điện sinh lý: Sau khi bệnh nhân dùng uống các thuốc chống loạn nhịp ít nhất bằng 5 lần thời gian bán thải của thuốc, thăm dò điện sinh lý được tiến hành trong khi trẻ được gây mê nội khí quản. Hai đến bốn catheter chẩn đoán 4F được đưa vào trong tim qua các tĩnh mạch và được đặt tại các vị trí: xoang vành, nhĩ phải cao, His, thất phải. Thông thường, một catheter 10 điện cực 4F dùng chung cho thất phải và His (hình 1).

Thăm dò điện sinh lý được thực hiện theo quy trình thống nhất. Sau khi ghi điện tim và đo các khoảng ở trạng thái cơ sở, kích thích tim theo chương trình được thực hiện. Trong trường hợp không gây được cơn tim nhanh, bệnh nhân được kích thích tim trong khi truyền Isuprel liều 0,025 đến 0,5 μ g/kg/phút Phân tích đặc điểm điện sinh lý nhằm xác định cơ chế cơn tim nhanh, đặc điểm đường phụ nhĩ thất.



Hình 1: Hình ảnh X-Quang đốt đường phụ nhĩ thất thành bên trái, trẻ 27 ngày tuổi.

Catheter đốt đưa qua lỗ PFO, catheter 10 điện cực 4F dùng chung cho His-thất phải.

Hình bên trái tư thế chiếu thẳng, bên phải tư thế chiếu ngang.

Kỹ thuật triệt đốt qua catheter: Trong trường hợp triệt đốt mô bệnh bên phải, catheter đốt 5F được đưa qua tĩnh mạch đùi phải hoặc tĩnh mạch cảnh trong phải vào nhĩ phải. Khi mô

bệnh bên trái thì catheter được đưa qua lỗ PFO, hoặc chọc vách liên nhĩ, hoặc qua đường động mạch. Sau khi lập bản đồ nội mạc xác định vị trí triệt đốt thích hợp, bật máy phát năng lượng

theo phương thức kiểm soát nhiệt độ với mức tăng dần 45-60°C thời gian duy trì 30 đến 60 giây. Dừng đốt và xác định lại vị trí đích thích hợp nếu sau bật máy 5 giây không thấy kết quả. Sau đó, kích thích tim nhằm đánh giá tiêu chuẩn triệt đốt thành công theo từng loại tim nhanh, nếu sau triệt đốt triệt để lần cuối 30 phút kiểm tra lại không có tái phát thì được coi là thành công sớm. Các trường hợp được RFCA bên trái hoặc có shunt phải trái trong tim được dùng Heparin 100 IU/kg tiêm tĩnh mạch.

Theo dõi bệnh nhân sau can thiệp: Khi kết thúc thủ thuật bệnh nhi được rút nội khí quản rồi chuyển ra phòng hồi tỉnh theo dõi trong khoảng 2-4 tiếng. Sau đó được chuyển về buồng bệnh theo dõi tiếp. Đối với bệnh nhân cần tiếp tục được hỗ trợ hô hấp hoặc tuần hoàn thì được chuyển về đơn vị hồi sức tích cực. Mọi bệnh nhân được siêu âm tim và ghi điện tim 12 chuyển đạo sau đốt và trước khi ra viện. Bệnh nhân được tái khám tại các thời điểm: 1 tháng; 3 tháng và 6 tháng sau khi ra viện. Được xem là tái phát TNTT nếu trong thời gian theo dõi sau đốt có: xuất hiện lại WPW, điện tâm đồ có cơn TNTT, hoặc lâm sàng tái phát triệu chứng cơn tim nhanh. Triệt đốt lại được thực hiện khi trẻ có tái phát hoặc triệt đốt thất bại ở lần trước. Thành công trung hạn được tính kết quả triệt đốt ở lần khám lại cuối cùng trước thời điểm kết thúc nghiên cứu.

Thu thập và xử lý số liệu. Các biến số được thu thập bao gồm: Tuổi, giới, cân nặng, bất thường bẩm sinh cấu trúc tim, cơ chế tim nhanh, chu kỳ cơn tim nhanh, cơ chế cơn tim nhanh, vị trí đường dẫn truyền phụ nhĩ thất, đường vào catheter, số lần đốt, tổng thời gian đốt, nhiệt độ đốt tối đa, kết quả đốt sớm, thời gian thủ thuật, thời gian chiếu tia, tai biến hoặc biến chứng, tái phát.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm mẫu nghiên cứu (Bảng 1). Trong 4 năm, có 102 bệnh nhi có cân nặng ≤ 15 kg được RFCA, bệnh nhi nam chiếm đến 65%. Tuổi là 1.43 ± 1.46 tuổi, trong đó 59% là trẻ dưới 1 tuổi. Cân nặng $8,68 \pm 3,68$ kg với 65% là trẻ dưới 10 kg. Tỷ lệ tim bẩm sinh chiếm 20% tổng số bệnh nhi.

Đặc điểm	Giá trị
Tổng số bệnh nhân	102
Nam/nữ	66/36
Tuổi (năm)	$1,43 \pm 1,46$
Cân nặng (kg)	$8,68 \pm 3,68$
Tim bẩm sinh	21 (20,1%)

Cơ chế cơn tim nhanh (bảng 2). TNVLNT (Hội chứng Woff-Parkinson-White) gặp ở 83 trẻ (81,4%) với chủ yếu (91,6%) dưới dạng TNVLNT đơn độc và 8,4% dưới dạng phối hợp với một hoặc hai cơn tim nhanh khác. Hàng thứ hai đó là TNVLNNT có 16 trẻ chiếm 15,7% đối tượng. TNN có 5 trẻ và 1 trẻ cuồng nhĩ. Tần số cơn tim nhanh 175-270 lần/phút (chu kỳ tim nhanh 220-343 mili giây).

Bảng 2. Đặc điểm điện sinh lý

Đặc điểm	Giá trị	%	
Loại tim nhanh	Vào lại nhĩ thất	83/102	81,4
	Đơn độc	76/83	91,6
	Phối hợp	7/83	8,4
	Vào lại nút nhĩ thất	16/102	15,7
	Nhanh nhĩ	5/102	4,9
	Cường nhĩ	1/102	1,0
Phối hợp	7/102	6,9	
Chu kỳ cơn tim nhanh (ms)	260 \pm 36		
Tổng số bệnh nhân	102		

Các chỉ số triệt đốt (Bảng 3). Tổng số lần thực hiện thủ thuật là 113 lần. Trong đó số bệnh nhi phải làm 2 lần là 8, 3 lần là 1. Thời gian toàn bộ quá trình làm thủ thuật là 99 ± 44 phút với tổng thời gian đốt là 266 ± 240 giây và nhiệt độ đốt tối đa 54 ± 7 °C.

Hiệu quả (Bảng 3). Tỷ lệ RFCA thành công sớm là 95,1%. Có 5 trường hợp RFCA thất bại lần đầu (2 nhanh nhĩ và 3 đường phụ). Tỷ lệ RFCA thành công sớm đối với ĐP là 97,5%, đường chậm nút nhĩ thất là 100%, tim nhanh nhĩ là 60%. Cùng với 7 bệnh nhi TNVLNT tái phát (trong thời gian theo dõi $1,37 \pm 0,95$ năm) và 2 trường hợp TNVLNT thất bại lần đầu được triệt đốt lại thành công. Không có tai biến nặng do thủ thuật gây ra.

Bảng 3. Kết quả và các chỉ số triệt đốt và kết quả

Các chỉ số	Giá trị
RFCA thành công sớm (%)	95,1
Thời gian theo dõi sau đốt (năm)	$1,37 \pm 0,95$
Tái phát (trường hợp)	7 (6,8%)
Tai biến nặng	0
Tử vong	0
Tổng số lần thủ thuật (lần)	113
Thời gian thủ thuật (phút)	99 ± 44
Thời gian đốt (giây)	266 ± 240
Nhiệt độ tối đa (độ C)	54 ± 7
Thời gian chiếu tia (phút)	26 ± 18

IV. BÀN LUẬN

Mặc dù RFCA là phương pháp được lựa chọn hàng đầu đối với TNTT ở người lớn và trẻ lớn.

Trái lại, đối với trẻ nhỏ phương pháp phổ biến nhất vẫn là điều trị bằng các thuốc chống loạn nhịp. Chỉ định điều trị TNTT bằng RFCA ở trẻ nhỏ vẫn còn là đề tài tranh luận về tính an toàn cũng như hậu quả lâu dài trên cơ tim chưa trưởng thành[6]. Dầu vậy, chỉ định thường được áp dụng trong một số tình huống sau: kháng thuốc chống loạn nhịp, loạn nhịp nguy kịch, suy chức năng tim trái, tác dụng phụ của thuốc chống loạn nhịp, trước phẫu thuật tim bẩm sinh [7,8].

Đã có một số báo cáo về hiệu quả của RFCA trong điều trị TNTT ở trẻ nhỏ, tỷ lệ thành công trong khi triệt đốt của kỹ thuật này tương đương với kết quả trên trẻ lớn hoặc người lớn và tỷ lệ này 93- 98% và tỉ lệ tái phát 11,6 -20% [3,5]. Khác với người lớn, phần lớn TNTT ở trẻ em xuất hiện trong giai đoạn đầu đời là TNVLNT do ĐPNT, tiếp theo là TNN và TNVLNNT. Khuynh hướng này thay đổi dần theo độ tuổi lớn dần, và TNVLNNT sẽ chiếm ưu thế tăng dần[3].

Một nghiên cứu đăng ký đa trung tâm, của Hiệp hội Điện sinh lý Nhi khoa Hoa Kỳ tiến hành trên bệnh nhân từ 0-21 tuổi được điều trị bằng RFCA trong giai đoạn từ 1991-1996, đã chỉ ra rằng cân nặng $\leq 15\text{kg}$ là một yếu tố nguy cơ tai biến [7]. Tuy nhiên, giai đoạn nghiên cứu tiếp theo từ 1996-1999, tỷ lệ tai biến chung đã giảm từ 4,2% xuống 3% đặc biệt là các tai biến nguy hiểm, và không thấy có sự khác biệt về tỷ lệ tai biến giữa hai nhóm cân nặng. Các tai biến nguy hiểm có thể có với tỷ lệ thấp bao gồm: Thủng tim, block nhĩ thất cấp II hoặc hoàn toàn, tổn thương động mạch vành, huyết khối [3]. Cũng từ dữ liệu trên, Schaffer và cộng sự (2000) hồi cứu 4651 bệnh nhi được điều trị bằng RFCA, tỷ lệ tử vong liên quan đến thủ thuật là 0,12% trên trẻ có cấu trúc tim bình thường và 0,89% trên trẻ có bất thường cấu trúc tim. Nguyên nhân được cho là: sang chấn cơ học, thủng cơ tim và

tràn máu màng ngoài tim, huyết khối mạch vành hoặc mạch não, loạn nhịp thất. Các yếu tố liên quan đến tử vong bao gồm: Bệnh tim kèm theo, cân nặng thấp, đốt triệt nhiều lần và kéo dài, đốt bên tim trái [4].

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật điều trị tim nhanh trên thất ở trẻ nhỏ bằng triệt đốt qua catheter với năng lượng sóng tần số radio có thể được thực hiện an toàn với tỷ lệ thành công cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Drago F., Silvetti M. S., De Santis A, et al (2008).** Paroxysmal reciprocating supraventricular tachycardia in infants: electrophysiologically guided medical treatment and long-term evolution of the re-entry circuit. *Europace*. 10(5), 629-35.
2. **Novo S., Barbaro G (2008).** Current trends in the treatment of supraventricular tachycardia in pediatric age. *Curr Pharm Des*. 14(8),722-22.
3. **Kugler J. D., Danford D. A., Houston K. A., et al (2002).** Pediatric radiofrequency catheter ablation registry success, fluoroscopy time, and complication rate for supraventricular tachycardia: comparison of early and recent eras. *J Cardiovasc Electrophysiol*. 13(4),336-41.
4. **Schaffer M. S., Gow R. M., Moak J. P., et al (2000).** Mortality following radiofrequency catheter ablation (from the Pediatric Radiofrequency Ablation Registry). Participating members of the Pediatric Electrophysiology Society. *Am J Cardiol*. 86(6),639-43.
5. **An H. S., Choi E. Y., Kwon B. S., et al (2013).** Radiofrequency catheter ablation for supraventricular tachycardia: a comparison study of children aged 0-4 and 5-9 years. *Pacing Clin Electrophysiol*. 36(12),1488-94.
6. **Blaufox A.D (2005).** Catheter ablation of tachyarrhythmias in small children. *Indian Pacing Electrophysiol J*. 5(1), 51-62.
7. **Kugler J. D., Danford D. A., Deal B. J., et al (1994).** Radiofrequency catheter ablation for tachyarrhythmias in children and adolescents. The Pediatric Electrophysiology Society. *N Engl J Med*. 330(21),1481-7.

GÂY MÊ GHÉP HAI THUYỀN PHỐI TỪ NGƯỜI CHO SỐNG: KINH NGHIỆM TỪ CA ĐẦU TIÊN THÀNH CÔNG TẠI VIỆT NAM

Đỗ Quyết¹, Nguyễn Trường Giang¹, Trần Viết Tiến¹,
Hoàng Văn Chương¹, Nguyễn Tùng Linh¹, Trần Đắc Tiệp¹,
Võ Văn Hiến¹, Tạ Bá Thắng¹, Nguyễn Trung Kiên¹

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Quân Y 103, Học viện Quân y
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Kiên
Email: drkien103@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.3.2018
Ngày phản biện khoa học: 26.4.2018
Ngày duyệt bài: 9.5.2018

Ca ghép hai thùy phổi đầu tiên từ người cho sống thành công tại Việt nam được thực hiện tại Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y. Bệnh nhi 7 tuổi được chẩn đoán giãn phế quản bẩm sinh lan tỏa, biến chứng suy hô hấp, tâm phế mạn, suy dinh dưỡng nặng, có chỉ định ghép phổi. Ngày 21 tháng 2 năm 2017 phẫu thuật ghép phổi được thực hiện lấy từ thùy dưới phổi trái của Bác và thùy dưới phổi phải của Bố có sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể hỗ trợ. Kiểm soát tốt huyết động và thông khí trong quá trình gây mê phẫu thuật. Cuộc ghép phổi hoàn thành sau hơn 11 giờ phẫu thuật. Bệnh nhân được rút ống nội khí quản sau ghép 72 giờ trong tình trạng huyết động và hô hấp ổn định.

Từ khoá: Gây mê, ghép hai thùy phổi từ người cho sống, kiểm soát huyết động và thông khí.

SUMMARY

ANESTHESIA FOR BILATERAL LIVING DONOR LOBAR LUNG TRANSPLANTATION: EXPERIENCE FROM THE FIRST SUCCESS CASE IN VIETNAM

The first successful bilateral living-donor lobar lung transplantation in Military Hospital 103, Military Medical University, Vietnam. The pediatric patient 7 year-old was diagnosed diffuse congenital bronchiectasis with respiratory failure, chronic cor-pulmonal, severe malnutrition, had lung transplant indication. On February 21, 2017, operation was performed with two living donors, receiving his uncle's left lower lobe and his father's right lower lobe with cardiopulmonary bypass support. It's well controlled of hemodynamic and ventilation during intraoperative period. The operation accomplished over 11 hours duration. The patient was extubated successfully 72 hours after operation with stable hemodynamic and respiratory function.

Keywords: General anesthesia, bilateral living donor lobar lung transplantation, hemodynamic and ventilation management.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hardy đã thông báo ca ghép phổi thành công đầu tiên trên người tại trường đại học Mississippi năm 1963 nhưng tới năm 1999 ca ghép hai thùy phổi từ người cho sống mới được Shimizu thực hiện thành công tại Nhật Bản [2]. Hiện nay, ghép phổi đã được chấp nhận rộng rãi là phương pháp điều trị cho một số bệnh lý phổi giai đoạn cuối. Những tiến bộ trong phẫu thuật lồng ngực, gây mê hồi sức đã có những đóng góp tích cực tới sự phát triển của lĩnh vực ghép phổi [5],[6]. Thành công từ ca ghép 2 thùy phổi đầu tiên từ người cho sống đánh dấu sự phát triển của y học Việt nam. Mục tiêu bài báo phân tích kinh nghiệm về phương diện gây mê hồi sức trong quá trình ghép phổi từ người cho sống.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH VÀ KẾT QUẢ

2.1. Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ: Bệnh nhi 7 tuổi được chẩn đoán giãn phế quản bẩm sinh lan tỏa, biến chứng suy hô hấp, tâm phế mạn, suy dinh dưỡng nặng (cao 90cm, nặng 11kg), có chỉ định ghép phổi. Bệnh nhân được hoàn thành các xét nghiệm thường quy và các xét nghiệm miễn dịch chuẩn bị trước ghép theo qui trình. Đặt đường truyền tĩnh mạch ngoại vi tại phòng bệnh sáng hôm phẫu thuật trước khi chuyển bệnh nhân bằng cáng tới phòng mổ, thở oxy 4L/phút bằng bình oxy di động. Không dùng thuốc tiền mê.

2.2. Gây mê: Chuẩn bị trước khi khởi mê: Bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa trên đệm thổi hơi ấm trên bàn mổ, tiếp tục cho thở oxy 100% 4 L/phút. Theo dõi ECG đạo trình DII, V5; theo dõi độ bão hoà oxy mạch này SpO₂ tay trái và tay phải. Tiêm thuốc an thần tĩnh mạch midazolam 0,1mg/kg và atropin 0,125mg qua tĩnh mạch ngoại vi trước khi đặt catheter động mạch quay phải (gây tê tại chỗ) bằng kim lùn 20G.

Khởi mê: Tiêm tĩnh mạch fentanyl 30mcg/kg, propofol 1mg/kg, midazolam 0,1mg/kg, rocuronium 0,8mg/kg. Sử dụng đèn nội khí quản có gắn camera để đặt ống nội khí quản (NKQ) cỡ 5.5 qua miệng khi ngủ sâu (BIS 40-60) và đủ độ giãn cơ (TOF = 0). Tiêm kháng sinh dự phòng omepenem 1g. Tiêm tĩnh mạch phenylephrin 50 mcg, truyền liên tục dopamin 0,1% 200 ml qua máy truyền dịch với tốc độ 5ml/h (duy trì suýt cuộc mổ).

Thông khí qua máy chế độ kiểm soát áp lực, áp lực đỉnh 15-20 cmH₂O, tần số thở 10-15/phút, FiO₂ 50%, trước khi đặt NKQ khác qua mũi. Luồn ống NKQ cỡ 5.5 khác qua mũi, sử dụng kim margin để định hướng đầu ống NKQ này vào gần lỗ thanh môn sau đó rút ống NKQ qua miệng, thay thế bằng ống NKQ qua mũi. Cố định ống NKQ bằng băng dính. Lắp đầu nối ống NKQ với dây thở và tiếp tục thông khí qua máy thở. Điều chỉnh tần số thở và áp lực dựa vào kết quả khí máu động mạch.

Duy trì mê, thiết lập các theo dõi trong phẫu thuật

- **Gây mê cân bằng** truyền liên tục qua bơm tiêm điện fentanyl 2mcg/kg/giờ, propofol 4 - 6mg/kg/giờ, rocuronium 10mcg/kg/phút.

- Theo dõi áp lực động mạch xâm lấn qua động mạch đùi canule 18G dưới hướng dẫn siêu âm. Theo dõi nhiệt độ thực quản, trực tràng. Đặt sonde bàng quang theo dõi nước tiểu. Theo dõi siêu âm tim qua thực quản trong và ngay sau khi phẫu thuật xong.

- Đặt catheter TM trung tâm bên trái, theo dõi áp lực tĩnh mạch trung tâm, áp lực động mạch phổi và ScVO₂ và Cci liên tục.

- Phẫu thuật thực hiện ở tư thế nằm ngửa, hai tay kê dọc theo thân người có độn bio silicon dưới ngực, bọc khăn bông vào chi thể, kê đệm mút những vị trí tì đè.

- Tuần hoàn ngoài cơ thể hỗ trợ (mono canule), duy trì huyết áp trung bình 50-70mmHg. Ngừng máy thở khi bắt đầu hỗ trợ tuần hoàn ngoài cơ thể. Theo dõi khí máu động mạch 10 - 15 phút /lần.

- Theo dõi độ mê BIS qua điện cực dán trên trán-thái dương, theo dõi oxy meter não, theo dõi độ giãn cơ (TOF scan).

Giai đoạn khâu các miệng nối

- Khâu nối các miệng nối phế quản, tĩnh mạch phổi, động mạch phổi. Thông khí phổi vừa ghép sau khi thả kẹp động mạch phổi.

- Khi hoàn thành các miệng nối bên phổi đầu tiên bắt đầu chạy bơm tiêm điện Prostaglandin E1 200ng/kg/phút (2000mcg/30ml). Soi miệng nối phế quản bằng ống soi mềm, đánh giá miệng nối trước khi phẫu thuật viên tiến hành khâu các miệng nối của phổi bên phải. Khi chuẩn bị xong miệng nối động mạch phổi, tiêm 125mg solumedrol.

Giai đoạn tái tưới máu và thông khí

- Khi thả kẹp các mạch máu, bóp bóng thông khí để đuổi khí, chuyển thở chế độ kiểm soát áp lực, cài đặt giới hạn áp lực tăng dần từ 5-8cmH₂O, f=10, PEEP=4. Lúc đầu thông khí bằng air 100%, FiO₂=0, sau đó tăng dần FiO₂ từ 5-10-30%.

- Truyền huyết tương tươi đông lạnh, hồng cầu khối, tiểu cầu máu mỗi loại 01 đơn vị.

- Bật NO điều chỉnh lưu lượng 150-250ml/phút.

- Xét nghiệm khí máu động mạch.

- Siêu âm đánh giá chức năng tim, dòng động tĩnh mạch phổi hai bên.

- Dùng quả lọc MUFF để rút bớt nước và lọc cytokin trước khi ngừng CPB 10 phút.

- Rút canul động mạch và canul nhĩ phải. Trung hoà heparin bằng protamin theo tỷ lệ 1:1 (tính tổng lượng heparin đã sử dụng làm căn cứ tính liều protamin). Xét nghiệm lại ACT sau tiêm protamin 5 phút.

- Phẫu thuật viên đóng màng ngoài tim, đặt mỗi bên 2 dẫn lưu khoang màng phổi 20F: 2 dẫn lưu đỉnh phổi và hai dẫn lưu đáy phổi, khâu cố định ống dẫn lưu.

- Bóp bóng thông khí nhẹ nhàng khi phẫu thuật viên kiểm tra miệng nối. Tăng dần FiO₂ lên 50%, giới hạn áp lực lên 9-10cmH₂O, PEEP 4cmH₂O.

- Soi phế quản nhẹ nhàng bằng ống soi mềm 2,8 mm, hút dịch tiết, đánh giá miệng nối hai

bên trước khi đóng vết mổ. Siêu âm tim qua thực quản đánh giá lại chức năng tim và lưu lượng dòng máu động tĩnh mạch phổi.

Kết thúc phẫu thuật, chuyển BN về ICU

- Chụp XQ đánh giá phổi nở, vị trí các ống dẫn lưu. Tiếp tục thông khí kiểm soát áp lực với áp lực tăng dần lên 12, 16cmH₂O, PEEP 6cmH₂O.

- Truyền propofol 1% liều an thần qua máy truyền dịch (5ml/h) để vận chuyển bệnh nhân về ICU, tiêm thêm thuốc giãn cơ 20mg esmeron và an thần midazolam 1mg trước khi vận chuyển. Vận chuyển bệnh nhân bằng giường có bình oxy, theo dõi khi vận chuyển gồm ECG, huyết áp động mạch xâm lấn, SpO₂, đảm bảo theo dõi thích hợp tại mọi thời điểm.

- Thông khí khi vận chuyển: bóp bóng mềm thông khí oxy 100% tần số 20-25 lần/phút.

III. BÀN LUẬN

Vì phổi là cơ quan duy nhất được ghép mà không có nguồn cung cấp máu động mạch vào hệ thống riêng của phổi (các động mạch phế quản). Do vậy, miệng nối phế quản trong ghép phổi luôn có nguy cơ thiếu máu; phổi là cơ quan thông thương với môi trường bên ngoài nên luôn có nguy cơ nhiễm khuẩn. Hơn nữa, nhu mô phổi mỏng manh dễ bị tổn thương, nhiễm khuẩn và nhạy cảm hơn với thải ghép so với khi ghép các tạng khác. Vì vậy, để có kết quả tốt ngoài các vấn đề về kiểm soát miễn dịch trong ghép có hai vấn đề lớn cần được quan tâm trong quá trình gây mê hồi sức là kiểm soát huyết động và kiểm soát thông khí [2].

Kiểm soát huyết động: Kiểm soát huyết động trong quá trình ghép phổi là mục tiêu rất quan trọng để duy trì tưới máu não và các tạng. Bệnh nhân được truyền khối hồng cầu cùng nhóm, huyết tương tươi đông lạnh, khối tiểu cầu máy trong quá trình phẫu thuật. Điều chỉnh thuốc mê để duy trì độ mê với giá trị BIS (Bispectral Index) trong phạm vi 40-60. Mục tiêu là duy trì huyết áp trung bình từ 50-70 mmHg nhưng hạn chế sử dụng nhiều dịch vì dễ gây phù nề cho phổi ghép. Ở thời điểm sau khi khởi mê, chưa có sự hỗ trợ của tuần hoàn ngoài cơ thể, huyết áp thấp được điều chỉnh bằng thuốc co mạch. Bệnh nhân này có tụt huyết áp thoáng qua sau khởi mê đặt ống nội khí quản, được tiêm tĩnh mạch thuốc tác dụng chọn lọc trên thụ cảm thể anpha phenylephrin 50 mcg; sau đó truyền liên tục dopamin liều thấp 0,1% 200ml qua máy truyền dịch với tốc độ 5ml/h (duy trì suốt cuộc mổ) với ý nghĩa tăng tuần hoàn thận và ruột. Thường sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể

hỗ trợ trong quá trình ghép phổi, tuy nhiên có thể không cần hỗ trợ của tuần hoàn ngoài cơ thể nếu ghép một phổi hoặc ghép hai phổi theo tuần tự. Huyết động của bệnh nhi được duy trì ổn định trong suốt quá trình phẫu thuật ghép phổi với sự hỗ trợ của tuần hoàn ngoài cơ thể một canule.

Một vấn đề khác của kiểm soát huyết động là kiểm soát áp lực động mạch phổi vì áp lực này ảnh hưởng trực tiếp tới tưới máu tạng ghép. Prostaglandin E1 và NO thường được sử dụng để tăng tưới máu phổi ghép [3]. Ở bệnh nhân này, sau khi hoàn thành các miệng nối của phổi đầu tiên bắt đầu sử dụng Prostaglandin E1 qua bơm tiêm điện với liều 200ng/kg/phút (pha 2000mcg/30ml). NO bắt đầu sử dụng khi tái tưới máu và thông khí, điều chỉnh lưu lượng 150-250 ml/phút (điều chỉnh 10-60ppm). Theo Tsai, NO tác động vào tế bào nội mạc mạch máu làm giãn mạch, hoạt hoá Guanyl cyclase và làm tăng cGMP. NO được sử dụng qua đường hô hấp và tác động trực tiếp vào các tiểu động mạch ở thành phế nang nên có ảnh hưởng tới tuần hoàn phổi. NO bị bất hoạt tại chỗ bởi hemoglobin nên không có tác dụng toàn thân. NO làm giảm sức cản mạch phổi, ức chế sự kết dính bạch cầu trung tính đến các tế bào nội mạc và ức chế sự ngưng tập tiểu cầu.

Kiểm soát thông khí và tình trạng hạ oxy máu: Có thể sử dụng ống nội khí quản nòng đơn hoặc nòng đôi để thông khí cho bệnh nhân ghép phổi. Đối với ghép một phổi hoặc ghép hai phổi theo tuần tự ở người trưởng thành, thường sử dụng ống nội khí quản nòng đôi, kết thúc cuộc phẫu thuật thay ống nòng đôi bằng ống nội khí quản nòng đơn. Cũng có thể sử dụng ống nội khí quản nòng đơn ngay từ đầu cho bệnh nhân có tăng tiết dịch đường hô hấp. Đối với bệnh nhi, sử dụng ống nội khí quản nòng đơn đẩy sâu vào phế quản gốc từng bên để thông khí từng phổi khi cần thông khí từng phổi. Bóng chèn phế quản ít khi được sử dụng vì khó thông khí từng bên lặp đi lặp lại một cách chính xác [3], [7]. Ở bệnh nhân này sử dụng ống nòng đơn, lúc đầu đặt qua đường miệng để đảm bảo thông khí, sau đó đặt ống nội khí quản nòng đơn khác qua mũi thay thế ống qua đường miệng để đảm bảo thông khí thuận lợi cả trong và sau quá trình phẫu thuật.

Trước khi chạy tuần hoàn ngoài cơ thể hỗ trợ cần lưu ý điều chỉnh thông khí tăng thời gian thở ra để tránh hiện tượng bẫy khí, tránh các giai đoạn thiếu oxy hoặc tăng thán khí, tránh xẹp phổi và giãn phổi quá mức. Hiện tượng bẫy khí khi thông khí cơ học ở bệnh nhân ghép phổi có

thể do thở ra không hoàn toàn hết, đặc biệt ở các bệnh nhân có bệnh lý phổi tắc nghẽn. Hiện tượng bẫy khí làm tăng áp lực trong lồng ngực và ảnh hưởng tiêu cực tới huyết động do cản trở tuần hoàn tĩnh mạch về. Hiện tượng này có thể được chẩn đoán bằng cách tháo dây thở vào trong vòng 30 giây; huyết áp sẽ trở về giá trị bình thường trước đó nếu nguyên nhân gây rối loạn huyết động do tăng thở vào (hyperinflation) và bẫy khí (air trapping). Hiện tượng này được xử trí bằng kéo dài thời gian thở ra [1]. Ở bệnh nhi này được kiểm soát thông khí chế độ kiểm soát áp lực với giới hạn áp lực thở vào thấp hơn 20cmH₂O.

Kiểm soát thông khí trong mổ đóng vai trò rất quan trọng trong quá trình ghép phổi. Do bệnh nhân được chẩn đoán bệnh phổi bẩm sinh nên ngay sau khi khởi mê xông áp lực thở vào được giới hạn trong phạm vi 15-20 cmH₂O để tránh tổn thương phổi áp lực. Ở giai đoạn thông khí sau khi hoàn thành các miệng nối mạch máu, tái tưới máu cũng cần được lưu ý đặc biệt nhằm bảo vệ phổi ghép [4]. Trước hết cần thông khí với áp lực đỉnh thấp khởi đầu 5 cmH₂O và tăng dần lên một cách từ từ tới 10 cmH₂O. Quan trọng hơn là trong mấy phút đầu cần thông khí bằng khí trời (oxy 21%) để tránh tổn thương lớp surfactant trên bề mặt phế nang. Thông khí bóp tay nhẹ nhàng khi phẫu thuật viên đổ nước khoang lồng ngực để kiểm tra dò khí các miệng nối.

Hạ oxy máu có thể xảy ra ở bất kỳ thời điểm nào trong khi ghép phổi nhưng thường gặp nhất khi thông khí một phổi. Oxy hạ thấp nhất hay gặp ở thời điểm 20 phút sau khi bắt đầu thông khí một phổi và cần được điều chỉnh bằng chế độ thông khí áp lực dương cuối thì thở ra; cho dòng oxy vào phổi không được thông khí và kẹp động mạch phổi của phổi bên không được thông khí. Biến chứng tràn khí màng phổi bên thông khí cần nghĩ tới nếu hạ oxy máu không được cải thiện với các biện pháp can thiệp trên [1]. Đây là thời điểm cần bắt đầu sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể. Tuy nhiên, ca lâm sàng này sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể hỗ trợ một canule ngay từ thời điểm can thiệp, được xét nghiệm khí máu động mạch thường xuyên nên không có thời điểm nào hạ oxy máu cần phải can thiệp.

IV. KẾT LUẬN

Vô cảm cho ghép phổi là một thách thức trong chuyên ngành gây mê hồi sức. Sự chuẩn bị tốt về phương tiện, trang thiết bị và hiểu biết về sinh lý bệnh giúp kiểm soát tốt huyết động cũng như thông khí trong quá trình gây mê phẫu thuật

đã góp phần vào thành công cho ca ghép phổi đầu tiên tại Việt nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Andre DeWolf, Y. Kang, and a.L. Sherman,** *Anesthesia for Organ Transplantation, in Organ Transplantation. 2003,* 2nd Edition VADEMECUM LANDES BIOSCIENCE Georgetown: Texas, U.S.A. p. 355-376.
2. **Benfield, J.R. and J.C. Wain,** *The history of lung transplantation.* Chest Surg Clin N Am, 2000. 10 (1): p. 189-99, xi.
3. **Castillo, M.,** *Anesthetic management for lung transplantation.* Curr Opin Anaesthesiol, 2011. 24(1): p. 32-6.
4. **Daimiel Naranjo, I. and S. Alonso Charterina,** *What can happen after lung transplantation and the importance of the time since transplantation: radiological review of post-transplantation complications.* Radiologia, 2016.
5. **Date, H.,** *Update on living-donor lobar lung transplantation.* Curr Opin Organ Transplant, 2011. 16(5): p. 453-7.
6. **Kachulis, B., L. Mitrev, and D. Jordan,** *Intraoperative anesthetic management of lung transplantation patients.* Best Pract Res Clin Anaesthesiol, 2017. 31(2): p. 261-272.
7. **Sankar, N.M., et al.,** *Anaesthetic and perioperative management of lung transplantation.* Indian J Anaesth, 2017. 61(2): p. 173-175.

ĐẶC ĐIỂM TINH HOÀN ẨN VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT HẠ TINH HOÀN Ở TRẺ EM

Vũ Hồng Tuân^{1,2}, Nguyễn Việt Hoa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đặc điểm lâm sàng và kết quả phẫu thuật ẩn tinh hoàn tại khoa phẫu thuật nhi bệnh viện Việt Đức năm 2016. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 253 bệnh nhân với 307 tinh hoàn ẩn phẫu thuật tại khoa phẫu thuật nhi bệnh viện Việt Đức năm 2016. **Kết quả:** Tuổi trung bình ở thời điểm mổ là $5,16 \pm 3,83$ tuổi. Số bệnh nhân được điều trị bằng nội tiết trước mổ 24.11%. Tỷ lệ sờ thấy tinh hoàn trên lâm sàng là 83,06%, trong đó 85,77% nằm ở ống bẹn. Kết quả mổ: tốt 87,7%, trung bình 9,3%, xấu 3%. **Kết luận:** Ẩn tinh hoàn có thể phát hiện dễ dàng bằng khám lâm sàng, các trường hợp tinh hoàn sờ thấy trên lâm sàng thường có thể hạ được xuống bìu.

Từ khóa: Ẩn tinh hoàn.

SUMMARY

THE CHARACTER OF CRYPTORCHIDISM AND THE RESULT OF TREATMENT IN CHILDREN

Objectives: Clinical features and the results of surgical treatment of cryptorchidism at the pediatric surgery department of Viet Duc Hospital in 2016.

Material and method: Retrospective case series, 253 children with 307 cryptorchidisms treated at department pediatric in Viet Duc hospital in 2016.

Results: The mean age at surgery was $5,16 \pm 3,83$ years. Hormones before surgery 24,25% Palpable Testis 83,06%, in which 85,77% in inguinal. Surgical results: good 87.7%, average 9.3%, bad 3%.

Conclusion: Cryptorchidism can be easily detected by clinical examination, and palpable testis can usually be lowered to the scrotum.

Keyword: Cryptorchidism, undescended Testis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tinh hoàn không xuống bìu (THKXB) đã được biết từ lâu, được mô tả tỷ mỉ bởi John Hunter vào năm 1786 [1]. Dị tật này còn hay được gọi dưới một cái tên khác là tinh hoàn ẩn (THA) (Cryptorchidism). Có nhiều cách phân loại tinh hoàn không xuống bìu, cách phân loại của Hardzselinmovic được nhiều tác giả sử dụng [2]. Về mặt thực hành lâm sàng chia tinh hoàn không xuống bìu làm 2 loại: Tinh hoàn không xuống bìu sờ thấy (Palpable Testis) và tinh hoàn không xuống bìu không sờ thấy (Nopalpable Testis). Phân loại

này thuận lợi cho chẩn đoán và điều trị [1].

Tinh hoàn không xuống bìu là khá phổ biến, chiếm tỷ lệ 33% trẻ sơ sinh non tháng và 3,4% trẻ đủ tháng, khám không thấy tinh hoàn xuống bìu một hay cả hai bên [3]. Sau 1 năm tinh hoàn không xuống bìu còn ở mức 0,8%. Trong đó tinh hoàn không xuống bìu sờ không sờ thấy chiếm 20%. Tại bệnh viện Nhi trung ương năm 1981 - 1990 tỷ lệ phẫu thuật tinh hoàn không xuống bìu là 1,1% so với tổng số các bệnh phải mổ [2].

Trên thế giới cũng như ở Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về điều trị tinh hoàn không xuống bìu. Song phần lớn bệnh nhi cần can thiệp phẫu thuật trong nhiều trường hợp là phương pháp duy nhất. Cho dù được điều trị bằng phương pháp nào thì cũng nhằm mục đích đưa được tinh hoàn xuống bìu, và bệnh nhân cần được chẩn đoán sớm, điều trị sớm đúng tuổi. Với chỉ định đúng, chọn kỹ thuật mổ đúng để có kết quả tốt về lâu dài. Các nghiên cứu ở nước ngoài đã chỉ rõ cần mổ hạ tinh hoàn ở tuổi 1-2 tuổi [1][7]. Quan điểm hiện nay nói chung bắt đầu mổ từ lúc 12-18 tháng tuổi, để cho chức năng của tinh hoàn không bị ảnh hưởng sau này, cũng như tránh các biến chứng của tinh hoàn chưa xuống bìu. Trên thực tế, bệnh nhân THKXB chiếm một tỷ lệ cao đến khám và điều trị ở các bệnh viện cũng như ở Bệnh viện Việt Đức. Chính vì lý do đó chúng tôi thực hiện đề tài này với mục đích góp phần cho việc chẩn đoán sớm cũng như chỉ định điều trị phẫu thuật kịp thời nhằm tránh những nguy cơ, biến chứng do tinh hoàn chưa xuống bìu mang lại.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: 253 bệnh nhân dưới 16 tuổi được chẩn đoán và điều trị tinh hoàn ẩn tại khoa phẫu thuật nhi và trẻ sơ sinh bệnh viện Việt Đức trong năm 2016.

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.

- Lấy các bệnh án tại kho lưu trữ hồ sơ của bệnh viện.

- Chọn các bệnh án theo tiêu chuẩn lựa chọn.

- Vào thông tin theo bệnh án mẫu.

- Các bệnh án sau khi thu thập đều có sự xác

¹Bệnh viện Việt Đức.

²Trường đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Hồng Tuân

Email: Htuanyak1986@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 12.4.2018

Ngày duyệt bài: 18.4.2018

nhận của chủ nhiệm khoa và phòng kế hoạch tổng hợp.

3. Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Tuổi, phân theo các nhóm tuổi (Nhóm 1: Từ 1 đến 2 tuổi; nhóm 2 : Trên 2 đến 4 tuổi; nhóm 3: trên 4 đến 6 tuổi; nhóm 4: Trên 6 đến 10 tuổi; nhóm 5: trên 10 đến 17 tuổi).

- Tình hoàn sờ thấy hay không sờ thấy.

- Số lượng tinh hoàn phân theo vị trí khám trên lâm sàng: lỗ bẹn nông, ống bẹn, lỗ bẹn sâu, không sờ thấy.

- Đánh giá trong mổ: vị trí tinh hoàn, mật độ tinh hoàn, liên quan giữa vị trí tinh hoàn và số thỉ mổ hạ tinh hoàn.

- Phân loại kết quả điều trị:

- Tốt là tinh hoàn nằm ở túi bìu.
- Trung bình là tinh hoàn nằm dưới lỗ bẹn nông – gốc dương vật
- Xấu là tinh hoàn trong ống bẹn

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Các dị tật phối hợp

Dị tật phối hợp	Số lượng	Tỷ lệ%
Lỗ đài thấp	4	18.2
Thoát vị bẹn	11	50
Nang nước thừng tinh	1	4.5
Tràn dịch màng tinh hoàn	4	18.3
Dị tật khác	2	9
Tổng	22	100

Có 61/253 = 24.11% số bệnh nhân được điều

Bảng 3. Điều trị nội tiết trước mổ

Điều trị	Tuổi	Nhóm 1	Nhóm 2	Nhóm 3	Nhóm 4	Nhóm 5	Tổng
Có		27	26	2	6	0	61
Không		25	56	42	36	33	192

Bảng 4. Phân loại tình hoàn ẩn theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Sờ nắn			Tổng
	Sờ thấy	Không thấy	Không mô tả	
Nhóm 1	60 (19.54)	2 (0.65)	3 (0.98)	65 (21.17)
Nhóm 2	80 (26.06)	12 (3.9)	8 (2.6)	100 (32.57)
Nhóm 3	45 (14.66)	8 (2.6)	2 (0.65)	55 (17.91)
Nhóm 4	46 (14.98)	3 (0.98)	1 (0.33)	50 (16.29)
Nhóm 5	24 (7.82)	13 (4.23)	0	37 (12.05)
Tổng	255 (83.06)	38 (12.38)	14 (4.56)	307 (100)

Ghi chú: Trong () là tỷ lệ %

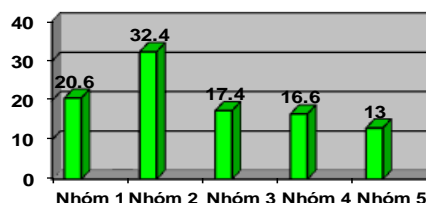
Nhận xét: tỷ lệ sờ thấy tinh hoàn là cao chiếm 83.06% hay sờ thấy tinh hoàn ở lỗ bẹn nông hoặc ống bẹn. Tỷ lệ không sờ thấy tinh hoàn chiếm 12.38% hay gặp ở bệnh nhân béo hoặc tinh hoàn nằm ở lỗ bẹn sâu, trong ổ bụng. Còn một số bệnh nhân không thấy mô tả về khám lâm sàng.

Bảng 5. Phân loại theo vị trí sờ thấy tinh hoàn

Nhóm tuổi	Vị trí TH	Lỗ bẹn nông	Ống bẹn	Lỗ bẹn sâu	Tổng
Nhóm 1		5	52	3	60
Nhóm 2		10	67	3	80
Nhóm 3		3	37	5	45

trị bằng nội tiết trước mổ trong đó nhóm bệnh nhân dưới 2 tuổi có số bệnh nhân điều trị thuốc là nhiều nhất tương đương với số bệnh nhân không dùng thuốc.

Tuổi nhỏ nhất được phẫu thuật là 1 tuổi, tuổi lớn nhất được phẫu thuật là 16 tuổi, tuổi trung bình: 5.16 ± 3.83.



Biểu đồ 1: Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

Chú thích: Nhóm 1 (≤ 2 tuổi), nhóm 2 ($>2 - \leq 4$ tuổi), nhóm 3 ($>4 - \leq 6$ tuổi), nhóm 4 ($>6 - \leq 10$ tuổi), nhóm 5 ($>10 - \leq 17$ tuổi)

Bảng 2. Phân bố tình hoàn không xuống bìu

Tình hoàn KXB	Số lượng	Tỷ lệ %
Bên phải	118	46.6
Bên trái	81	32.1
Hai bên	54	21.3

Nhận xét: Tỷ lệ THKXB bên phải chiếm tỷ lệ cao 46.6%, THKXB hai bên chiếm tỷ lệ ít nhất 21.3%, còn lại là THKXB bên trái. Có 307 THKXB/253 bệnh nhân.

Nhóm 4	5	40	1	46
Nhóm 5	3	21	0	24
Tổng	26	217	12	255

Nhận xét: THKXB được phát hiện nhiều nhất nằm ở ống bẹn chiếm tỷ lệ 85.77% trong số tinh hoàn được sờ thấy trước mổ.

Bảng 6. Vị trí tinh hoàn trong mổ

Tuổi \ Vị trí	Lỗ bẹn nông	Ống bẹn	Lỗ bẹn sâu	Ổ bụng	Không thấy	Tổng
Nhóm 1	16	38	8	2	1	65
Nhóm 2	13	65	17	5	0	100
Nhóm 3	10	25	15	2	3	55
Nhóm 4	10	34	4	2	0	50
Nhóm 5	5	20	5	5	2	37
Tổng	54(17.59%)	182(59.28%)	49(15.96%)	16(5.21%)	6(1.95%)	307

Nhận xét: ta thấy rằng trong số 307 tinh hoàn được mổ vị trí tinh hoàn ở lỗ bẹn nông chiếm 17.59%, trong ống bẹn chiếm 59.28%, lỗ bẹn sâu chiếm 15.96%, trong ổ bụng có 5.21%, có 1.95% không thấy tinh hoàn trong mổ và chỉ hạ được 1 bên tinh hoàn có 3 bệnh nhân. Như vậy tinh hoàn nằm trong ống bẹn là nhiều nhất điều này cũng tương ứng với kết quả khám trước mổ.

Bảng 7. Mật độ tinh hoàn trong mổ

Tuổi \ Mật độ	Bình thường	Nhẽ	Xơ teo	Tổng
Nhóm 1	61(95.31%)	3(4.68%)	0	64(100%)
Nhóm 2	97(97%)	3(3%)	0	100(100%)
Nhóm 3	47(90.38%)	4(7.7%)	1(1.92%)	52(100%)
Nhóm 4	41(82%)	6(12%)	3(6%)	50(100%)
Nhóm 5	23(65.71%)	7(20%)	5(14.29%)	35(100%)
Tổng	269(89.37%)	23(7.64%)	9(3%)	301(100%)

Bảng 8. Liên quan giữa vị trí và mật độ tinh hoàn

Vị trí \ Mật độ	Bình thường	Nhẽ	Xơ teo	Tổng
Lỗ bẹn nông	54(100%)	0	0	54(100%)
Ống bẹn	174(95.6%)	6(3.3%)	2(1.1%)	182(100%)
Lỗ bẹn sâu - ổ bụng	41(63.1%)	17(26.2%)	7(10.7%)	65(100%)
Tổng	269(89.4%)	23(7.6%)	9(3%)	301(100%)

Nhận xét: 100% tinh hoàn nằm ở lỗ bẹn nông có mật độ bình thường. 1.1% tinh hoàn xơ teo khi nằm ở ống bẹn. Tỷ lệ xơ teo khi tinh hoàn nằm ở lỗ bẹn sâu - ổ bụng chiếm 10.7%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với P < 0,05.

Bảng 9. Liên quan giữa số thì mổ và vị trí tinh hoàn lúc mổ

Vị trí \ Số thì mổ	Một thì	Hai thì	Cắt tinh hoàn	Tổng
Lỗ bẹn nông	48(100%)	0	0	48(100%)
Ống bẹn	157(86.7%)	24(13.3%)	0	181(100%)
Lỗ bẹn sâu - ổ bụng	59(82%)	11(15.3%)	2(2.7%)	72(100%)
Tổng	264(87.7%)	35(11.6%)	2(0.7%)	301(100%)

Nhận xét: Do đó tỷ lệ mổ 2 thì tăng lên theo khi vị trí tinh hoàn cao. Sự liên quan này rất chặt chẽ và khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0.05.

Bảng 10. Kết quả mổ sớm theo vị trí hạ tinh hoàn

Tuổi \ Kết quả	Tốt	Trung bình	Xấu	Tổng
Nhóm 1	64(100%)	0	0	64(100%)
Nhóm 2	94(94%)	6(6%)	0	100(100%)
Nhóm 3	43(82.7%)	8(15.4%)	1(1.9%)	52(100%)
Nhóm 4	40(80%)	7(14%)	3(6%)	50(100%)
Nhóm 5	23(65.7%)	7(20%)	5(14.3%)	35(100%)
Tổng	264(87.7%)	28(9.3%)	9(3%)	301(100%)

Số liệu trong bảng trên cho ta thấy rằng kết quả mổ phụ thuộc rất lớn vào tuổi phẫu thuật. Nhóm tuổi 1 - ≤ 2 được phẫu thuật cho kết quả tốt đến 100%. Còn các nhóm tuổi khác kết quả tốt giảm dần, kết quả trung bình, xấu, cắt tinh hoàn tăng lên theo tuổi. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0.05$.

IV. BÀN LUẬN

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi tuổi nhỏ nhất là 1 tuổi, tuổi lớn nhất là 16 tuổi, trung bình 5.16 ± 3.83 tuổi. Nhóm bệnh nhân tập trung nhiều nhất là nhóm 2 - 4 tuổi chiếm $82/253 = 32.4\%$. Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Liêm tuổi tập trung nhiều nhất là nhóm 6 - 10 tuổi [2]. Nghiên cứu của Hoàng Tiến Việt tuổi nhỏ nhất là 12 tháng, lớn nhất là 44 tuổi, trung bình 10.86 ± 7.5 [3]. Nhóm bệnh nhân của Niedzielki tuổi nhỏ nhất là 1 tuổi, lớn nhất là 15 tuổi trung bình 4.8 tuổi [4]. Nghiên cứu của Godbole bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 6 tháng, lớn nhất là 15 tuổi, trung bình 29 tháng. Như vậy tuổi mổ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là thấp hơn so với một số tác giả trong nước nhưng cao hơn một số tác giả nước ngoài. Điều này vẫn chứng tỏ là chẩn đoán và điều trị THKXB ở nước ta còn muộn, tuy nhiên so với các nghiên cứu trong nước thì càng ngày càng tốt hơn, tuổi phát hiện ẩn tinh hoàn ngày càng sớm hơn.

Dị tật phối hợp: Trong nghiên cứu của chúng tôi, thoát vị bẹn chiếm tỷ lệ nhiều nhất (50%) trong số các dị tật phối hợp. Nghiên cứu của Lê Tất Hải thoát vị bẹn chiếm 69.4% trong các bệnh nhân bị dị tật phối hợp. Nghiên cứu của Hoàng Tiến Việt thoát vị bẹn chiếm 2% trong tổng số bệnh nhân [3].

Điều trị nội khoa trước mổ vẫn còn nhiều tranh cãi. Domino chỉ định cho tinh hoàn không xuống bìu một bên - hai bên loại thấp, với hy vọng tinh hoàn xuống bìu không cần can thiệp phẫu thuật [1]. Husman dùng thuốc điều trị cho tinh hoàn lõ xo, tinh hoàn ngay trên bìu, tinh hoàn trượt và trước khi phẫu thuật Fowler - Stephens thì 2 tỷ lệ thành công rất khác nhau 6 - 75% [7]. Trong khi đó Nguyễn Thị Ân chỉ định cho tinh hoàn không xuống bìu ở 1 hay 2 bên ở bất kỳ vị trí nào với kết quả 22.2% xuống hoàn toàn, 77.8% không xuống phải chuyển phẫu thuật [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 61 bệnh nhân được điều trị thuốc nội tiết trước phẫu thuật. Chúng tôi nhận thấy rằng ở nhóm tuổi 1 - 2 tuổi, thể tích tinh hoàn ở nhóm bệnh nhân điều trị thuốc trước mổ có thể tích lớn hơn

nhóm không điều trị thuốc, còn các nhóm tuổi khác không có sự khác biệt. Từ những nghiên cứu trên ta thấy rằng việc điều trị nội khoa trước mổ cũng có kết quả nhưng còn hạn chế. Vì vậy chỉ định điều trị nội khoa phải chặt chẽ và theo dõi sát để có chỉ định phẫu thuật kịp thời tránh kéo dài tuổi mổ.

- **Phân bố bên bị THKXB:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tinh hoàn bên phải chiếm nhiều nhất 46.6%, còn lại bên trái và THKXB cả hai bên lần lượt 32.1% và 21.3%. Tỷ lệ này phù hợp với báo cáo của Thái Lan Thư: Bên phải 44%, bên trái 38% hai bên 18% [5]. Trong báo cáo của Lê Tất Hải: Bên phải 22.2%, bên trái 30.5%, hai bên 47,3% của Hoàng Tiến Việt: Bên phải 49.8%, bên trái 32.7% hai bên 17.5% [3], của Lê Anh Dũng và Nguyễn Thanh Liêm: Bên phải: 25%, bên trái 31.67%, hai bên 43.33% [2].

- **Vị trí tinh hoàn KXB trên khám lâm sàng:** Rất quan trọng đối với phẫu thuật viên vì nó liên quan đến khả năng hạ tinh hoàn xuống bìu, tinh hoàn càng cao, tuổi càng lớn thì khoảng cách từ tinh hoàn xuống bìu càng lớn do vậy việc hạ tinh hoàn là khó khăn. Tinh hoàn không xuống bìu cả hai bên cũng có tỷ lệ xấu nhất định so với THKXB một bên, qua siêu âm tính chỉ số teo tinh hoàn TAI. Ta thấy rằng mức độ teo tinh hoàn ở bệnh nhân THKXB hai bên lớn hơn so với một bên. Trong tổng số 307 tinh hoàn KXB thì số tinh hoàn được sờ thấy rất cao chiếm 83.06% còn lại là không sờ thấy và không mô tả trong khám lâm sàng. Tỷ lệ này cao hơn hẳn so với nghiên cứu của Hoàng Tiến Việt (64.6%) [3]. Trong số những tinh hoàn sờ thấy tỷ lệ tinh hoàn trong ống bẹn chiếm tỷ lệ rất cao 85.77% còn lại ở lỗ bẹn nông và lỗ bẹn sâu lần lượt là 10.2% và 4.03%. Thái Lan Thư tinh hoàn ở lỗ bẹn nông 18.3%, ống bẹn 44.2%, trong bao thoát vị 31.2%, không thấy 8.4% [5].

- **Vị trí tinh hoàn trong mổ:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tinh hoàn được phát hiện trong mổ chủ yếu nằm ở ống bẹn 59.28%, ở lỗ bẹn nông 17.59%, lỗ bẹn sâu 15.96%, trong ổ bụng 5.21%, 1.95% không thấy tinh hoàn. Theo Hoàng Tiến Việt (2007) tỷ lệ tinh hoàn nằm ở ống bẹn 66.8%, lỗ bẹn nông 14.7%. Như vậy tỷ lệ tinh hoàn trong ống bẹn của chúng tôi thấp hơn [3].

- **Mật độ tinh hoàn:** Mật độ tinh hoàn bình thường trong nghiên cứu chiếm 89.37%, ở lứa tuổi càng lớn mật độ tinh hoàn xấu càng tăng. Mật độ tinh hoàn cũng liên quan mật thiết đến vị trí của tinh hoàn, tinh hoàn nằm ở lỗ bẹn nông mật độ tinh hoàn 100% bình thường, tinh hoàn

nằm ở ống bẹn có 95.6% tinh hoàn có mật độ bình thường, tinh hoàn ở lỗ bẹn sâu - ổ bụng chỉ có 63.1% mật độ bình thường. Mật độ tinh hoàn thể hiện chất lượng tinh hoàn do đó theo nghiên cứu, tinh hoàn ở vị trí càng cao chất lượng tinh hoàn càng kém.

Trong số liệu thu thập được chúng tôi nhận thấy tinh hoàn ở vị trí càng cao thì càng dễ phải mổ nhiều lần. Tinh hoàn nằm ở lỗ bẹn nông 100% mổ một thì, tinh hoàn ở ống bẹn tỷ lệ mổ một thì là 86.7%, tinh hoàn ở lỗ bẹn sâu là 82%.

Bảng 11. Vị trí tinh hoàn sau mổ sớm so với các nghiên cứu khác

Tác giả	Số tinh hoàn mổ	Tốt	Trung bình	Xấu	Cắt tinh hoàn
Thái Lan Thư (1993) [5]	190	58.42%	30.8%	9%	2%
Bùi Văn Hòa (1998) [6]	208	58.17%	15.38%	5.76%	6.73%
Hoàng Tiến Việt (2007) [3]	488	68.4%	24.9%	3.3%	3.4%
NC của chúng tôi (2016)	301	87.7%	9.3%	2.3%	0.7%

Qua bảng trên, kết quả mổ tốt trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn hẳn so với các tác giả, điều này được giải thích là do tuổi mổ trung bình của chúng tôi thấp hơn các tác giả trên (5.16 ± 3.83). Chính vì vậy khả năng hạ được tinh hoàn xuống bìu sẽ cao hơn. Ở nhóm tuổi mổ 1 – 2 tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ mổ tốt là 100%. Điều này một lần nữa chứng tỏ mổ ở giai đoạn dưới 2 tuổi không gặp khó khăn vì ống bẹn còn ngắn.

V. KẾT LUẬN

Thông qua 307 tinh hoàn ẩn được mổ tạ khoa phẫu thuật nhi năm 2016, chúng tôi có thể kết luận ẩn tinh hoàn có thể phát hiện dễ dàng trên lâm sàng với động tác khám. Các trường hợp tinh hoàn sờ thấy trên lâm sàng có tỷ lệ hạ xuống bìu cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Docimo SG. MD** (2000): "The undescended Testicle, Diagnosis and management", *American Family Physican*, november: p 1 – 10

2. **Nguyễn Thanh Liêm** (2002): "THKXB", *Phẫu thuật tiết niệu trẻ em*, NXBYhọc, tr 213- 231.
 3. **Hoàng Tiến Việt (2007)**: "Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật tinh hoàn không xuống bìu tại Bệnh viện Việt Đức" *Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa II*. ĐHYHN
 4. **Hadziselinovic F** (1981): "Pathogenesis of cryptorchidism", in: Kogan SJ, Hafez ES, eds, *pediatrie andrology*, Boston nishoff, p 147.
 5. **Thái Lan Thư; Hoàng Văn Hùng**(1993): "Nhận xét bước đầu về tính chất lâm sàng, điều trị và bệnh lý giải phẫu của ẩn tinh hoàn trong 10 năm 1981- 1990", *ngoại khoa thực hành y dược học Việt Nam*, XXIII, tr 27- 32.
 6. **Nguyễn Thị Ân** (2000): "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hiệu quả của HCG trong điều trị THKXB ở trẻ em", *luận văn tốt nghiệp thạc sỹ y khoa*, trường đại học y Hà nội
 7. **R. Varela-Cives, R. Méndez-Gallart, E. Estevez-Martínez, P. Rodríguez-Barca, A. Bautista-Casasnovas, M. Pombo-Arias and R. Tojo-Sierra (2015)**, A cross-sectional study of cryptorchidism in children: testicular volume and hormonal function at 18 years of age, *Int Braz J Urol*. 2015 Jan-Feb; 41(1): 57–66.

TÌNH HÌNH BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI KHOA PHỤC HỒI CHỨC NĂNG BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y THÁI BÌNH NĂM 2017

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu tình hình bệnh nhân đến điều trị ngoại trú tại khoa phục hồi chức năng - Bệnh viện Đại học Y Thái Bình. Từ đó xây dựng kế hoạch về nhân lực, trang thiết bị, kỹ thuật nhằm nâng cao hiệu quả điều trị. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu theo hồ sơ bệnh án. **Kết quả nghiên cứu:** Trong năm

Phạm Thị Tĩnh¹, Phạm Thị Thanh Huyền¹

2017, tỷ lệ bệnh nhân điều trị ngoại trú chiếm 85,7% trên tổng bệnh nhân đến khám. Bệnh nhân là nữ giới chiếm 64,3%. 99,4% bệnh nhân có bảo hiểm y tế. Về mô hình bệnh tật: Nhóm bệnh cơ xương khớp chiếm tỷ lệ cao nhất: 42,4%. Nhóm bệnh cột sống chiếm tỷ lệ 28,3%. Thấp nhất là nhóm bệnh liệt nửa người chiếm tỷ lệ 5,2%. Về các phương pháp điều trị: Nhóm nhiệt trị liệu được sử dụng nhiều nhất chiếm tỷ lệ 35,3%. Nhóm Vận động – Xoa bóp chiếm 27,2%. Nhóm Điện trị liệu chiếm tỷ lệ 25,1%. Nhóm kéo giãn cột sống bằng máy chiếm tỷ lệ 12,4%.

Từ khóa: Vật lý trị liệu, phục hồi chức năng

SUMMARY

SITUATIONS OF PATIENTS WITH OUTPATIENT

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình
 Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Tĩnh
 Email: phamtingh_ytb@yahoo.com
 Ngày nhận bài: 14.2.2018
 Ngày phản biện khoa học: 10.4.2018
 Ngày duyệt bài: 17.4.2018

TREATMENT AT REHABILITATION DEPARTMENT IN THE HOSPITAL OF THAI BINH UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY IN 2017

Objectives: To find out the situations patients with outpatients treatment at the Rehabilitation Department – in the Hospital of Thai Binh University of Medicine and Pharmacy. From that, we develop a plan of enhancing human resources, equipment and techniques to improve the effectiveness of treatment.

Methodology: Retrospective study according to medical records. **Study results:** In 2017, the proportion of patients having outpatient treatment accounted for 85.7% of the total number of patients visiting the Rehabilitation department. Women accounted for 64.3% and 99.4% of patients had health insurance. Regarding disease patterns: patients with musculoskeletal diseases accounted for the highest proportion with 42.4%. Those with spinal diseases accounted for 28.3%. The number of patients with hemiplegia diseases was the smallest, accounting for 5.2%. Regarding the treatments: The most commonly used therapy was heat treatment with 35.3% of the patients. The ones treated with mobilization and massage accounted for 27.2%. 25.1% of the patients had treatment with Electrotherapy and 12.4% had their spines stretched by machine.

Key words: Physical therapy, rehabilitation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mô hình bệnh tật là sự phản ánh tình hình sức khỏe, kinh tế - xã hội của quốc gia hay địa phương đó. Việc xác định mô hình bệnh tật giúp cho ngành y tế xây dựng kế hoạch chăm sóc sức khỏe cho nhân dân một cách toàn diện, đầu tư cho công tác phòng chống bệnh tật có chiều sâu và trọng điểm, từng bước hạ thấp tỷ lệ tử vong cho cộng đồng, nâng cao hiệu quả chăm sóc sức khỏe nhân dân.

Là bệnh viện đa khoa với quy mô 230 giường bệnh, 18 khoa, 3 đơn vị và 4 phòng ban chức năng, Bệnh viện Đại học Y Thái Bình trong nhiều năm qua đã có nhiều đóng góp trong việc khám chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe cho nhân dân tỉnh Thái Bình và nhân dân các tỉnh lân cận. Bệnh viện cũng đồng thời là cơ sở đào tạo, nghiên cứu khoa học, chuyển giao công nghệ khám chữa bệnh và là nơi thực hành của Trường Đại học Y- Dược Thái Bình.

Khoa phục hồi chức năng là một trong những khoa lâm sàng của bệnh viện. Nhiều năm qua số lượng bệnh nhân đến điều trị phục hồi chức năng tại khoa ngày càng đông, công suất sử dụng giường bệnh hàng năm thường vượt trên 100%. Nhờ đẩy mạnh công tác nghiên cứu khoa học và áp dụng hiệu quả các kỹ thuật mới nên khoa ngày càng thu hút và tạo được niềm tin cho người bệnh. Để đánh giá tổng thể về tình hình

bệnh tật nhằm xây dựng kế hoạch hợp lý, phát triển, đầu tư cơ sở hạ tầng, trang thiết bị, nhân lực nhằm điều trị cho người bệnh có hiệu quả hơn trong thời gian tới, chúng tôi nghiên cứu đề tài với mục tiêu "Mô tả tình hình bệnh tật điều trị ngoại trú tại khoa phục hồi chức năng bệnh viện Đại học Y Thái Bình năm 2017".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm tất cả các hồ sơ bệnh án điều trị ngoại trú tại khoa Phục hồi chức năng năm 2017

2.1.3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 03/2018

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp hồi cứu.

2.2.2. Cách chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Tổng số bệnh nhân đến khám và điều trị ngoại trú tại khoa.

- Tỷ lệ bệnh nhân theo tuổi, giới.

- Tỷ lệ bệnh nhân >60 tuổi

- Tỷ lệ bệnh nhân có bảo hiểm y tế.

- Tỷ lệ bệnh nhân theo các nhóm bệnh: Mô hình bệnh tật được phân chia theo 4 nhóm như sau:

+ Nhóm bệnh lý cột sống: Thoái hóa cột sống, đau lưng, đau thần kinh tọa, thoát vị đĩa đệm...

+ Nhóm bệnh cơ xương khớp: Viêm quanh khớp vai, hội chứng vai tay...

+ Nhóm bệnh sau chấn thương: Cứng khớp, sẹo xơ dính...

+ Nhóm bệnh thần kinh: Liệt nửa người sau tai biến mạch máu não, tổn thương dây thần kinh VII ngoại biên...

Số liệu được nhập và xử lý theo chương trình SPSS 17.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong năm 2017, số bệnh nhân đến khám tại khoa là 581 lượt. Số bệnh nhân điều trị ngoại trú là 498 lượt, chiếm 85,7%.

Bảng 1. Tỷ lệ bệnh nhân theo các quý trong năm

Thời gian	Số lượng	Tỷ lệ
Quý I	101	20,3
Quý II	141	28,3
Quý III	138	27,7
Quý IV	118	23,7
Tổng	498	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân đến điều trị đông nhất vào quý II và quý III (28,3% và 27,7%).

Bảng 2. Tỷ lệ bệnh nhân theo giới, tuổi và bảo hiểm y tế

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Giới	Nam	178	35,7
	Nữ	320	64,3
Tuổi	<60 tuổi	289	58,0
	>60 tuổi	209	42,0
Bảo hiểm y tế	Có	495	99,4
	Không	3	0,6

Nhận xét: Bệnh nhân là nữ chiếm tỷ lệ cao: 64,3%. Bệnh nhân > 60 tuổi chiếm tỷ lệ 58%. Chủ yếu là bệnh nhân có bảo hiểm y tế: 99,4%.

Bảng 4. Các kỹ thuật điều trị

Các kỹ thuật điều trị		Số lượng	Tỷ lệ
Nhóm Nhiệt trị liệu	Hồng ngoại	3.253	14,3
	Parafin	1.573	6,9
	Sóng ngắn	615	2,7
	Vi sóng	201	0,9
	Siêu âm	2.417	10,6
Nhóm điện trị liệu	Điện một chiều đều	14	0,1
	Điện phân dẫn thuốc	4.047	17,7
	Điện xung	1.653	7,2
Nhóm vận động – xoa bóp		6.212	27,2
Kéo giãn cột sống		2.827	12,4
Tổng		22.812	100

Nhận xét: Các phương pháp thuộc nhóm Nhiệt trị liệu được sử dụng nhiều nhất chiếm tỷ lệ 35,3%. Trong đó chủ yếu là hồng ngoại 14,3%; Siêu âm 10,6%. Các phương pháp thuộc nhóm Vận động – Xoa bóp chiếm 27,2%. Các phương pháp thuộc nhóm Điện trị liệu chiếm tỷ lệ 25,1%. Trong đó chủ yếu là điện phân dẫn thuốc 17,7%; Điện xung là 7,2%. Chỉ có 14 bệnh nhân (0,1%) điều trị điện một chiều đơn thuần. Nhóm kéo giãn cột sống bằng máy chiếm tỷ lệ 12,4%.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân đến điều trị tại khoa.
 Trong năm 2017, số bệnh nhân đến khám tại khoa là 581 lượt. Số bệnh nhân điều trị ngoại trú là 498 lượt. Tỷ lệ bệnh nhân điều trị ngoại trú chiếm 85,7%. Chỉ có 14,3% (83 bệnh nhân) mặc dù đến khám nhưng không điều trị.

Khoa phục hồi chức năng với đặc thù riêng là khám, điều trị cho các bệnh nhân theo hình thức điều trị ngoại trú bằng các phương pháp vật lý trị liệu và không cấp phát thuốc. Vì vậy một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân mặc dù được giới thiệu và khám tại phòng khám nhưng do điều kiện cụ thể, bệnh nhân không thể sắp xếp thời gian và công việc để hàng ngày đến điều trị. Những trường hợp này chúng tôi thường chuyển bệnh nhân đến các phòng khám khác để được dùng thuốc hoặc tư vấn điều trị.

Tỷ lệ bệnh nhân tại các thời điểm

Kết quả bảng 1 cho thấy: Tỷ lệ bệnh nhân đến điều trị không đồng đều giữa các tháng và các quý trong năm. Thời điểm bệnh nhân đến

Bảng 3. Tỷ lệ bệnh nhân theo nhóm bệnh

Nhóm bệnh	Số lượng	Tỷ lệ
Bệnh cột sống	141	28,3
Bệnh cơ xương khớp	213	42,8
Bệnh sau chấn thương	118	23,7
Liệt nửa người và các tổn thương dây thần kinh	26	5,2
Tổng	498	100

Nhận xét: Nhóm bệnh cơ xương khớp chiếm tỷ lệ cao nhất: 42,8%. Nhóm bệnh cột sống chiếm tỷ lệ 28,3%.

Thấp nhất là nhóm bệnh liệt nửa người chiếm tỷ lệ 5,2%.

điều trị nhiều nhất là quý II (28,3%) và quý III (27,7%). Số bệnh nhân điều trị của quý IV là 23,7%. Tỷ lệ quý I thấp nhất (20,3%). Điều này là hoàn toàn hợp lý vì thời điểm quý I có thời gian nghỉ đón tết cổ truyền. Mặt khác các bệnh nhân đến điều trị ngoại trú tại khoa chủ yếu là các bệnh như hội chứng vai gáy, đau thần kinh tọa... không phải cấp tính nên không bắt buộc bệnh nhân phải đến điều trị ngay sau nghỉ tết. Việc theo dõi bệnh nhân đến điều trị hàng tháng giúp chúng tôi có kế hoạch quản lý nhân lực, sắp xếp và phân công công việc hợp lý, tránh hiện tượng quá tải, đảm bảo đủ thời gian và hiệu quả điều trị.

Một số đặc điểm về tuổi và giới.

*Số bệnh nhân là nữ chiếm tỷ lệ cao: 64,3%.

NC của Nguyễn Xuân Nghiên và Phạm Hải Yến về tình hình bệnh nhân điều trị nội trú, ngoại trú tại Khoa PHCN Bệnh viện Bạch Mai cũng nhận thấy BN nữ đến điều trị ngoại trú chiếm 58,1%, ngược lại với mô hình bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện (Nam giới chiếm 56,1%) [4].

Về độ tuổi: Nhóm bệnh nhân có độ tuổi > 60 tuổi chiếm tỷ lệ 58%. Kết quả này trong NC của Nguyễn Xuân Nghiên là 15,3% [4]. Trong NC của chúng tôi chủ yếu là BN có bảo hiểm y tế: 99,4%. Do đặc điểm của điều trị Vật lý trị liệu phục hồi chức năng là điều trị ngoại trú (bệnh nhân không được tính ngày nghỉ), ngoài thời gian điều trị BN vẫn phải đến cơ quan làm việc bình thường vì vậy rất khó khăn cho các đối tượng chưa nghỉ hưu, mặc dù rất nhiều bệnh nhân có nhu cầu nhưng không thể tham gia được theo liệu trình điều trị.

Tỷ lệ bệnh nhân theo nhóm bệnh: Để thuận lợi cho theo dõi và đánh giá, chúng tôi phân chia các bệnh nhân thành 4 nhóm:

- Nhóm Bệnh cột sống;
- Nhóm bệnh cơ xương khớp
- Nhóm bệnh sau chấn thương
- Nhóm bệnh liệt nửa người và các tổn thương thần kinh khác.

Từ kết quả NC bảng 3 cho thấy: Về mô hình bệnh tật thì nhóm bệnh cơ xương khớp chiếm tỷ lệ cao nhất: 42,8%. Trong đó gặp chủ yếu là các dạng bệnh như viêm quanh khớp vai, hội chứng vai tay và thoái hóa khớp gối.

Nhóm bệnh cột sống chiếm tỷ lệ 28,3%, chủ yếu thoái hóa cột sống thắt lưng, đau lưng, đau thần kinh tọa, bệnh lý đĩa đệm cột sống...

Kết quả trong NC của chúng tôi cũng tương tự với NC của Nguyễn Xuân Nghiên. Tỷ lệ Nhóm bệnh cơ xương khớp là cao nhất (32,6%); Nhóm bệnh lý cột sống là 28%.

Nếu liệt nửa người sau tai biến mạch máu não hoặc chấn thương sọ não là đối tượng điều trị chủ yếu của khoa PHCN thì nhóm bệnh cơ xương khớp và nhóm bệnh cột sống lại chiếm tỷ lệ lớn trong mô hình bệnh nhân đến điều trị ngoại trú. Mặc dù các bệnh nói trên tuy không ảnh hưởng đến tính mạng như các bệnh lý cấp tính khác nhưng thường xuyên gây đau đớn, khó chịu ảnh hưởng đến công việc, nghề nghiệp của người bệnh. Điều trị vật lý trị liệu PHCN đã góp phần giải quyết các khó khăn trên cho bệnh nhân. Từ kết quả điều trị chúng tôi cũng nhận thấy, vật lý trị liệu phục hồi chức năng giữ một vị trí quan trọng cùng với các phương pháp điều trị khác, đáp ứng nhu cầu chữa bệnh không dùng thuốc.

Trong kết quả NC của chúng tôi, nhóm bệnh sau chấn thương chiếm tỷ lệ 23,7%. Chủ yếu là các tình trạng hạn chế vận động khớp sau gãy xương, sẹo xơ dính...

Bệnh nhân sau chấn thương nói chung và gãy xương nói riêng sau giai đoạn bất động bằng bó bột, nẹp hoặc phẫu thuật thường gặp nhiều các

thương tật thứ cấp như đau, rối loạn dinh dưỡng, đặc biệt gây hạn chế vận động khớp, ảnh hưởng đến chức năng vận động, sinh hoạt và nghề nghiệp của bệnh nhân. Để tránh các thương tật thứ cấp nói trên thì việc kết hợp phục hồi chức năng và phục hồi chức năng sớm là vô cùng quan trọng, góp phần ngăn ngừa các hậu quả sau chấn thương.

Cùng với sự phát triển kinh tế xã hội của đất nước, ngoài phòng bệnh, khám chữa bệnh thì công tác phục hồi chức năng đã trở thành một trong các nhiệm vụ quan trọng của ngành y tế. Công tác PHCN trong nhiều năm qua đã đạt được nhiều thành tựu đáng khích lệ. Các đối tượng của phục hồi chức năng ngày càng được mở rộng không chỉ người khuyết tật, người bị bệnh nghề nghiệp mà bệnh nhân điều trị tại nhiều chuyên khoa cũng đã được điều trị phối hợp. Hệ thống mạng lưới bệnh viện, trung tâm, các cơ sở chuyên khoa và khoa PHCN được củng cố và phát triển từ trung ương đến địa phương đã phần nào đáp ứng được nhu cầu PHCN cho người bệnh cũng như người khuyết tật.

Thái Bình là một trong những tỉnh có đội ngũ nhân viên y tế chuyên ngành phục hồi chức năng tương đối đông. Ngoài 1 bệnh viện chuyên khoa tuyến tỉnh, 1 khoa PHCN thuộc bệnh viện đa khoa tỉnh thì khoa PHCN Bệnh viện đại học Y Thái Bình cũng là 1 địa chỉ đáng tin cậy cho bệnh nhân có nhu cầu điều trị phục hồi chức năng. Tỷ lệ bệnh nhân sau chấn thương được tư vấn và đến điều trị PHCN tương đối đông đã phản ánh sự kết hợp giữa các chuyên khoa trong bệnh viện, đảm bảo bệnh nhân được chăm sóc sức khỏe một cách toàn diện. Điều này cũng cho thấy nhận thức của đội ngũ nhân viên y tế về vai trò, tầm quan trọng của phục hồi chức năng ngày càng được cải thiện và nâng cao. Đây cũng là một điểm mạnh của bệnh viện Đại học Y Thái Bình.

Trong mô hình bệnh tật thì thấp nhất là nhóm bệnh liệt nửa người chiếm tỷ lệ 5,2%. Ngoài các bệnh nhân liệt nửa người chúng tôi còn gặp các bệnh nhân bệnh lý thần kinh khác như liệt dây thần kinh VII ngoại biên, tổn thương đám rối thần kinh cánh tay, liệt thần kinh quay sau tiêm...

Sở dĩ số bệnh nhân thuộc nhóm này chiếm tỷ lệ thấp là do cơ sở của chúng tôi chưa triển khai điều trị nội trú. Các bệnh nhân thuộc nhóm bệnh này cần được điều trị lâu dài trong các cơ sở điều trị nội trú vì bệnh nhân phần lớn giai đoạn đầu chưa tự vận động đi lại được. Việc ăn uống, sinh hoạt của bệnh nhân còn gặp nhiều khó khăn, cần trợ giúp nhiều. Trong điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị cũng như nhân lực của

khoa chưa đủ để đáp ứng được cho mô hình điều trị nội trú, vì vậy các bệnh nhân thuộc nhóm này (đặc biệt các bệnh nhân sau tai biến mạch máu não hoặc chấn thương sọ não...) chúng tôi thường chuyển tuyến để bệnh nhân được điều trị nội trú. Đây cũng là một hạn chế của khoa trong quá trình thực hiện nhiệm vụ.

Các kỹ thuật điều trị: Trong năm 2017, tổng số các dịch vụ kỹ thuật đã áp dụng cho bệnh nhân là 22.812 kỹ thuật được phân thành 4 nhóm chính là:

- Nhóm nhiệt trị liệu
- Nhóm điện trị liệu
- Nhóm vận động – xoa bóp
- Nhóm kéo giãn cột sống bằng máy.

Kết quả NC bảng 4 cho thấy: Các phương pháp thuộc nhóm nhiệt trị liệu được sử dụng nhiều nhất chiếm tỷ lệ 35,3%. Trong đó chủ yếu là hồng ngoại 14,3%; Siêu âm 10,6%. Các phương pháp khác như parafin, sóng ngắn, vi sóng sử dụng ít hơn.

Trong các phương pháp điều trị bằng nhiệt, tia hồng ngoại có tác dụng giảm đau do tác động lên mạng lưới thần kinh trong da, làm tăng ngưỡng cảm giác đau, làm dẫn truyền cảm giác đau chậm lại. Đồng thời, hồng ngoại còn làm giãn mạch, tăng tuần hoàn, tăng dinh dưỡng, tăng chuyển hóa, kích thích lành vết thương. Hồng ngoại cũng làm tăng quá trình thực bào do tăng bạch cầu tại chỗ nên có tác dụng chống viêm, chống nhiễm khuẩn. Với các tác dụng trên nên hồng ngoại được chỉ định rất rộng rãi cho nhiều tình trạng bệnh lý [5]. Các phương pháp thuộc nhóm điện trị liệu chiếm tỷ lệ 25,1%. Trong đó chủ yếu là điện phân dẫn thuốc 17,7%; Điện xung là 7,2%. Chỉ có 14 bệnh nhân (0,1%) điều trị điện một chiều đơn thuần.

Dòng điện một chiều đều có tác dụng giảm kích thích, giảm co thắt, giảm đau, an thần tại cực (+). Tại cực (-) thì tăng mẫn cảm, giảm ngưỡng kích thích vận động. Do dòng điện kích thích trực tiếp thần kinh vận mạch nên có tác dụng giãn mạch. Ngoài ra một ứng dụng quan trọng của dòng điện 1 chiều đều là tác dụng điện dẫn thuốc. Dòng điện một chiều đều sẽ phân ly thuốc thành các ion và dưới tác dụng của điện trường hằng định sẽ đẩy các ion đó vào cơ thể. Điện dẫn thuốc sẽ kết hợp được tác dụng của thuốc và tác dụng của dòng điện một chiều đều. Thuốc tích tụ dưới da và giải phóng dần vào cơ thể, do đó kéo dài được thời gian tác dụng của thuốc. Phương pháp này sẽ giúp hạn chế được các tác dụng phụ của thuốc cho bệnh nhân nếu dùng theo đường tiêm hoặc uống. Các phương pháp thuộc nhóm vận động – xoa bóp chiếm 27,2%.

Trong các phương pháp vật lý trị liệu nói chung thì vận động trị liệu là một kỹ thuật có vai trò đặc biệt quan trọng. Vận động giúp bệnh nhân phục hồi lại tầm vận động khớp, tăng tính mềm dẻo của bao khớp, làm mạnh cơ, tái rèn luyện các cơ bị liệt, bị mất chức năng. Điều hợp các động tác nhờ phát triển các thói quen vận động và phòng các thương tật thứ cấp. Nhóm kéo giãn cột sống bằng máy chiếm tỷ lệ 12,4%.

Kéo giãn cột sống sẽ làm giảm áp lực nội đĩa đệm từ đó giúp tăng thẩm thấu nuôi dưỡng đĩa đệm, giúp nhân nhày và đĩa đệm căng phồng trở lại, tăng dinh dưỡng cho đĩa đệm do đó làm giảm quá trình thoái hóa của đĩa đệm. Kéo giãn cột sống cũng làm điều chỉnh sự di lệch, tăng tính linh hoạt của khớp đốt sống và giải phóng sự khóa cứng của các khớp đốt sống. Đặc biệt đối với bệnh lý đĩa đệm, kéo giãn cột sống sẽ giải phóng sự chèn ép lên các rễ và dây thần kinh sống từ đó làm giảm kích thích rễ và giảm đau [7].

V. KẾT LUẬN

Cùng với sự phát triển của khoa học kỹ thuật, việc ứng dụng đa dạng các hiệu ứng vật lý đã mở ra không gian mới để điều trị bệnh cho con người. Vật lý trị liệu là phương pháp áp dụng các tác nhân vật lý như ánh sáng, điện, vận động, xoa bóp... với mục đích phòng bệnh và chữa bệnh. Với tác động vật lý tới cấp hạt nhân nguyên tử trong các tế bào của cơ thể, hiệu quả điều trị bệnh sẽ đạt mức tối ưu vì huy động tối đa khả năng cân bằng điện hóa sinh trong cơ thể, do đó không xảy ra sốc phản vệ, thời gian điều trị ngắn, chi phí điều trị không cao. Ngày nay Vật lý trị liệu là một trong những phương pháp điều trị được áp dụng rộng rãi và đã khẳng định được vị trí cùng với các chuyên khoa khác trong mô hình bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Trọng Hải, Phạm Thị Nguyên (2017)**, "Nghiên cứu kết quả phục hồi chức năng cho bệnh nhân viêm quanh khớp vai tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương năm 2016", Tạp chí Phục hồi chức năng, Hội Phục hồi chức năng Việt Nam xuất bản, số 1-3/2017, tr. 7-9.
2. **Nguyễn Hữu Huyền, Lê Thị Kiều Hoa (2011)**, "Nghiên cứu hiệu quả điều trị viêm quanh khớp vai thể đông cứng tắc nghẽn bằng vật lý trị liệu kết hợp tập vận động", Hội nghị khoa học phục hồi chức năng toàn quốc, Tạp chí y học thực hành, 2011, tr. 128 – 131.
3. **Cao Thị Len, Nguyễn Thanh lâm, Vũ Trung Dũng (2017)**, "Nhận xét kết quả phục hồi chức năng Khớp gối thoái hóa bằng phương pháp siêu âm kết hợp tập vận động tại Bệnh viện Quân Y 87", Tạp

- chí Phục hồi chức năng, Hội Phục hồi chức năng Việt Nam xuất bản, số 1-3/2017, tr. 24-27.
4. **Nguyễn Xuân Nghiê, Trần Văn Chương, Phạm Văn Minh (2001), "Kết quả điều trị ngoại trú tại khoa phục hồi chức năng bệnh viện Bạch Mai từ tháng 5/1999 đến 4/2001",** Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học – Hội phục hồi chức năng, NXB Y học, số 7/2001. Tr. 212 – 215.
 5. **Nguyễn Xuân Nghiê, Cao Minh Châu, Trần Văn Chương, Vũ Thị Bích Hạnh (2010), "Tổng quan vật lý trị liệu – Phục hồi chức năng",** Vật lý trị liệu và Phục hồi chức năng, NXB Y học, tr. 15 – 18; 45 – 49.
 6. **Nguyễn Thị Thanh (2011), "Đánh giá kết quả phục hồi chức năng bàn tay sau điều trị gãy Pouteaucolles tại khoa phục hồi chức năng Bệnh viện trung ương Huế",** Hội nghị khoa học phục hồi chức năng toàn quốc, Tạp chí y học thực hành, 2011, tr. 108 – 112.
 7. **Vũ Xuân Triê, Nguyễn Việt Đông, Hoàng Kim Hoàn (2017), "Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân đau thắt lưng tại khoa Phục hồi chức năng bệnh viện E năm 2016",** Tạp chí Phục hồi chức năng, Hội Phục hồi chức năng Việt Nam xuất bản, số 1-3/2017, tr. 40 - 44.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN DÍNH BUỒNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Phạm Thị Mỹ Dung¹, Nguyễn Quảng Bắc¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị bệnh nhân dính buồng tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. **Phương pháp:** mô tả hồi cứu. **Kết quả:** Dính ở một phần thân tử cung chiếm 85,8%. Cắt dính bằng dao điện qua soi buồng tử cung phẫu thuật, chiếm 65,6%. Có 9/12 bệnh nhân mất kinh thì có kinh trở lại sau mổ (75%). 51/77 trường hợp kinh đã có kinh nhiều hơn (66,2%). Có 8 ca tai biến là thủng tử cung. Tỷ lệ có thai sau cắt dính là 49%. **Kết luận:** Soi buồng tử cung phẫu thuật cắt dính buồng tử cung mang lại kết quả thành công cao.

Từ khoá: Dính buồng tử cung, soi buồng tử cung.

SUMMARY

EVALUATION OF INTRAUTERINE ADHESION AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNAECOLOGY

Objectives: To evaluate intra-uterine adhesion treatment at National hospital of obstetrics and Gynecology. **Methodology:** This is a descriptive study among 392 patients with intrauterine adhesion. **Results:** Partial adhesion was 85,8%. Utilisation of electrical knife to separate adhesion was 65,6%. 9 out of 12 patients started new menstruation cycle after operation (75%). 51 out of 77 patients bleeding more during cycle (66,2%). Common complication was leakage of uterine (8 cases). Pregnancy rate after operation was 49%. **Conclusion:** Intrauterine adhesion can be effectively treated by operation.

Key words: Intrauterine adhesion, Hysteroscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dính buồng tử cung gây ra bởi nhiều nguyên

nhân, trong đó dính buồng tử cung do can thiệp vào buồng tử cung là hay gặp nhất. 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, vẫn đề phải đặt ra với bệnh nhân dính buồng tử cung là cần được chẩn đoán sớm và điều trị đúng. Soi buồng tử cung phẫu thuật cắt dính được áp dụng rộng rãi trong điều trị vô sinh. Gần đây, trong nước cũng chưa có đề tài nào nghiên cứu về hiệu quả điều trị của phương pháp phẫu thuật cắt dính buồng tử cung qua soi buồng tử cung. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài "Kết quả điều trị bệnh nhân dính buồng tử cung tại Bệnh viện Phụ sản TW".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

*Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:

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 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: Vị trí dính BTC

Vị trí dính	Số lượng	Tỷ lệ
-------------	----------	-------

¹Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Mỹ Dung

Email: mydung318@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2018

Ngày phản biện khoa học: 28.4.2018

Ngày duyệt bài: 7.5.2018

	(n)	(%)
Dính lộ ngoài	1	0,2
Dính một phần ở thân	336	85,8
Dính eo và ống cổ	40	10,2
Dính toàn bộ	15	3,8
Tổng	392	100

Nhận xét: Chúng tôi nhận thấy chủ yếu vị trí dính ở một phần thân tử cung chiếm 85,8%. Có 15 trường hợp dính toàn bộ buồng tử cung chiếm 3,8%.

Bảng 2: Các phương pháp điều trị dính BTC qua soi BTC

Các phương pháp	Số lượng	Tỷ lệ
-----------------	----------	-------

Bảng 3: Kinh nguyệt sau phẫu thuật

Lý do vào viện	Mất kinh		Kinh ít		Tổng	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thành công	9	10,1	51	57,3	60	67,4
Không thành công	3	3,4	26	29,2	29	32,6
Tổng	12	13,5	77	86,5	89	100

Nhận xét: Có 12 bệnh nhân mất kinh thì 9 bệnh nhân có kinh trở lại sau mổ (75%). 51/77 trường hợp kinh đã có kinh nhiều hơn (66,2%).

Bảng 4: Kết quả có thai sau phẫu thuật

Kết quả	Có thai	Không có thai	Tổng
Số lượng (n)	168	175	343
Tỷ lệ (%)	49	51	100

Nhận xét: Do là nghiên cứu hồi cứu gọi điện lại cho bệnh nhân nên chúng tôi chỉ liên hệ được với 343 bệnh nhân. Tỷ lệ có thai sau cắt dính là 49% và 51% bệnh nhân không có thai lại.

Bảng 5: Tai biến – liên quan đến vị trí dính BTC

Vị trí dính	Tai biến		Không		Có		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dính lộ ngoài	1	0,3	0	0	1	0,3	1	0,3
Dính eo và ống cổ	40	12	0	0	40	12	40	12
Dính toàn bộ	14	3,6	1	0,3	15	3,9	15	3,9
Dính 1 phần thân TC	329	83,9	7	1,8	336	85,7	336	85,7
Tổng	384	98	8	2	392	100	392	100

Nhận xét: Có 8 ca tai biến đều là thủng tử cung, xảy ra 7 ca ở những trường hợp dính thân tử cung và 1 ca dính toàn bộ buồng tử cung.

IV. BÀN LUẬN

Theo bảng 1, vị trí dính buồng tử cung của nhóm nghiên cứu chủ yếu là dính một phần thân tử cung, chiếm 85,8%, dính hoàn toàn chiếm 3,8%. Kết quả này khác với kết quả của Nguyễn Duy Ánh với 58,2% dính toàn bộ và 37,3% dính một phần ở thân. Điều này có thể giải thích bởi trong nghiên cứu của Nguyễn Duy Ánh, bệnh nhân dính BTC được chẩn đoán dựa vào triệu chứng lâm sàng và phim chụp X quang buồng tử cung – vòi tử cung do đó số bệnh nhân dính BTC hoàn toàn tăng lên.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 65,6% trường hợp cắt dính BTC bằng dụng cụ soi BTC phẫu thuật, 21,2% trường hợp chỉ cần gỡ dính bằng đèn soi. Còn lại 10,7% chỉ nong và nạo

	(n)	(%)
Cắt dính bằng dụng cụ nội soi phẫu thuật	257	65,6
Gỡ dính bằng đèn soi	85	21,2
Nong và nạo BTC	42	10,7
Đặt dụng cụ tử cung sau gỡ dính	8	2
Vòng kinh nhân tạo sau gỡ dính	392	100
Kháng sinh sau mổ	392	100

Nhận xét: Dính BTC được cắt dính bằng dao điện qua soi BTC phẫu thuật, chiếm 65,6%.

BTC. Điều này có thể đưa đến nhận định rằng phần lớn trường hợp dính BTC trong nhóm nghiên cứu là những tổn thương dính đã cũ, phải sử dụng dao điện mới có thể cắt dính được.

Sau khi cắt dính BTC qua soi BTC, có 8 trường hợp được đặt dụng cụ tử cung T Cu 380 vào BTC nhằm mục đích chống dính, chiếm 2% và vòng được tháo ra sau 3 tháng. Aziken M (2003) nhận thấy 62,7% được đặt dụng cụ tử cung sau tách dính đã khôi phục kinh nguyệt bình thường [2]. Boosteel (2009) cho rằng không có bằng chứng cho thấy việc sử dụng dụng cụ tử cung có thể ngăn ngừa việc dính tái phát hoặc giúp tái tạo biểu mô. Ngược lại, do hoạt động viêm tại chỗ, dụng cụ tử cung có thể làm gián đoạn tiến trình phát triển nội mạc tử cung. Việc

tháo dụng cụ tử cung sau một vài tháng nên thực hiện hết sức nhẹ nhàng để tránh tổn thương niêm mạc tử cung trong quá trình phục hồi [3].

Tất cả các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều được sử dụng vòng kinh nhân tạo và kháng sinh dự phòng sau mổ. Vòng kinh nhân tạo được sử dụng ở đây chủ yếu là estrogen liều cao nửa đầu chu kỳ và phối hợp với progesterone nửa sau chu kỳ. Một số nghiên cứu trên thế giới cũng đồng tình về việc sử dụng liệu pháp estrogen kết hợp hoặc không kết hợp với progesterone 2 đến 3 chu kỳ sau khi nội soi BTC cắt dính. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào so sánh về liều lượng, cách dùng và việc kết hợp các hormone. Một số khác thì cho rằng không có bằng chứng từ các nghiên cứu ngẫu nhiên nào về việc dùng estrogen hỗ trợ sau nội soi cắt dính BTC sẽ đẩy nhanh tái tạo của buồng tử cung hay tác động vào các tế bào niêm mạc BTC còn chức năng ở những vùng dính [3]. Kháng sinh được sử dụng nhằm mục đích phòng nhiễm khuẩn – một yếu tố nguy cơ gây dính BTC.

Trong số 12 bệnh nhân đến khám vì mất kinh, có đến 9 bệnh nhân đã có kinh trở lại sau cắt dính BTC, chiếm 75%, chỉ có 3 bệnh nhân vẫn mất kinh. 77 bệnh nhân kinh nguyệt ít thì cũng có nhiều trở lại 51 trường hợp sau cắt dính, chiếm 66,3%. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác nhau. Roge và cộng sự trong một nghiên cứu gồm 102 bệnh nhân có hội chứng Asherman cho thấy 90% trường hợp có kinh nguyệt trở lại bình thường [4]. Như vậy sau khi cắt dính, tỷ lệ bệnh nhân được khôi phục lại tình trạng kinh nguyệt rất cao, do niêm mạc tử cung sau cắt dính được phục hồi.

Trong tổng số 343 bệnh nhân, có 168 bệnh nhân có thai và 175 bệnh nhân không có thai chiếm tỷ lệ tương ứng là 49% và 51%. Roge và cộng sự trong một nghiên cứu gồm 102 bệnh nhân cho thấy có 54% bệnh nhân có thai lại sau mổ [4]. Một nghiên cứu của Valle và Sciarra với 187 bệnh nhân nhận thấy tỷ lệ có thai cao hơn 79,7% [5].

Thụ thai và sinh con sống là những kết quả cần có thời gian dài để nghiên cứu. Tỷ lệ mang thai tổng thể có thể lên tới 60% và tỷ lệ sinh con sống lên đến 38,9% phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng của dính BTC. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ có thai còn sống tới thời điểm chúng tôi nghiên cứu là 71% (119/243), tỷ

lệ sinh sống là 42% (50/119) và tỷ lệ thai lưu là 29%. Đây cũng là một kết quả đáng ghi nhận.

Thủng tử cung là một nguy cơ có thể xảy ra nhưng hiếm gặp. Phần lớn các thủng dẫn tới chảy máu ít hoặc không nghiêm trọng đến các tổ chức xung quanh nhưng thông thường nó đòi hỏi soi ổ bụng để chẩn đoán đảm bảo không có thương tổn các tổ chức lân cận và không xé rách các mạch máu lớn [6]. Nghiên cứu này có 8 trường hợp tai biến và tất cả đều là thủng tử cung. Một nghiên cứu đa trung tâm về tai biến khi soi BTC chẩn đoán và phẫu thuật của Frank Willem Jansen và cộng sự tiến hành ở 82 bệnh viện ở Hà Lan năm 1997 cho thấy: tai biến do soi BTC chẩn đoán ít hơn tai biến do soi BTC phẫu thuật một cách có ý nghĩa thống kê. Trong soi BTC phẫu thuật tai biến xảy ra nhiều nhất là thủng tử cung, chiếm 0,76%. Trong số 33 ca thủng tử cung này, có 18 ca thủng tử cung trong quá trình tiếp cận BTC, còn lại thủng do kỹ năng của phẫu thuật viên và loại phẫu thuật. Tỷ lệ mắc biến chứng khác nhau phụ thuộc loại phẫu thuật, trong đó tách dính BTC có tỷ lệ biến chứng là 4,48% [7]. Tỷ lệ thủng tử cung trong nghiên cứu của chúng tôi thấp 2%. Trong nghiên cứu này tất cả các bệnh nhân đều được phẫu thuật cắt dính BTC bằng dụng cụ hoặc bằng đèn soi. Thủng tử cung trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu xảy ra ở những bệnh nhân dính ở thân tử cung, đó là những trường hợp khó, dính nhiều trong BTC. Chỉ có 1 trường hợp dính toàn bộ BTC. Tuy nhiên chúng tôi không có số liệu về thời gian dính BTC của bệnh nhân nên không rõ những bệnh nhân này đã dính lâu hay chưa. Đó cũng là hạn chế của nghiên cứu hồi cứu.

V. KẾT LUẬN

Soi buồng tử cung phẫu thuật cắt dính buồng tử cung mang lại kết quả thành công cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 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*.
2. Orhue A. A. E. Azziken M. E (2003), A comparison of two adjunctive treatments for intrauterine adhesions following lysis, *International Journal of Gyn & Obs*, 82(1), tr. 49 - 56.
3. Costas Panayotidis Steven Weyers Jan Bosteels (2009), Intrauterine adhesions (IUA): has there been progress in understanding and treatment over the last 20 years?, *Gynecological Surgery*, 6(3), tr. 197 - 211.
4. D'Ercole C Roge P, Cravello L, Boubli L, Blanc B (1996), Hysteroscopic management of uterine synechiae: a series of 102 observations, *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 65, tr. 189 - 93.

5. **Sciarra JJ Valle RF (1988)**, Intrauterine adhesions: hysteroscopic diagnosis, classification, treatment, and reproductive outcome, *Am J Obstet Gynecol* 158, tr. 1459 - 70.
6. **Brooks Philip G. (1992)**, Complication of operative hysteroscopy. How safe is it?, *Clinical Obs & Gyn*, 35(2), tr. 256 - 61.
7. **Frank Willem Jansen (2000)**, Complication of hysteroscopy: A prospective Multicenter study, *Obstet Gynecol* 2000, 96, tr. 266 - 70.

CAN THIỆP SANG THƯƠNG LỔ MẠCH VÀNH QUA DA BẰNG KỸ THUẬT SZABO

Lý Ích Trung¹, Nguyễn Quốc Tuấn¹,
Bùi Lê Duẩn¹, Trương Thị Minh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh mạch vành là bệnh thường gặp, có nhiều biến chứng nguy hiểm và tỷ lệ tử vong cao. Can thiệp mạch vành qua da là phương pháp điều trị hiệu quả giúp cải thiện tiên lượng tim mạch cho bệnh nhân. Mặc dù có nhiều tiến bộ về kỹ thuật và dụng cụ can thiệp, sang thương lỗ vẫn là một thách thức với các thủ thuật viên. Kỹ thuật Szabo là một phương pháp khả thi và an toàn để điều trị các sang thương lỗ. **Mục đích nghiên cứu:** Đánh giá hiệu quả và độ an toàn của kỹ thuật Szabo trong can thiệp đặt stent sang thương lỗ trên bệnh nhân Việt Nam. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả gồm 43 bệnh nhân có sang thương lỗ từ tháng 6 năm 2014 đến tháng 6 năm 2015 tại khoa Tim mạch can thiệp bệnh viện Chợ Rẫy, được can thiệp đặt stent bằng kỹ thuật Szabo. Đánh giá tỷ lệ thành công về mặt thủ thuật, thành công về mặt kỹ thuật và biến chứng của kỹ thuật. **Kết quả:** Tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật là 41 (95,3%), biến cố về mặt kỹ thuật là 2 (4,7%), thành công về mặt thủ thuật là 43 (100%), biến cố tim mạch nặng trong thời gian nằm viện là 0 (0%). **Kết luận:** Kỹ thuật Szabo an toàn và hiệu quả trong can thiệp đặt stent sang thương lỗ động mạch vành qua da khi tuân thủ tiêu chuẩn chọn bệnh bao gồm sang thương lỗ không vôi hóa nặng, mạch máu sang thương lỗ không xoắn vặn nhiều hay gấp góc >90°.

Từ khóa: Bệnh động mạch vành, kỹ thuật Szabo

SUMMARY

PERCUTANEOUS INTERVENTION OF OTIAL CORONARY LESIONS USING THE SZABO TECHNIQUE

Background: Coronary artery disease is a common disease with risky complications and highly mortality. Percutaneous coronary intervention is effective in improving cardiac event prognosis. Although there are many advance of technique and devices, ostium lesion is a challenge for the interventionist. Szabo technique is a feasible and safety method for treatment ostium lesion. **Objective:** Evaluate the effectiveness and safety of Szabo technique in ostial coronary intervention. **Method of the study:** Descriptive study with 43 patients were intervened with stent for ostial lesion by Szabo technique from June, 2014 to June, 2015 in Interventional cardiology department in Cho Ray

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lý Ích Trung

Email: lyichtrung@yahoo.com

Ngày nhận bài: 16.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 10.4.2018

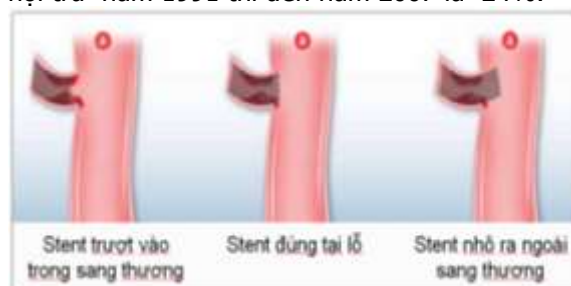
Ngày duyệt bài: 17.4.2018

hospital. Evaluate the rate of technique success, operation success and complications. **Result:** The success rate of Szabo technique is 95.3%, unsuccess technique is 4.7%. Success rate of operation is 100% and MACE in hospital is 0%. **Conclusion:** Szabo technique is the safety, feasibility for stent deployment in ostial if we obey the appropriate criterion include non calcified, no distortion and the angle no more 90°

Keyword: Coronary artery disease, Szabo technique

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch vành (ĐMNV) là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và thương tật ở các quốc gia dù là đã hay đang phát triển. Ở Mỹ, mặc dù tỷ lệ tử vong do bệnh động mạch vành có giảm đi nhiều trong 4 thập niên qua, nhưng bệnh này vẫn là nguyên nhân của 1/3 tổng số tử vong ở lứa tuổi trên 35. Ở các nước đang phát triển dự tính bệnh động mạch vành sẽ tăng 29% ở nữ và 48% ở nam trong khoảng thời gian từ 1990 đến năm 2020. Theo thống kê của Viện Tim mạch Việt Nam tỷ lệ ĐMNV là 3% bệnh nhân nội trú năm 1991 thì đến năm 2007 là 24%.



Hiện nay tử vong do ĐMNV giảm đáng kể 50% do điều trị yếu tố nguy cơ tim mạch, 50% do tiến bộ điều trị ĐMNV, đặc biệt can thiệp tái thông ĐMNV qua da[6].

Mặc dù đã có rất nhiều tiến bộ về dụng cụ và kỹ thuật trong can thiệp động mạch vành qua da, nhưng hiện nay sang thương lỗ (STL) động mạch vành vẫn còn là thách thức lớn đối với các nhà tim mạch học can thiệp. Do STL thường bị che lấp, chùng giãn, và dễ bị di lệch khi bung stent do nhịp tim-nhịp thở của bệnh nhân, gây không ít khó khăn cho việc đặt stent đúng tại STL để đạt được kết quả tái thông tối ưu, và tránh những hậu quả không mong muốn như stent trượt khỏi STL về phần xa-kết quả phải dùng thêm 1 stent đặt nối tiếp, điều này làm tăng chi phí thủ thuật lên gấp đôi, đồng thời

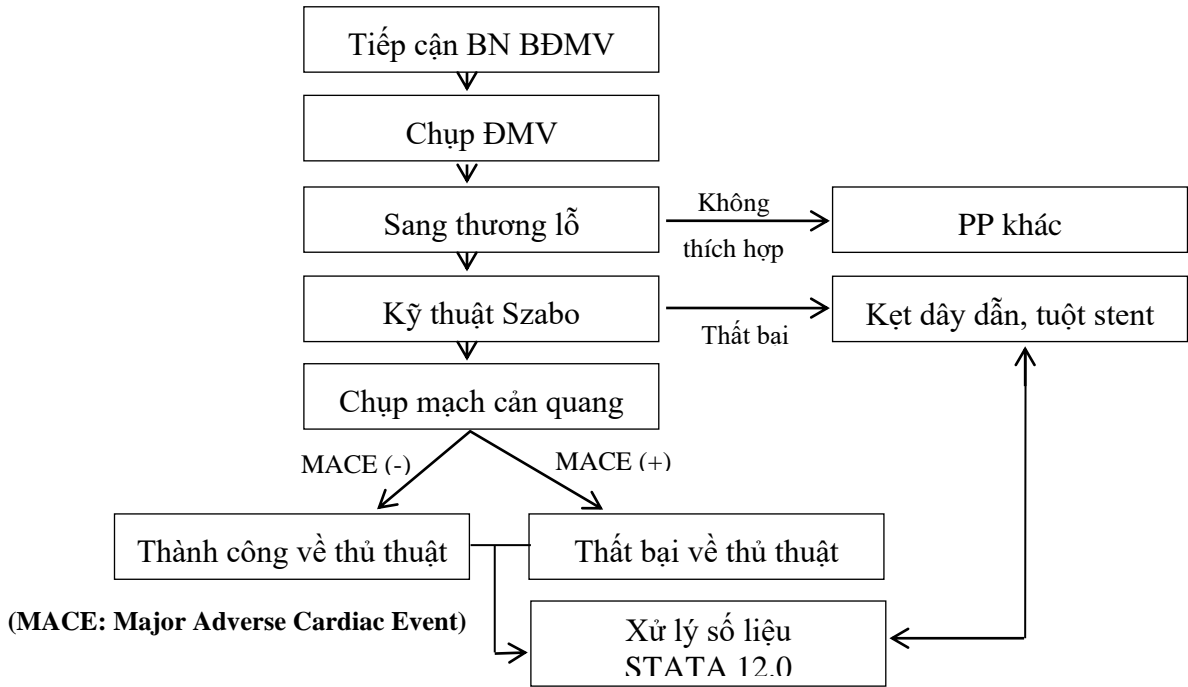
tăng nguy cơ huyết khối và tái hẹp trong stent do phải chồng 2 lớp stent; Hoặc stent bị nhô vào phần gần-sẽ gây khó khăn nhiều cho việc cài ống thông đối với STL chủ vành, tăng nguy cơ tạo huyết khối và khó khăn nhiều khi phải can thiệp lại về sau[1].

Kỹ thuật Szabo hay còn gọi là kỹ thuật Dây neo (Anchor-wire technique), được Szabo giới thiệu từ năm 2005 là phương pháp sử dụng 2 dây dẫn để đặt stent đúng tại STL [2]. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá tính khả thi, an toàn và hiệu quả của kỹ thuật Szabo trong can thiệp STL động mạch vành cho bệnh nhân Việt Nam.

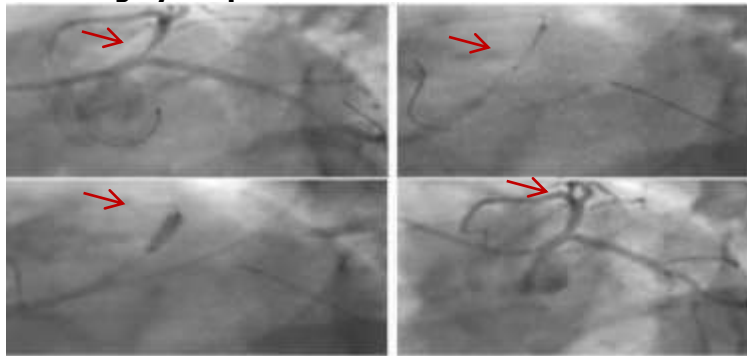
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả

PHƯƠNG PHÁP TIẾN HÀNH NGHIÊN CỨU



Đặt stent STL LAD bằng kỹ thuật Szabo:



hàng loạt ca.

Đối tượng nghiên cứu: 43 bệnh nhân có STL từ tháng 6 năm 2014 đến tháng 6 năm 2015 tại khoa Tim mạch can thiệp bệnh viện Chợ Rẫy được can thiệp đặt stent bằng kỹ thuật Szabo.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Những bệnh nhân có STL hẹp có ý nghĩa, đường kính mạch máu STL $\geq 2,25\text{mm}$

Tiêu chuẩn loại bệnh: Mạch máu vôi hóa nặng, xoắn vặn nhiều, gấp góc $>90^{\circ}$, đường kính mạch máu có STL $< 2,25\text{mm}$.

Stent đúng tại lỗ: Stent che phủ hoàn toàn STL, không tuột vào phần xa và không nhô vào phần gần quá 1mm trên hình chụp mạch cản quang hoặc siêu âm nội mạch.

Thành công về mặt kỹ thuật của kỹ thuật Szabo: Stent được đặt đúng tại STL, hẹp tồn lưu < 10%, dòng chảy TIMI 3, không bóc tách, không huyết khối, không làm mất nhánh bên có ý nghĩa.

Thất bại của kỹ thuật Szabo: Tuột stent, kẹt dây dẫn.

Thành công về mặt thủ thuật của kỹ thuật Szabo: Bao gồm thành công về kỹ thuật và không có biến cố tim mạch nặng (Tử vong, NMCT cấp, phẫu thuật bắc cầu nối chủ-vành cấp cứu và đột quy) trong thời gian nằm viện.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Tần suất phân bố sang thương lỗ và mức độ hẹp

Vị trí tổn thương lỗ	Số ca N (%)	Mức độ hẹp		
		TB ± ĐLC	NN	LN
Sang thương lỗ chủ vành	6 (13,95)	71,67 ± 13,29	50	90
LMCA	2 (4,65)	60 ± 14,14	50	70
RCA	4 (9,30)	77,5 ± 9,57	70	90
SVG	0 (0,0)	0	0	0
Sang thương lỗ không chủ vành	19 (44,19)	80,79 ± 12,50	50	100
LAD	12 (27,91)	79,58 ± 14,84	50	100
LCX	7 (16,28)	82,86 ± 7,56	70	90
Sang thương lỗ nhánh bên	18 (41,86)	85,56 ± 5,11	80	90
DIA	7 (16,28)	84,29 ± 5,35	80	90
OM	8 (18,60)	87,5 ± 4,63	80	90
PDA	3 (6,98)	83,33 ± 5,77	80	90
PLV	0 (0,0)	0	0	0
Chung	43 (100)	81,51 ± 10,94	50	100

Đặc điểm thủ thuật

Đặc điểm thủ thuật	N (%)	
Can thiệp chương trình	40 (93,02)	
Can thiệp thì đầu	3 (6,98)	
Đường vào ĐM quay	42 (97,67)	
Đường vào ĐM đùi	1 (2,33)	
Ông thông can thiệp 6F	42 (97,67)	
Ông thông can thiệp 7F	1 (2,33)	
Dây neo	GALEO	42 (97,67)
	RUNTHROUGH	1 (2,33)
Stent phủ thuốc (DES)	36 (83,72)	
Stent thường (BMS)	7 (16,28)	

Có 7 trường hợp đặt stent thường (BMS) là do điều kiện tài chính của bệnh nhân

Đặc điểm thủ thuật

Biến số	TB ± ĐLC	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
Áp lực nong trước đặt stent (atm) (n=43)	14,00 ± 1,95	12	16
Áp lực bung stent trước rút dây neo (atm) (n=43)	10,14 ± 1,06	8	12
Áp lực bung stent sau rút dây neo (atm) (n=43)	15,40 ± 2,19	11	18
Áp lực nong sau đặt stent bằng bóng áp lực cao (atm) (n=26)	16,23 ± 1,82	14	20
Lượng cản quang trung bình (ml) (n=43)	118,26 ± 24,64	45	200
Thời gian soi tia trung bình (phút) (n=43)	15,74 ± 6,57	3,8	28

Tất cả STL đều được nong bóng trước đặt stent; Tất cả đều được nong lại trong stent bằng áp lực cao sau khi rút dây neo, trong đó có 26 trường hợp nong lại trong stent bằng bóng nong áp lực cao STL cứng.

Chênh lệch giữa thời gian soi tia tối thiểu- tối đa và lượng cản quang dùng tối thiểu- tối đa lớn là do có 17 trường hợp can thiệp sang thương đi kèm cùng lúc với can thiệp đặt stent STL

Kết quả và biến cố về mặt kỹ thuật Szabo

TỈÊU CHI	N (%)
Chụp mạch cản quang: Stent đúng vị trí	43 (100)
Stent nhô vào phần gần	0 (0)

Stent trượt vào phần xa	0 (0)
Hẹp tồn lưu > 10%	0 (0)
TIMI	
0	0 (0)
1	0 (0)
2	0 (0)
3	43 (100)
Bóc tách	0 (0)
Huyết khối	0 (0)
Mất nhánh bên lớn	0 (0)
Biến cố kỹ thuật: Tuột Stent	1 (2,32)
Kết dây neo	1 (2,32)
Thành công về kỹ thuật	41 (95,35)

Trên hình chụp mạch cản quang 100% trường hợp stent đặt đúng vị trí.

1 trường hợp tuột stent ở STL nhánh chéo một do nong STL không đủ rộng → stent được lấy ra qua ống thông và nong STL lại với áp lực cao → đặt stent thành công bằng kỹ thuật Szabo.

1 trường hợp kết dây neo xảy ra ở dây Runthrough NS, do cấu trúc dây neo có khít ở phần tiếp nối cản quang và thân dây dẫn → dùng bóng hỗ trợ lấy dây neo ra và nong lại trong stent bằng bóng áp lực cao. Cả 2 trường hợp đều không để lại di chứng nào.

Tỷ lệ thành công từ chụp mạch cản quang và siêu âm nội mạch

Nghiên cứu (N)	Chụp mạch cản quang đúng vị trí N (%)	Siêu âm nội mạch (IVUS)		
		Đúng vị trí N (%)	Nhô vào phần gần N (%)	Trượt vào phần xa N (%)
Philip Wong (41)	40 (97,6%)	40 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Yang Shengli (39)	36 (92,3%)	2 (96,7%)	1 (3,3%)	0 (0%)
Rajendra Kumar Jain (42)	36 (85,7%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)
Gutierrez-Chico (78)	67 (86%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Chúng tôi (43)	43 (100%)	2 (100%)	0 (0%)	0 (0%)

Từ các nghiên cứu trên, các tác giả đánh giá kết quả tức thì sau đặt stent STL bằng kỹ thuật Szabo chủ yếu dựa vào hình ảnh chụp mạch cản quang và một số ít được kiểm chứng lại bằng siêu âm nội mạch, kết quả chung cuộc cho thấy những ca được kiểm chứng lại bằng IVUS hầu hết cho kết quả tương tự hình ảnh chụp mạch cản quang hoặc sai lệch không có ý nghĩa. Do đó trong nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 43 bệnh nhân, đánh giá kết quả chủ yếu dựa trên hình ảnh chụp mạch cản quang được thực hiện bởi 2 chuyên gia Tim mạch can thiệp là GS.TS Võ

Thành Nhân và TS.BS Hoàng Văn Sỹ; chỉ có 2 (4,7%) trường hợp can thiệp STL thân chung động mạch vành trái là có sử dụng IVUS để đánh giá tổn thương- chọn kích thước stent thích hợp và đánh giá kết quả sau đặt stent, kết quả ghi nhận cả 2 trường hợp stent đều che phủ hoàn toàn STL và không có hình ảnh mất cáo stent nhô vào ĐMC hơn 1mm. 41 trường hợp can thiệp STL còn lại không phải vị trí thân chung động mạch vành trái nên chúng tôi không làm IVUS nhằm làm giảm gánh nặng chi phí điều trị cho bệnh nhân.

Tỷ lệ thành công và biến cố về kỹ thuật, thủ thuật trong thời gian nằm viện qua các nghiên cứu

Nghiên cứu (N)	Thất bại kỹ thuật (%)	Thành công kỹ thuật (%)	MACE (%)	Thành công thủ thuật (%)
Gutierrez Chico(78)	14%	86%	0%	100%
Mohandes (13)	15,4%	84,6%	0%	100%
Philip Kolh (41)	2,4%	97,6%	0%	100%
Yang Shengli (39)	7,7%	92,3%	0%	100%
Chúng tôi (43)	4,7%	95,3%	0%	100%

Đã có nhiều bài báo cáo chứng minh tính khả thi, an toàn và hiệu quả của kỹ thuật Szabo

trong can thiệp STL động vành qua da ở nước ngoài [2] [4][5][7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi thành công về mặt kỹ thuật của kỹ thuật Szabo được định nghĩa: Stent được đặt đúng tại lỗ sang thương-không trượt vào phần xa và không nhô vào phần gần của STL hơn 1mm, hẹp tồn lưu < 10%, dòng chảy TIMI 3, không làm mất nhánh bên có ý nghĩa, không bóc tách, không huyết khối, không kẹt dây neo hoặc tuột stent trong quá trình thủ thuật. Trong 43 trường hợp can thiệp STL bằng kỹ thuật Szabo của chúng tôi có 2 (4,7%) trường hợp thất bại (1 tuột stent và 1 kẹt dây neo). Như vậy tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật của chúng tôi đạt 95,3% (41/43 trường hợp).

Thành công về mặt thủ thuật của kỹ thuật Szabo trong can thiệp STL được định nghĩa: Thành công về chụp mạch cản quang và không có biến chứng tim mạch nặng trong thời gian nằm viện. Chúng tôi không có trường hợp nào xảy ra biến cố tim mạch nặng như tử vong, nhồi máu cơ tim cấp, chuyển mổ bắt cầu mạch vành cấp cứu hay đột quy trong thời gian nằm viện. Như vậy theo định nghĩa thì tỷ lệ thành công về mặt thủ thuật của chúng tôi đạt 100% (41/41 trường hợp).

Khi so sánh kết quả chúng tôi với các công trình nghiên cứu trước, chúng tôi ghi nhận: Tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật của chúng tôi tương đương với Philip Kolh và Yang Shengli, cao hơn so với Mohandes và Gutierrez Chico, không có trường hợp nào bị biến cố tim mạch nặng trong thời gian nằm viện sau can thiệp và tỷ lệ thành công về thủ thuật là 100%.

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật Szabo an toàn và hiệu quả trong can thiệp đặt stent sang thương lỗ động mạch vành qua da trên bệnh nhân người Việt Nam, khi ta

tuân thủ tiêu chuẩn chọn bệnh bao gồm sang thương lỗ không vôi hóa nặng, mạch máu sang thương lỗ không xoắn vặn nhiều hay gấp góc > 90 độ và phải nong STL trước một cách đầy đủ, kỹ thuật này đặc biệt có ích trong các trường hợp sang thương lỗ không thể bóc lộ rõ hoặc di chuyển nhiều theo nhịp tim nhịp thở bệnh nhân khi bung stent. Kỹ thuật này hoàn toàn khả thi vì không phải sử dụng thêm bất kỳ một phương tiện hỗ trợ đặc biệt nào nên không làm phát sinh thêm chi phí điều trị cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dishmon DA, Elhaddi A, Packard K, et al (2011). "High incidence of inaccurate stent placement in the treatment of coronary aorta-istial disease". *J Invasive Cardiol*; 23(8): 322-326.
2. Gutierrez-Chico, J. L., Villanueva-Benito, I., Villanueva-Montoto, L., Vazquez-Fernandez, S., Kleinecke, C., Gielen, S., et al. (2010). Szabo technique versus conventional angiographic placement in bifurcations 010-001 of Medina and in aorto-ostial stenting: angiographic and procedural results. *EuroIntervention*, 5(7), 801-808.
3. Jokhi, P. & Curzen, N. (2009). Percutaneous coronary intervention of ostial lesions. *EuroIntervention*, 5(4), 511-514.
4. M Mohandes, L Krsticevic, J Guarinos, A Bonet, A Camiñas, A Bardaji (2009). "Success Rate of Szabo Technique in Ostial Coronary Pci. Techniques, Angiographic and IVUS Findings". *Iranian Cardiovascular Research Journal* Vol.3, No.3
5. Philippe Kolh., et al (2014). ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. *European Heart Journal*; 35: 2541-2619
6. Phước, Đ. V. (2011). Lịch sử về bệnh động mạch vành và điều trị can thiệp bệnh động mạch vành. In Đ. V. Phước (Ed.), *Can thiệp động mạch vành trong thực hành lâm sàng* (pp. 1-10): Nhà xuất bản Y học.
7. Yang Shengli, et al (2012). "Safety and feasibility of szabo technique in percutaneous coronary intervention of ostial lesions". *Heart*; 98: E1-E319.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA GLÔCÔM ẮC TÍNH

Phạm Thị Thu Hà¹, Trần Thị Nguyệt Thanh², Đào Thị Lâm Hương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và nhận xét về các yếu tố nguy cơ của glôcôm ác tính. **Phương**

pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Nghiên cứu gồm 41 mắt glôcôm ác tính của 33 người bệnh, tuổi trung bình 58,8, nữ chiếm 75,8%. Tỷ lệ người bệnh mắc bệnh cả 2 mắt chiếm 75,8%. 34/41 mắt (83%) điều trị glôcôm góc đóng trước khởi phát glôcôm ác tính. Đa số phẫu thuật trước đó là cắt bè CGM (75,6%). Số mắt viễn thị chiếm 78%. TNC trung bình 21,6mm. Tỷ lệ độ dày TTT/độ dài TNC trung bình là 20,06, trong đó tỷ lệ cao >21 chiếm 44,8%. Hình ảnh thể mi mỏng và quay trước trên siêu âm UBM gặp ở 33/41 mắt (80,3%). **Kết luận:** Glôcôm ác tính thường xuất hiện trên những người bệnh lớn tuổi, nữ

¹Bệnh viện Mắt Trung ương

²Hội nhãn khoa Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thu Hà

Email: haptt321@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 9.4.2018

Ngày duyệt bài: 13.4.2018

giới, một mắt đã bị glôcôm ác tính, mắt với hình thái góc tiền phòng đóng, đã phẫu thuật cắt bè CGM, TNC ngắn, tỷ lệ độ dày TTT/độ dài TNC cao, thể mi dẹt và quay trước.

Từ khóa: Glôcôm ác tính

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTIC AND RISK FACTORS OF MAGLINANT GLAUCOMA

Goal: Evaluate the clinical characteristic and risk factors of maglinant glaucoma. **Method:** describe, cross section. **Results:** The study enrolls 41 eyes of 33 maglinant glaucoma patients. Mean age is 58,8 years old. The disease is more frequent in female-75,8%, male-24,2%. Bilateral maglinant glaucoma occurs in 8/33 patients. Angle closure glaucoma before maglinant glaucoma is predominant (34/41 eyes – 83%). Precipitating surgery of trabeculectomy if most frequent (31/41 eyes – 75,6%). Mean axial length is 26,6mm, hyperopia accounts for 78%. Mean LAF is 20,06. Most of case has thin and anterior rotation ciliary body on UBM: 80,3%. **Conclusion:** Risk factors of maglinant glaucoma consist of: old age, female, contralateral eye has maglinant glaucoma, precipitating trabeculectomy to treat angle closure glaucoma, short axial length, LAF high, thin and anterior rotation ciliary body.

Key words: Maglinant glaucoma, LAF : ratio lens thickness and axial length (%)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Glôcôm ác tính, hay còn gọi là hội chứng thủy dịch lạc đường, được Von Graefe mô tả lần đầu tiên vào năm 1868. Đây là một bệnh cảnh lâm sàng đặc trưng bởi nhãn áp (NA) tăng cao, tiền phòng (TP) nông hoặc xẹp hoàn toàn, có thể xuất hiện vô căn hoặc sau phẫu thuật, thủ thuật nội nhãn. Tỷ lệ bệnh tương đối hiếm, gặp khoảng 2-4% mắt sau phẫu thuật lỗ dò. Cơ chế bệnh sinh của glôcôm ác tính hiện còn nhiều điểm chưa rõ ràng. Cho đến nay glôcôm ác tính vẫn được coi là một trong những bệnh mắt phức tạp, là thách thức đối với các nhà nhãn khoa. Bệnh có thể tiến triển, dẫn đến mù vĩnh viễn nếu không được xử trí hợp lý, kịp thời. Triệu chứng lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của glôcôm ác tính được mô tả trong y văn tương đối nghèo nàn, lẻ tẻ. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả các đặc điểm lâm sàng của glôcôm ác tính, từ đó có thể nhận định các yếu tố nguy cơ của bệnh lý nguy hiểm này.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 41 mắt glôcôm ác tính của 33 người bệnh đã điều trị tại khoa Glôcôm bệnh viện Mắt trung ương từ 12/2011 đến 12/2014.

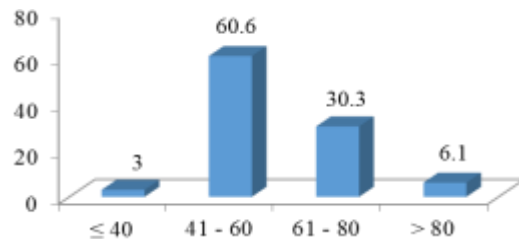
2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3. Tiến hành nghiên cứu: Ghi nhận các đặc điểm dịch tễ - lâm sàng của người bệnh: tuổi, giới, mắt bị bệnh, tiền sử phẫu thuật trước đó, hình thái góc tiền phòng (hồi cứu hồ sơ bệnh án); Đánh giá tình trạng giác mạc (GM trong suốt; phù tối thiểu: phù biểu mô và 1/2 trước nhu mô; phù nhẹ: mờ đục lan ra 1/2 sau nhu mô; phù trung bình: phù toàn bộ chiều dày nhu mô, vẫn quan sát được nội mô GM khi cắt đèn khe; phù nặng: toàn bộ chiều dày nhu mô, khi cắt khe không còn quan sát được nội mô). Đánh giá tình trạng thể thủy tinh (TTT) bằng máy sinh hiển vi Inami. Phân loại đục TTT theo LOC II, chia 4 nhóm (TTT trong, đục độ I: đục nhân nhẹ ± đục vỏ < 3% ± đục dưới bao sau < 10%; độ II: đục nhân trung bình ± đục vỏ 10-50% ± đục dưới bao sau 30%, độ III: đục nhân ánh nâu vàng ± đục vỏ 50-90% ± đục dưới bao sau 50%; đục độ IV: đục nhân nâu ± đục vỏ > 90% ± đục dưới bao sau > 50%, đục ngấm nước); Thị lực (Bảng TL Snellen), chia 5 nhóm (<ĐNT1m, ĐNT1m-2,9m, ĐNT3m-20/400,20/399-20/100, <20/99); NA (NA kế Goldmann) chia 3 nhóm (≤ 21, 22-30, >30 mmHg), NA>21 mmHg là mức NA không điều chỉnh; Đánh giá thể mi, độ sâu tiền phòng, độ dày TTT bằng siêu âm sinh hiển vi UBM (ultrasound biomicroscopy); đo độ dài trục nhãn cầu (TNC) bằng siêu âm B.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm lâm sàng

3.1.1. Đặc điểm về tuổi

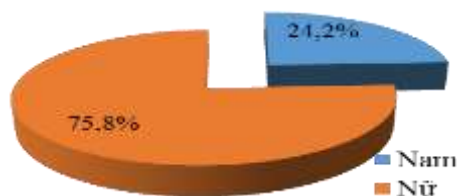


Biểu đồ 3.1. Phân bố người bệnh theo nhóm tuổi

Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là 58,8 tuổi, cao nhất là 82, trẻ nhất là 37 tuổi, trong đó tỷ lệ mắc bệnh nhiều nhất gặp ở lứa tuổi từ 41-60 (60,6%). Tuổi trung bình trong nghiên cứu của Trope là 70 tuổi, của T.Zarnowsky là 63,3 tuổi [1]. Như vậy, bệnh thường xuất hiện ở lứa tuổi cao. Bình thường, nhãn cầu đạt được kích thước tương đối ổn định ở độ tuổi 14. Tuy nhiên, theo thời gian, TTT không ngừng tăng kích thước, dẫn đến TP giảm

dẫn độ sâu và thể tích theo tuổi. Trên những mắt có cấu trúc thuận lợi như viễn thị, TNC ngắn, nhãn cầu nhỏ..., thì tiền phòng sẽ nông dần là điều kiện thuận lợi khởi phát glôcôm góc đóng. Như đã biết glôcôm ác tính thường xuất hiện sau phẫu thuật điều trị glôcôm góc đóng.

3.1.2. Đặc điểm về giới



Biểu đồ 3.2. Phân bố người bệnh theo giới

Trong nghiên cứu của chúng tôi nữ giới chiếm đa số: 25/33 người bệnh – 75,8%, trong khi nam chỉ chiếm 24,2% - 8/33 người bệnh ($p < 0,0001$). Kết quả này cũng phù hợp với các tác giả khác. Nghiên cứu của Mohammad Reza Razeghinejad (2005) trên 103 bệnh nhân ghi nhận tỉ lệ nữ bị bệnh là 70%. Tương tự, Trope cũng báo cáo tỷ lệ mắc bệnh ở phụ nữ cao hơn 3 lần so với nam giới [1].

Giới tính là một yếu tố nguy cơ quan trọng đối với glôcôm góc đóng nguyên phát cũng như glôcôm ác tính. Các nghiên cứu về glôcôm ác tính đều ghi nhận bệnh hay gặp hơn ở nữ (65-75%). M.R. Razeghinejad (2005) đã đo kích thước tiền phòng của nam và nữ từ 20-61 tuổi, nhận thấy kích thước tiền phòng của nữ nhỏ hơn nam 4%. Vì vậy, tác giả đưa ra giả thuyết rằng tiền phòng ở nữ nhỏ hơn nam giới dẫn đến ở nữ TTT nhỏ ra trước hơn so với nam giới. Điều này

không chỉ làm giảm kích thước tiền phòng mà làm thu hẹp khoảng cách giữa xích đạo TTT và thể mi, tạo điều kiện thuận lợi cho nghiền thể mi – TTT, dẫn đến hiện tượng thủy dịch lưu thông ngược chiều vào buồng dịch kính (DK) [1]. Theo Trope, nguyên nhân bệnh hay gặp hơn ở nữ là do phụ nữ thường có nhãn cầu nhỏ hơn với TNC ngắn hơn, dẫn đến thể tích nhãn cầu giảm khoảng 10% so với nam giới. Ngoài ra, các yếu tố nguy cơ khác có thể khiến bệnh hay gặp hơn ở nữ bao gồm sự hay thay đổi tính thấm thành mạch và co thắt mạch. Những đặc điểm trên có thể khiến khả năng bị cương tụ hắc mạc ở nữ cao hơn nam giới và là tiền đề cho glôcôm ác tính.

3.1.3. Hoàn cảnh xuất hiện bệnh: Trong số 33 người bệnh nghiên cứu, bệnh xuất hiện ở cả 2 mắt trên 8 người, chiếm 24,2%. Nếu một mắt được chẩn đoán đã bị glôcôm ác tính thì mắt còn lại có nguy cơ rất cao vì có cấu trúc giải phẫu tương tự. Nghiên cứu của Tsai và cs. trên 25 bệnh nhân, có 3 bệnh nhân bệnh xuất hiện trên cả 2 mắt (12%) [2]. Nghiên cứu khác của Harbour (1996) có tỉ lệ mắc bệnh ở cả 2 mắt là 9% (2/22 mắt) [3]. Trên những mắt này cần phải rất cẩn nhắc trước khi đưa ra chỉ định phẫu thuật. Nếu nhất thiết phải tiến hành phẫu thuật thì cần phải có sự chuẩn bị kỹ lưỡng như làm laser mống mắt chu biên dự phòng, hạ nhãn áp tốt, chống viêm tích cực trước và sau phẫu thuật, dùng thuốc liệt điều tiết sớm trong thời kỳ hậu phẫu. Tác giả N.A.Chaudhry (2014) còn đề nghị cắt dịch kính dự phòng khi tiến hành phẫu thuật TTT trên những mắt này để dự phòng sự xuất hiện glôcôm ác tính [3].

Bảng 3.1. Thời gian xuất hiện glôcôm ác tính sau phẫu thuật.

Số ngày	<=7 ngày	8-30 ngày	31-90 ngày	>90 ngày	Tổng
Số mắt	14	11	8	8	41
Tỷ lệ %	34,2	26,8	19,5	19,5	100

Có 14/41 mắt – 34,2% số trường hợp khởi phát bệnh trong thời kỳ hậu phẫu sớm (trong vòng 1 tuần sau phẫu thuật). Số mắt khởi phát bệnh trong vòng 1 tháng sau phẫu thuật chiếm đa số với 25/41 mắt – 61%. Thời gian khởi phát bệnh trung bình là 176 ngày. Có thể thấy thời gian bệnh xuất hiện rất dao động, từ 1 ngày cho đến 7 năm sau phẫu thuật. Kết quả này phù hợp

với nhận định của các tác giả khác. Bệnh thường khởi phát trong giai đoạn hậu phẫu sớm sau phẫu thuật cắt bẻ. Nghiên cứu của Harbour trên 13 mắt bị glôcôm ác tính sau cắt bẻ CGM, ghi nhận 7 mắt khởi phát bệnh trong tuần đầu tiên (53%) và 10 mắt xuất hiện bệnh trong tháng đầu tiên sau phẫu thuật (77%) [3].

Bảng 3.2. Phẫu thuật trước khi khởi phát glôcôm ác tính.

Tên PT	Cắt bẻ	Phaco/IOL	Phối hợp	Cắt CMS	LPI	Sửa sẹo bong	Tổng
Số mắt	31	4	2	1	1	2	41
TL%	75,6	9,8	4,9	2,4	2,4	4,9	100

Trong nghiên cứu này, phẫu thuật cắt bẻ chiếm 75,6% trong số các phẫu thuật làm khởi

phát glôcôm ác tính. Kết quả này cũng phù hợp với báo cáo của các tác giả khác. Trong đó, cắt

bè cứng giác mạc (CGM), đơn độc hoặc phối hợp với phẫu thuật khác chiếm đến 75% các nguyên nhân gây ra bệnh cảnh của glôcôm ác tính. Nghiên cứu hồi cứu trên 31 mắt của Prata (2013) cho thấy phẫu thuật hay gặp nhất trước khởi phát glôcôm ác tính là cắt bè CGM kết hợp áp MMC (55% - 17/31 mắt), trong đó phối hợp với lấy TTT, đặt IOL là 3/17 mắt (17,6%). Epstein và một số tác giả cho rằng phẫu thuật cắt bè làm giảm độ sâu tiền phòng do tác dụng của lỗ dò, hiện tượng này trên một số mắt có cấu trúc giải phẫu thuận lợi sẽ làm thay đổi vị trí tương quan giữa dây chằng Zinn, màng hyaloids trước và thể mi, dẫn đến khởi phát bệnh cảnh glôcôm ác tính [5].

Ngoài ra nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận một số phẫu thuật gây khởi phát glôcôm ác tính với tần suất nhỏ hơn như Phaco/IOL (4/41 mắt), phẫu thuật phối hợp Phaco/IOL và cắt bè CGM (2/41 mắt), phẫu thuật sửa sẹo bong (2/41 mắt), phẫu thuật cắt củng mạc sâu và laser mỏng mắt chu biên đều chỉ gặp ở 1/41 mắt. Một trong những cơ chế của glôcôm ác tính là do cương tụ hắc mạc. Hắc mạc là một cấu trúc giàu mạch máu nên rất dễ bị ảnh hưởng bởi các phản ứng viêm trong và ngoài nhãn cầu, bởi sự thay đổi áp lực nội nhãn trong và sau phẫu thuật. Những tác động trên sẽ gây ra phù nề hắc mạc do tăng thể tích các khoang gian mạch trong hắc mạc. Trong một nhãn cầu kín, sự tăng thể tích hắc mạc sẽ dẫn đến sự di chuyển ra trước của TTT, mỏng mắt, dẫn đến che lấp vùng bè, xẹp tiền phòng và gây tăng nhãn áp.

3.1.4. Đặc điểm mắt glôcôm ác tính khi nhập viện

Bảng 3.3. Đặc điểm mắt nghiên cứu.

Tình trạng mắt	Đặc điểm	Số mắt	Tỷ lệ %
Thị lực	< ĐNT 1m	18	43,9
	ĐNT1m-2,9m	7	17,1
	ĐNT3m-20/400	7	17,1
	20/399-20/100	8	19,5
	20/99-20/51	1	2,4
Nhãn áp	≤ 21mmHg	4	9,8
	22-30mmHg	10	24,3
	>30mmHg	27	65,9
Tình trạng giác mạc	Trong	13	31,7
	Phù nhẹ	19	46,3
	Phù trung bình	8	19,6
	Phù nhiều	1	2,4
Hình thái góc TP trước khi khởi phát	Góc đóng	34	82,9
	Góc mở	4	9,8
	Không xác định	3	7,3

bệnh			
Độ sâu TP	< 1mm	35	85,4
	1 – 2 mm	6	14,6
	> 2mm	0	0
Tình trạng thể thủy tinh	Trong	10	
	Đục độ I	12	32,3
	Đục độ II	5	38,7
	Đục độ III	2	16
	Đục ngấm nước IOL	2	6,5
	Không có TTT	10	6,5

Phần lớn số mắt nghiên cứu có TL rất thấp, TL dưới ĐNT 3m là 25 mắt (61%), trong đó TL < ĐNT 1m chiếm 43,9%. TL logMAR trung bình khi vào viện là 1,5 ± 0,43.

NA trung bình khi vào viện rất cao: 31,4 ± 6,2mmHg. Đa số mắt (91,2%) có NA không điều chỉnh. Số mắt có NA cao > 30mmHg là 27mắt (65,9%).

Trong số 41 mắt bị glôcôm ác tính trong nghiên cứu, hình thái glôcôm góc đóng trước đó chiếm đa số với 35 mắt (82,9%), p < 0,0001. Một trong các đặc điểm giải phẫu thuận lợi cho sự khởi phát glôcôm ác tính là sự đóng một phần hoặc toàn bộ góc tiền phòng. Nhận định này được chứng minh qua nhiều báo cáo của các tác giả khác nhau. Chandler ghi nhận có sự đóng góc tiền phòng trước đó trên cả 6 mắt bị glôcôm ác tính trong nghiên cứu của mình [5]. Góc tiền phòng hẹp hoặc đóng nằm trong bức tranh lâm sàng chung của nhãn cầu nhỏ, một trong những yếu tố thuận lợi cho khởi phát glôcôm ác tính. Độ sâu TP trung bình là 0,66 ± 0,28mm. Mắt có độ sâu TP < 1mm chiếm đa số (35mắt – 85,4%), trong đó 2 mắt TP xẹp hoàn toàn (0mm).

Trong số 41 mắt, 28 mắt có giác mạc phù ở nhiều mức độ khác nhau. Chỉ 31 mắt còn TTT, trong số này có 10 mắt TTT còn trong, 21 mắt TTT đục ở các mức độ khác nhau (67,8%). Đặc biệt có 2 mắt TTT đục trắng, căng phồng, ngấm nước với độ dày TTT lên đến 6,25mm.

3.2. Nhận xét về một số yếu tố nguy cơ

3.2.1. Độ dài trục nhãn cầu

Bảng 3.4. Độ dài trục nhãn cầu

Độ dài trục nhãn cầu(mm)	≤ 21	21,01 - 22	> 22	Tổng
Số mắt (n)	9	23	9	41
Tỷ lệ (%)	22	56	22	100

Độ dài TNC trung bình của 41 mắt nghiên cứu là 21,6±0,7mm. Mắt có TNC ngắn nhất là

19,8mm, dài nhất là 23,5mm. Phần lớn số mắt nghiên cứu có TNC trong khoảng 21-22mm (23/41 mắt -56,1%, $p < 0,005$). Số mắt viễn thị (TNC nhỏ hơn 22mm) chiếm đến 78% (32/41 mắt) với $p < 0,0001$. Độ dài TNC là một trong các chỉ số sinh trắc học thể hiện kích thước của nhãn cầu. Những mắt có TNC ngắn thường kèm theo bán kính độ cong GM nhỏ hơn và tiền phòng nông hơn mắt glôcôm góc mở và mắt bình thường. Những đặc điểm này là tiền đề thuận lợi cho glôcôm ác tính khởi phát. Nhận định này được khẳng định qua nhiều báo cáo của các tác giả khác nhau. Như trong nghiên cứu của Zhou, TNC dao động từ 20.42mm -21.6mm [4]. Leroux (1977) báo cáo TNC trung bình trên 37 mắt glôcôm ác tính là 21.7mm, nghiên cứu Malta RFS (1990 - 8mắt) TNC trung bình 22.1mm, T.Zarnowsky (2014 -10mắt) ghi nhận TNC trung bình là 21,3mm, với 8/10 mắt viễn thị. Các tác giả cho rằng trên mắt có TNC ngắn, TTT với kích thước bình thường có thể nhỏ ra phía trước hơn, tiền phòng nông hơn, góc tiền phòng hẹp hơn bình thường. Hơn nữa kích thước các cấu trúc trong tiền phòng giảm dần theo tuổi dẫn đến nguy cơ khởi phát glôcôm góc đóng nguyên phát rất cao và tiếp sau đó là glôcôm ác tính.

3.2.2. Độ dày thể thủy tinh, trục nhãn cầu và mối tương quan giữa 2 chỉ số này.

Trên 31 mắt còn thể thủy tinh, chúng tôi loại trừ 2 mắt có TTT đục ngấm nước, căng phồng, độ dày TTT trung bình trên 29 mắt còn lại này là $4,47 \pm 0,2$ mm. Kết quả này của chúng tôi tương đồng với tác giả Zhong Nan (2014- 44 mắt glôcôm ác tính) với độ dày TTT là $4,33 \pm 0,67$ mm, $p > 0,05$.

Bảng 3.5. Tỷ lệ độ dày thủy tinh thể và độ dài trục nhãn cầu

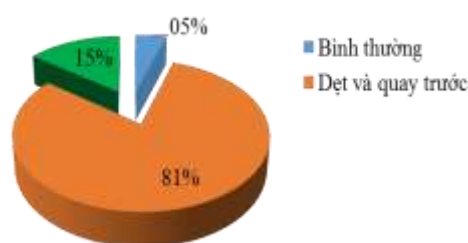
Dày TTT/ TNC x100	≤ 20	20,01 - 21	> 21	Tổng
Số mắt	9	7	13	29
Tỷ lệ %	31	24,2	44,8	100

Trên 29 mắt còn TTT, tỷ lệ độ dày TTT/TNC trung bình là $20,06 \pm 1,4$, thấp nhất là 18,6 - cao nhất là 23,9. Số mắt có tỷ lệ độ dày TTT/độ dài TNC > 21 chiếm đa số với 13/29 mắt (44,8 %), $p < 0,05$. Theo Qi Y, tỷ lệ 20 là ranh giới giữa mắt có cấu trúc thuận lợi cho glôcôm góc đóng nguyên phát và mắt bình thường [7]. Tương quan giữa độ dày TTT và độ dài TNC cũng là một yếu tố nguy cơ quan trọng của bệnh. Trên một mắt có TNC ngắn và TTT dày sẽ dẫn đến sự bất thường về tỉ lệ các cấu trúc giải phẫu trong tiền phòng. Trên nhãn cầu nhỏ, sự tăng kích thước TTT theo tuổi rất đáng kể và có thể dẫn

đến nghiền đồng tử, góc tiền phòng hẹp dần rồi đóng tiệm tiến theo thời gian.

Tuy nhiên không chỉ có cơ chế đóng góc trong cơ chế bệnh sinh của glôcôm ác tính. Laser mổ mắt chu biên có thể loại trừ nghiền đồng tử nhưng không phòng được sự cương tụ tiến triển của hắc mạc, một yếu tố cũng gây ra tiền phòng nông và đóng góc tiền phòng. Mắt viễn thị thường có kích thước nhỏ hơn bình thường, do vậy củng mạc dày hơn và diện tích trao đổi bề mặt nhỏ hơn so với mắt chính thị. Đặc điểm này của củng mạc làm hạn chế sự vận chuyển protein qua củng mạc, hậu quả là phủ hắc mạc do tăng áp lực keo và giữ nước ở hắc mạc. Theo Quigley và cộng sự (2009), tình trạng tương tự cũng có thể xảy ra trên những mắt có kích thước bình thường. Như vậy glôcôm ác tính có thể xuất hiện trên cả những nhãn cầu nhỏ và nhãn cầu có kích thước bình thường khi có cương tụ hắc mạc trầm trọng và lưu thông dịch bất thường trong dịch kính. Một điểm cần lưu ý nữa là trên những nhãn cầu nhỏ, mật độ mạch máu hắc mạc dày đặc hơn mắt có kích thước bình thường nên dễ có xu hướng phù tụ phát hoặc sau phẫu thuật, đẩy thủy tinh thể - mống mắt tiến ra trước [5]. Tác giả Shida Chen (2014) đã đánh giá sự thay đổi độ dày hắc mạc sau phẫu thuật cắt bì CGM trên 23 mắt bị glôcôm góc đóng nguyên phát bằng OCT nhận thấy hắc mạc sau phẫu thuật dày lên rõ rệt ($p = 0,019$).

3.2.3. Hình thái thể mi.



Biểu đồ 3.3. Hình thái thể mi

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi về hình thái thể mi trên UBM ở thời điểm người bệnh vào viện, thể mi mỏng và quay trước chiếm đa số với 33/41 mắt (80,5% - $p < 0,0001$), ngoài ra 6/41 mắt có hình thái quay trước (14,6%). Kết quả này phù hợp với nhận định của tác giả Zhonghao Wang (2014) là thể mi đều mỏng và quay trước có thể là yếu tố giải phẫu thuận lợi để khởi phát glôcôm ác tính [6].

IV. KẾT LUẬN

Người bệnh glôcôm ác tính thường vào viện trong tình trạng mắt bệnh nặng. với TL kém (dưới ĐNT 3m chiếm 61%), NA trung bình rất

cao (31mmHg), tiền phòng rất nông hoặc xẹp (độ sâu TP trung bình 0,66mm). Bệnh cảnh lâm sàng nặng nề trên là hậu quả của tình trạng xẹp TP kết hợp với NA cao gây phù GM ở các mức độ khác nhau (68,3%), đồng thời làm nặng thêm tình trạng đục TTT (21/31 mắt).

Glôcôm ác tính thường gặp trên người bệnh lớn tuổi, nữ giới. Các yếu tố nguy cơ của bệnh bao gồm: một mắt đã bị glôcôm ác tính, phẫu thuật cắt bè CGM trên mắt có hình thái góc tiền phòng đóng, TNC ngắn, tỷ lệ độ dày TTT/độ dài TNC cao, thể mi dẹt và quay trước.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Razeghinejad MR, Amini H, Esfandiari H. (2005).** Lesser anterior chamber dimensions in women may be a predisposing factor for malignant glaucoma. *Medical Hypotheses*; 64:572-574.
 2. **J C Tsai et al (1997).** Surgical results in malignant glaucoma refractory to medical or laser

therapy. *Eye (Impact Factor: 2.08)*. 02/1997; 11 (Pt 5)(5):677-81.
 3. **Harbour JW., Rubsamen PE, Palmberg P. (1996).** Pars plana vitrectomy in the management of phakic and pseudophakic malignant glaucoma. *Arch Ophthalmol*;114:1073-1078.
 4. **Zhou et al (2012).** Clinical Analysis of 50 Chinese Patients with Aqueous Misdirection Syndrome: a Retrospective Hospital-based Study. *J Int Med Res*;40(4):1568-79.
 5. **H. A. Quigley, D. S. Friedman, and N. G. Congdon (2003).** "Possible mechanisms of primary angle-closure and malignant glaucoma", *Journal of Glaucoma*, vol. 12, no. 2, pp. 167-180.
 6. **Zhonghao Wang (2014).** "Quantitative measurements of the ciliary body in eyes with malignant glaucoma after trabeculectomy using ultrasound biomicroscopy". *Ophthalmology*, 8;121(4): 862-9.
 Qi **Y1(2007).** "Ultrasonic evaluation of the lens thickness to axial length factor in primary closure angle glaucoma". *Yan Ke Xue Bao*, 1993 Mar;9 (1):12-4.

**TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN
 - LỘC MÁU CHU KỲ TẠI KHOA THẬN NHÂN TẠO BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC
 Y THÁI BÌNH VÀ BỆNH VIỆN ĐA KHOA TIỀN HẢI TỈNH THÁI BÌNH**

Trần Thị Yến¹, Phạm Thị Dung¹, Nguyễn Văn Công²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân suy thận mạn – lọc máu chu kỳ tại khoa thận nhân tạo bệnh viện Đại học Y Thái Bình và bệnh viện đa khoa Tiền Hải. **Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân suy thận mạn – lọc máu chu kỳ tại địa bàn nghiên cứu. **Phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp dịch tễ học mô tả qua cuộc điều tra cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ bệnh nhân suy dinh dưỡng đánh giá bằng thang điểm SGA chiếm 64,3%; Có 17,2% bệnh nhân có hàm lượng albumin huyết thanh giảm và 36,5% bệnh nhân có BMI <18,5; 39,6% bệnh nhân có sự sụt giảm protein huyết thanh; Tỷ lệ tăng triglycerid chiếm 13,7%. **Kết luận:** Bệnh nhân suy thận mạn bị suy dinh dưỡng chiếm tỷ lệ cao, trên 30% bệnh nhân có giảm protein huyết thanh.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng; Suy thận mạn; Thái Bình; Tiền Hải .

SUMMARY

NUTRITIONAL STATUS OF CHRONIC RENAL FAILURE PATIENTS AT THE DEPARTMENT OF ARTIFICIAL KIDNEY IN

¹Đại học Y Dược Thái Bình
²Ban Bảo vệ, chăm sóc sức khỏe cán bộ TW
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Công
 Email: *congnguyen12389@yahoo.com.vn*
 Ngày nhận bài: 7.3.2018
 Ngày phản biện khoa học: 28.4.2018
 Ngày duyệt bài: 9.5.2018

HOSPITAL OF THAI BINH MEDICAL UNIVERSITY AND TIEN HAI GENERAL HOSPITAL, THAI BINH PROVINCE

Objective: Evaluate nutritional status of chronic renal failure patients at the department of artificial kidney in hospital of Thai Binh medical University and Tien Hai General Hospital. **Subject:** Chronic renal failure patients at the study area. **Method:** The epidemiological method described through the cross-sectional investigation. **Results:** The rate of malnourished patients was estimated by the SGA score of 64.3%; There were 17.2% of patients with serum albumin level and 36.5% of patients with BMI <18.5; 39.6% of patients had serum protein depletion; The rate of triglyceride increased were 13.7%. **Conclusion:** Patients with chronic renal failure are highly malnourished, over 30% of patients had decreased serum protein.

Keywords: Nutritional status; Chronic renal failure; Thai Binh; Tien Hai.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng ở bệnh nhân nằm viện là một vấn đề phổ biến ở tất cả các quốc gia trên thế giới. Tại hội thảo dinh dưỡng lâm sàng nâng cao được tổ chức tại Việt Nam năm 2011, các chuyên gia về dinh dưỡng lâm sàng đã khuyến cáo, tỉ lệ bệnh nhân điều trị nội trú tại bệnh viện bị suy dinh dưỡng đang gia tăng. Ước tính tỉ lệ suy dinh dưỡng tại bệnh viện ở Việt Nam vào khoảng 30-

40%, nhưng chỉ có 12,5% bệnh nhân được phát hiện có suy dinh dưỡng. Tỷ lệ suy dinh dưỡng bệnh nhân nằm viện đặc biệt tăng cao ở một số nhóm đối tượng như bệnh nhân cao tuổi, bệnh nhân đang được chăm sóc tích cực, bệnh nhân mắc bệnh lý đường tiêu hóa, ung thư, mắc bệnh mạn tính như bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, suy thận mạn... Bệnh nhân thận mạn tính có rất nhiều các rối loạn chuyển hóa liên quan đến dinh dưỡng như kháng insulin ngoại vi, rối loạn ly giải mỡ, tăng dị hóa đạm, toan chuyển hóa, giảm hoạt tính vitamin D3, thiếu máu thận. Vì vậy việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng, đặc điểm rối loạn lipid máu của bệnh nhân suy thận mạn tính – lọc máu chu kỳ từ đó xây dựng hoặc điều chỉnh chế độ ăn phù hợp cho bệnh nhân là rất cần thiết. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân suy thận mạn – lọc máu chu kỳ tại khoa thận nhân tạo bệnh viện Đại học Y Thái Bình và bệnh viện đa khoa Tiên Hải.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Địa điểm, thời gian, đối tượng nghiên cứu

- Đối tượng và địa điểm nghiên cứu: Bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ tại khoa Thận nhân tạo của bệnh viện đại học Y Thái Bình và bệnh viện đa khoa Tiên Hải.

- Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ 9/2017 - 4/2018.

Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn toàn bộ bệnh nhân chạy thận nhân tạo chu kỳ tại 2 bệnh viện Đại học Y Thái Bình và bệnh viện Đa khoa huyện Tiên Hải. Tổng số có 197 bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

Bảng 1. Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân đánh giá theo BMI

Tình trạng dinh dưỡng	BV ĐHY Thái Bình (n = 97)		BV Tiên Hải (n = 100)		Chung (n = 197)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Thiếu cân/SDD	40	41,2	32	32,0	72	36,5	>0,05
Bình thường	54	55,7	67	67,0	121	61,5	
Thừa cân/ béo phì	3	3,1	1	1,0	4	2,0	

Kết quả bảng trên cho thấy có 36,5% bệnh nhân thiếu năng lượng trường diễn chiếm nhưng cũng có 2% đối tượng thừa cân chiếm 2%. Tỷ lệ bệnh nhân thiếu năng lượng trường diễn ở bệnh viện Đại học Y Thái Bình là 41,2% cao hơn ở bệnh viện Đa khoa huyện Tiên Hải nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 2. Tình trạng dinh dưỡng của nhóm bệnh nhân đánh giá bằng phương pháp SGA theo nơi lọc thận

Tình trạng dinh dưỡng	BV ĐHY Thái Bình (n = 81)	BV Tiên Hải (n = 90)	Chung (n = 171)	p
-----------------------	---------------------------	----------------------	-----------------	---

Kỹ thuật áp dụng trong nghiên cứu

*Nhân trắc: - **Cân nặng:** Đối tượng được cân tại thời điểm sau lọc, khi chưa ăn uống. Khi cân chỉ mặc quần áo gọn nhất và trừ bớt cân nặng trung bình của quần áo khi tính kết quả. Đối tượng đứng giữa bàn cân, không cử động, mắt nhìn thẳng, trọng lượng phân bố đều cả 2 chân. Cân được đặt ở vị trí ổn định và bằng phẳng.

- **Đo chiều cao** đứng bằng thước gỗ, đối tượng bỏ guốc dép, đi chân không, đứng quay lưng vào thước đo. Gót chân, mông, vai, chẩm theo một đường thẳng áp sát vào thước đo, mắt nhìn thẳng, hai tay bỏ thông theo hai bên mình. Kéo cái chặn đầu của thước từ trên xuống đến khi áp sát đỉnh đầu, nhìn vào thước để đọc kết quả.

*Sử dụng công cụ SGA, MNA để đánh giá tình trạng dinh dưỡng cho bệnh nhân.

*Khám lâm sàng: phát hiện các triệu chứng liên quan của bệnh, các bệnh lý loại trừ, các dấu hiệu liên quan đến dinh dưỡng.

*Sinh hóa máu: Sử dụng các chỉ số như: Hemoglobin, Albumin, protein, glucose, cholesterol, sắt huyết thanh, HDL-C, LDL-C, Triglycerid, ure huyết thanh, creatinin máu.

Xử lý số liệu: Làm sạch số liệu từ phiếu. Số liệu được nhập bằng phần mềm Epi-Data. Các số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 13.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

Có 197 đối tượng tham gia nghiên cứu, trong đó, bệnh viện Đại học Y Thái Bình đối tượng nghiên cứu phân bố đồng đều theo giới tính, với 49 bệnh nhân nam và 48 bệnh nhân nữ.

Tại bệnh viện Tiên Hải có 62 bệnh nhân nam và 38 bệnh nhân nữ. Nhóm đối tượng ≤ 40 tuổi chiếm 24,4%, nhóm 41-65 tuổi chiếm 62,4%, nhóm >65 chiếm 13,2%.

	SL	%	SL	%	SL	%	
Bình thường	24	29,6	36	40,0	60	35,1	>0,05
Nguy cơ SDD	57	70,4	53	58,9	110	64,3	
Suy dinh dưỡng	0	0	1	1,1	1	0,6	

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng bằng phương pháp SGA cho thấy có 63,2% bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng. Tình trạng dinh dưỡng của 2 bệnh viện cũng có sự chênh lệch đáng kể. Tại bệnh viện đa khoa huyện Tiền Hải tỷ lệ bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng chiếm 58,9%, trong khi đó tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình chiếm tới 70,4%.

Bảng 3. Tình trạng dinh dưỡng của nhóm bệnh nhân đánh giá bằng phương pháp MNA

Tình trạng dinh dưỡng	BV ĐHY Thái Bình (n = 16)		BV Tiền Hải (n = 10)		Chung (n = 26)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Nguy cơ SDD nhẹ và vừa	13	81,3	8	80,0	21	80,8	>0,05
Nguy cơ SDD nặng	3	18,2	2	20,0	5	19,2	

Đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân theo phương pháp MNA ta thấy tỉ lệ bệnh nhân có nguy cơ suy dinh dưỡng nhẹ và vừa chiếm 80,8%, nhóm có nguy cơ suy dinh dưỡng nặng chiếm 19,2%.

Bảng 4. Tình trạng Albumin huyết thanh của đối tượng

Tình trạng Albumin huyết thanh	BV ĐHY Thái Bình (n = 97)		BV Tiền Hải (n = 100)		Chung (n = 197)		p	
	SL	%	SL	%	SL	%		
Bình thường	66	68,0	97	97,0	163	82,7	<0,05	
Giảm	Nhẹ	27	27,8	3	3,0	30		15,2
	Vừa	4	4,2	0	0	4		2,0
	Nặng	0	0	0	0	0		0

Qua bảng trên cho thấy có 17,2% bệnh nhân có albumin huyết thanh giảm, trong đó albumin huyết thanh giảm nhẹ chiếm 15,2%, còn lại giảm vừa chiếm 2%. Tỷ lệ giảm của bệnh nhân tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình cao hơn so với bệnh viện Tiền Hải. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 5. Tình trạng protein huyết thanh của đối tượng

Tình trạng protein huyết thanh	Nam (n = 52)		Nữ (n = 49)		Chung (n = 101)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Bình thường	32	61,5	29	59,2	61	60,4	>0,05
Giảm	20	38,5	20	40,8	40	39,6	

Tình trạng protein huyết thanh của bệnh nhân giảm chiếm tỉ lệ 39,6%.

Tình trạng giảm protein huyết thanh giữa nhóm nam và nữ có tỉ lệ tương đối giống nhau.

Bảng 6. Nồng độ trung bình và tỷ lệ rối loạn lipid máu theo tình trạng dinh dưỡng

Tình trạng dinh dưỡng	Triglycerid		HDL-C		LDL-C	
	Nồng độ TB ± SD (µmol/l)	Tỷ lệ tăng (%)	Nồng độ TB ± SD (µmol/l)	Tỷ lệ giảm (%)	Nồng độ TB ± SD (µmol/l)	Tỷ lệ tăng (%)
Gầy (n=72)	1,3 ± 0,7	8,3	1,2 ± 0,4	43,6	2,8 ± 0,7	3,5
Bình thường (n=121)	1,4 ± 1,0	14,0	1,3 ± 0,5	46,1	2,7 ± 0,9	8,6
TC, BP (n=4)	3,1 ± 0,8	100	1,0 ± 0,4	66,7	3,5 ± 0,9	25,0

Kết quả bảng trên cho thấy nồng độ trung bình triglycerid cao nhất ở nhóm bệnh nhân thừa cân, béo phì (3,1 ± 0,8) và thấp nhất ở nhóm có tình trạng dinh dưỡng gầy (1,3 ± 0,7). Tỷ lệ tăng triglycerid cũng xuất hiện ở cả 3 nhóm trong đó ở nhóm bệnh nhân thừa cân béo phì 100% bệnh nhân đều tăng triglycerid máu.

Nồng độ trung bình HDL-C ở cả 3 nhóm không có sự khác biệt đáng kể. Tỷ lệ giảm HDL-C cao nhất ở nhóm bệnh nhân thừa cân và thấp nhất ở nhóm bệnh nhân gầy.

Nồng độ trung bình LDL máu cao nhất ở nhóm bệnh nhân thừa cân, béo phì (3,5 ± 0,9µmol/l). Ở nhóm bệnh nhân gầy và bình thường nồng độ LDL có sự chênh lệch không đáng kể.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ bệnh nhân suy thận mạn thuộc nhóm tuổi từ 41 đến 65 chiếm 62,4% cao hơn hẳn so với tỉ lệ bệnh nhân dưới 40 tuổi. Tỉ lệ mắc bệnh ở nam (62%) cao hơn ở nữ (50,2%). Độ tuổi mắc suy thận

mạn, nhất là suy thận mạn giai đoạn cuối hiện nay trên thế giới cũng như ở Việt Nam có khuynh hướng tăng dần vì các lý do được giải thích như: Tuổi thọ trung bình của người dân tăng dần và quan trọng hơn là các biện pháp điều trị thay thế thận suy được áp dụng cho bệnh nhân STM (lọc máu chu kỳ) ngày càng tiến bộ.

Tỷ lệ suy dinh dưỡng theo BMI 36,5%, chênh lệch không đáng kể với nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân suy thận mạn tính lọc máu chu kỳ của 144 bệnh nhân tại bệnh viện 103 năm 2013 ta thấy kết quả đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân bằng BMI tỉ lệ bệnh nhân suy dinh dưỡng 39,6%. Theo một nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân suy thận mạn tính lọc máu chu kỳ của 144 bệnh nhân tại bệnh viện 103 năm 2013 ta thấy kết quả đánh giá tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân bằng thang điểm SGA tỉ lệ bệnh nhân suy dinh dưỡng lên tới 98,6%, trong đó suy dinh dưỡng nhẹ và trung bình chiếm 92,9%, mức độ nặng và rất nặng chiếm 7,1%.

Cũng theo 1 nghiên cứu trên 144 bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ tại bệnh viện 103 thì tỉ lệ giảm albumin huyết thanh chiếm 25 %, 1 nghiên cứu khác tại bệnh viện quân y 120 vào năm 2014 trên 186 bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ thì tỉ lệ giảm albumin huyết thanh là 28%. Tại nghiên cứu này tỉ lệ giảm albumin huyết thanh trên 197 bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ chiếm 17,2%, kết quả này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Lý giải cho sự khác biệt này, chúng tôi nhận thấy thời gian lọc máu trong từng nghiên cứu khác nhau, đối tượng nghiên cứu cũng khác nhau nhiều nên đã ảnh hưởng đến kết quả của từng nghiên cứu.

Kroenberg F và cộng sự năm 2003 nghiên cứu trên 564 bệnh nhân chạy thận nhân tạo cho biết tăng TC 34%, tăng TG 28% và khoảng 2/3 bệnh nhân có LDL > 100mg%, HDL-C < 40mg%. Kết quả của chúng tôi cho thấy tỉ lệ triglycerid tăng 13,7% thấp hơn so với kết quả nghiên cứu tại bệnh viện 103 năm 2012 (28,67%), ta còn thấy ở nhóm bệnh nhân gây tỉ lệ triglycerid tăng 8,3 %, nhóm bệnh nhân bình thường tăng 14%, và nhóm bệnh nhân béo phì tăng 100% kết quả này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Như vậy thấy được sự tỉ lệ thuận giữa tình trạng dinh dưỡng với sự rối loạn triglycerid máu ở bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ.

HDL - C được xem là thành phần lipoprotein có vai trò chống xơ động mạch, vì thế nồng

độ HDL - C giảm đi sẽ ảnh hưởng trực tiếp và quan trọng đến tình trạng xơ mạch máu và biến chứng tim mạch ở bệnh nhân như nhận định của một số tác giả. Tuy nồng độ trung bình chung của 197 bệnh nhân ($1,2 \pm 0,4$ mmol/l) điều trị thận nhân tạo không giảm rõ, nhưng dựa vào kết quả trong nghiên cứu ta thấy tỉ lệ HDL-C giảm chiếm 34,01% thấp hơn so với kết quả nghiên cứu trên 150 bệnh nhân (39,33%) tại bệnh viện 103 năm 2012 của tác giả Nguyễn Đình Dương và cộng sự.

Tác giả Đinh Thị Kim Dung nghiên cứu rối loạn lipoprotein ở bệnh nhân chạy thận chu kỳ ở 30 bệnh nhân trong 6 tháng, cho thấy rối loạn lipid chung chiếm 88,8% số bệnh nhân nghiên cứu, trong đó LDL - C tăng là 13,3%. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đình Dương và cộng sự tỷ lệ này là 20,67%. Tại nghiên cứu này ghi nhận có 12/197 bệnh nhân có tăng LDL-C chiếm 6,09%. Lý giải cho sự khác biệt này, chúng tôi nhận thấy thời gian lọc máu trong từng nghiên cứu khác nhau, đối tượng nghiên cứu cũng khác nhau nhiều nên đã ảnh hưởng đến kết quả của từng nghiên cứu. Trên thế giới ít tác giả nghiên cứu tỷ lệ rối loạn lipide, tác giả Shah và cộng sự ghi nhận bệnh nhân chạy thận nhân tạo tăng LDL - C (> 130mg%) là 30%.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ bệnh nhân suy dinh dưỡng đánh giá bằng thang điểm SGA chiếm 64,3%.

- Có 17,2% bệnh nhân có hàm lượng albumin huyết thanh giảm và 36,5% bệnh nhân có BMI < 18,5, 39,6% bệnh nhân có sự sụt giảm protein huyết thanh.

- Tỷ lệ tăng triglycerid chiếm 13,7%; Tỷ lệ HDL-C giảm chiếm 34,01%; Tỷ lệ tăng LDL-C chiếm 6,09%.

KHUYẾN NGHỊ

Tất cả bệnh nhân nằm viện cần được ăn uống theo chỉ định và do nhà ăn của bệnh viện cung cấp dưới sự giám sát chặt chẽ của khoa dinh dưỡng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn An Giang, Lê Việt Thắng và Nguyễn Quang Huy (2013), "Khảo sát tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân suy thận mạn tính bằng thang điểm đánh giá toàn diện", *Y học thực hành*, 870(5), pp. 159-161.
2. Nguyễn Đình Dương, Phạm Xuân Thu và Lê Việt Thắng (2012), "Liên quan rối loạn lipid máu với nguyên nhân suy thận, thời gian lọc máu và tình trạng huyết áp của bệnh nhân suy thận mạn tính thận nhân tạo chu kỳ", *Y học thực hành*, 838(8), pp. 67-70.

3. **Lê Việt Thắng và Nguyễn Văn Hùng (2012)**, "Khảo sát chất lượng cuộc sống bệnh nhân suy thận mạn tính thận nhân tạo chu kì bằng thang điểm SF36", *Y học thực hành*, 802(1), pp. 45-47.
4. **Włodarek D, Głabka D and J. Rojek-Trebicka (2014)**, "Assessment of diet in chronic kidney disease female predialysis patients", *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 21(4), pp. 829-834.
5. **Yan Zha and Qi Qian (2017)**, "Protein Nutrition and Malnutrition in CKD and ESRD", *Nutrients*, 9(208).
6. **Yang W-L, Zhu N Zhu X-Y, Su C-Y, et al. (2016)**, "What's the Optimal Lipids Level for Dialysis Patients? A Cohort Study from a Chinese Dialysis Center in a University Hospital", *PLoS ONE*, 11(12).

HIỆU QUẢ GẠO TĂNG CƯỜNG SẮT, KẼM LÊN TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA TRẺ TỪ 36 ĐẾN DƯỚI 60 THÁNG TUỔI TẠI HUYỆN VŨ THƯ, TỈNH THÁI BÌNH

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

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả can thiệp cải thiện tình trạng dinh dưỡng bằng gạo tăng cường sắt, kẽm cho trẻ từ 36 đến dưới 60 tháng tuổi tại huyện Vũ Thư, tỉnh Thái Bình. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp cộng đồng ngẫu nhiên có đối chứng, trong 12 tháng trên trẻ từ 36 đến dưới 60 tháng tuổi chia 2 nhóm: nhóm can thiệp (CT) và nhóm đối chứng (ĐC). **Kết quả:** So với ban đầu (M0) sau 12 tháng can thiệp (M12), mức tăng cân, tăng chiều cao ở nhóm ĐC là 1,67 kg và 5,2 cm; thấp hơn so với nhóm CT là 1,77 kg và 6,98 cm, có ý nghĩa với $p < 0,05$. Tỷ lệ SDD nhẹ cân ở nhóm CT giảm từ 12,7% xuống 7,6% tại M12, còn nhóm ĐC không có sự khác biệt. HQCT là 40%. Sau can thiệp, tỷ lệ trẻ không bị SDD thấp còi của nhóm CT cao hơn nhóm ĐC (10,2% so với 3,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$. Sau 12 tháng can thiệp, xuất hiện thêm 4 trường hợp mắc mới về SDD thấp còi ở nhóm ĐC, nhóm CT không thêm trường hợp nào. Chỉ số hiệu quả của nhóm CT là 35,5% và của nhóm ĐC là 2,0%. HQCT là 33,5%. Nhóm tuổi 48 - <60 tháng tuổi có hiệu quả cải thiện cân nặng, chiều cao cao hơn và tỷ lệ SDD thấp hơn so với nhóm tuổi 36-47 tháng. **Kết luận:** Sau can thiệp 12 tháng, tỷ lệ SDD nhẹ cân ở nhóm CT giảm từ 12,7% xuống 7,6%, nhóm ĐC không có sự khác biệt. HQCT là 40%. Tỷ lệ phục hồi SDD thấp còi sau 12 tháng của nhóm CT cao hơn nhóm ĐC (10,2% so với 3,3%), với $p < 0,05$. HQCT là 33,5%. Nhóm tuổi 48 - <60 tháng có hiệu quả cải thiện cân nặng, chiều cao cao hơn và tỷ lệ SDD thấp hơn so với nhóm tuổi 36-47 tháng.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng, gạo tăng cường sắt, kẽm.

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF IRON AND ZINC FORTIFIED RICE TO IMPROVE THE NUTRITIONAL STATUS OF CHILDREN AGED 36 TO UNDER 60 MONTHS IN VU THU DISTRICT, THAIBINH PROVINCE

Objectives: To evaluate the effectiveness of iron and zinc fortified rice to improve the nutritional status of children aged 36 to under 60 months in Vu Thu

district, Thai Binh province. **Methodology:** A randomized community intervention study in 12 months, for children aged 36 to under 60 months divided into two groups: the intervention group (CT) and the control group (DC). **Results:** After 12 months of intervention (M12), as compare to baseline (M0), children's weight and height gain increase in the control group was 1.67 kg and 5.2 cm, lower than those in the intervention group with 1.77 kg and 6.98 cm with significant difference at $p < 0.05$. The prevalence of underweight in the intervention group decreased from 12.7% to 7.6%, while in the control group, it was no difference. The intervention effectiveness was 40%. At the same time, after intervention, the rate of children overcome stunting condition in the intervention group was higher than that in the control group (10.2% versus 3.3%), with $p < 0.05$. After 12 months of intervention, 4 more new cases of stunting were reported in the control group, the CT group had no cases. The effective index of the intervention group was 35.5% and in the control group was 2.0%. Intervention effectiveness was 33.5%. Group of age from 48 to under 60 months had improve weight gain, height and prevalence of malnutrition lower than group of age 36-47 months. **Conclusions:** After 12 months of intervention, prevalence of malnutrition in the intervention group decreased from 12.7% at baseline to 7.6%, this prevalence had no difference in the control group. Intervention effectiveness was 40%. The rehabilitation rate after the intervention of the intervention group was higher than in the control group (10.2% versus 3.3%), with $p < 0.05$. The intervention effectiveness was 33.5%. Group of age from 48 to under 60 months had higher weight gain and height and prevalence of malnutrition lower than in group of age 36-47 months.

Key words: Nutritional status, iron and zinc-enriched rice.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng trưởng ở trẻ em bị chi phối bởi nhiều yếu tố như di truyền và môi trường bên ngoài trong đó có dinh dưỡng. Dinh dưỡng hợp lý là yếu tố quan trọng đối với sự tăng trưởng và kiểm soát sức khỏe, bệnh tật trong các giai đoạn vòng đời [7]. Suy dinh dưỡng (SDD) ở trẻ em nước ta vẫn còn ở mức cao so với phân loại của tổ chức Y tế thế giới. SDD không chỉ đơn thuần là nạn đói mà còn ám chỉ khái niệm "đói tiềm ẩn" hay tình trạng thiếu các vi chất dinh dưỡng (VCDD) thiết yếu như Vitamin D, A, sắt và kẽm. SDD và thiếu VCDD đang là vấn đề có nghĩa sức khỏe cộng đồng, trong đó nhóm đối tượng có

¹Bệnh viện Nhi Thái Bình

²Trường Đại học Y Dược Thái Bình

³Bệnh viện nhiệt đới TW

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Minh Chính

Email: chinhthanh1968@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.3.2018

Ngày phản biện khoa học: 3.5.2018

Ngày duyệt bài: 11.5.2018

nguy cơ cao là trẻ em dưới 5 tuổi [9]. Sự thiếu hụt về VCDD hoàn toàn có thể phòng ngừa và thanh toán được nếu các đối tượng có nguy cơ được bổ sung liên tục một lượng nhỏ các vi chất bằng nhiều giải pháp. Giải pháp tăng cường vi chất vào thực phẩm là can thiệp lâu dài khả thi và bền vững nhằm cải thiện vấn đề thiếu VCDD trên thế giới cũng như ở nước ta. Tại Việt Nam gạo là lương thực chính, không thể thiếu trong bữa ăn hàng ngày, mức tiêu thụ trung bình là 191,6 g/trẻ/ngày [1],[2].

Thái Bình là một tỉnh nông nghiệp, được coi là vựa lúa của đồng bằng sông Hồng.. Cho tới nay chưa có nghiên cứu nào về đánh giá hiệu quả của gạo tăng cường đa vi chất lên tình trạng sức khỏe của người dân nói chung và trẻ em nói riêng. Chính vì vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài với mục tiêu: "Đánh giá hiệu quả gạo tăng cường sắt, kẽm lên tình trạng dinh dưỡng cho trẻ từ 36 đến dưới 60 tháng tuổi tại huyện Vũ Thư, tỉnh Thái Bình".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: trẻ từ 36 đến dưới 60 tháng tuổi đã tham gia nghiên cứu ở giai đoạn sàng lọc. Trẻ được chia 2 nhóm theo độ tuổi từ lúc bắt đầu tiến hành can thiệp (M0), là từ 36-47 tháng và từ 48 đến dưới 60 tháng tuổi.

Địa điểm: Minh Khai - xã can thiệp và Xã Nguyễn - xã đối chứng.

Thời gian: Từ tháng 4/2016 đến tháng 3/2017. M0 là thời điểm bắt đầu can thiệp và M12 là thời điểm kết thúc 12 tháng can thiệp.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp cộng đồng ngẫu nhiên có đối chứng. cho trẻ em từ 36 đến dưới 60 tháng tuổi được chia làm 2 nhóm: nhóm can thiệp và nhóm đối chứng.

Trước khi áp dụng các biện pháp can thiệp, trẻ em ở cả 2 nhóm đều được kiểm tra các chỉ số: Cân nặng, chiều cao

Cỡ mẫu nghiên cứu: Dựa theo công thức tính, cỡ mẫu cho đánh giá hiệu quả can thiệp là 136 trẻ em cho mỗi nhóm x 2 nhóm = 272 trẻ. Thực tế có 324 trẻ trong đó có 157 trẻ ở nhóm can thiệp và 167 trẻ ở nhóm đối chứng.

Phương pháp chọn mẫu

- Chọn địa bàn nghiên cứu: Trong 4 xã nghiên cứu sàng lọc, bốc thăm ngẫu nhiên được Minh Khai là xã can thiệp và Nguyễn Xá là xã đối chứng.

- Chọn đối tượng trong nghiên cứu: Chọn toàn bộ số trẻ em từ 36 đến dưới 60 tháng tuổi đang sống ở xã Minh Khai và xã Nguyễn Xá đáp

ứng các tiêu chuẩn chọn mẫu vào nghiên cứu can thiệp.

Các biến số và chỉ số cần thu thập trong nghiên cứu

- Hiệu quả các biện pháp can thiệp cải thiện tình trạng nhẹ cân, thấp còi, gầy còm của trẻ ở 2 nhóm nghiên cứu.

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

- Tính nhóm tuổi
- Kỹ thuật nhân trắc: xác định cân nặng và chiều cao của trẻ

Phân loại trẻ em SDD theo WHO 2007.

Sử dụng các số đo nhân trắc dinh dưỡng và phân loại trẻ em theo 3 chỉ tiêu: Cân nặng theo tuổi (CN/T) , Chiều cao theo tuổi (CC/T), cân nặng theo chiều cao (CN/CC)

+ Trẻ nhẹ cân: khi trẻ có CN/T Z-score < - 2 SD

+ Trẻ thấp còi: khi trẻ có CC/T Z- score < - 2SD

+ Trẻ gầy còm: khi trẻ có CN/CC Z- score < -2SD

Tổ chức nghiên cứu

- Tập huấn cho các cán bộ tham gia nghiên cứu

- Tổ chức khám, đánh giá tình trạng dinh dưỡng trẻ em ở cả 2 nhóm can thiệp và đối chứng tại thời điểm điều tra ban đầu (M0) và sau 12 tháng can thiệp (M12).

- Triển khai nghiên cứu can thiệp: Tổ chức cho trẻ ở xã can thiệp được ăn cơm nấu bằng gạo có tăng cường sắt, kẽm tại nhà trẻ và gia đình trong thời gian 12 tháng liên tục và được cộng tác viên theo dõi, giám sát chặt chẽ..

Đối với trẻ ở nhóm chứng, được ăn cơm tại nhà trẻ và tại gia đình ăn gạo bình thường (không tăng cường sắt kẽm)

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch trước và sau khi nhập số liệu. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 15.0. Hiệu quả can thiệp được tính theo công thức sau:

*Chỉ số hiệu quả:

$$CSHQ(\%) = \frac{|A - B|}{A} 100$$

Trong đó: - CSHQ là hiệu quả của một nhóm được tính ra tỷ lệ %

- A là tỷ lệ mắc trước can thiệp tại M0

- B là tỷ lệ mắc sau can thiệp tại M12

* Hiệu quả can thiệp: HQCT = |H1 - H2|

Trong đó: - HQCT là hiệu quả can thiệp

- H1 là chỉ số hiệu quả của nhóm can thiệp;

- H2 là chỉ số hiệu quả của nhóm đối chứng.

Đạo đức nghiên cứu: Đề cương nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức của trường Đại học Y Dược Thái Bình trước khi triển khai.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Hiệu quả các biện pháp can thiệp lên cân nặng và tình trạng dinh dưỡng của trẻ SDD thể nhẹ cân

Chỉ số	Nhóm ĐC (n=167)	Nhóm CT (n=157)	p
Cân nặng trung bình (Kg, $\bar{X} \pm SD$)			
M ₀	14,5±1,95	14,7±2,3	>0,05
M ₁₂	16,2±1,96	16,5±2,3	>0,05
M ₁₂ - M ₀	1,67±0,23	1,77±0,43	<0,05
WAZ- score ($\bar{X} \pm SD$)			
M ₀	-0,89±0,89	-0,837±0,95	>0,05
M ₁₂	-0,93±0,79	-0,833±0,86	>0,05
M ₁₂ - M ₀	-0,047±0,15	0,004±0,25	
p trước sau	>0,05	>0,05	
Tỷ lệ SDD thể nhẹ cân CN/T: n (%)			
M ₀	21 (12,6)	20 (12,7)	>0,05
M ₁₂	21 (12,6)	12 (7,6)	>0,05
p trước sau	>0,05	<0,05	
CSHQ	0,0	40,0	< 0,05
HQCT	40,0		

Kết quả bảng trên cho thấy sau CT mức tăng cân ở nhóm ĐC là 1,67 (kg) thấp hơn so với nhóm CT 1,77 (kg), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ SDD ở nhóm CT giảm từ 12,7% tại M₀ xuống còn 7,6% tại M₁₂, còn nhóm ĐC không có sự khác biệt nào. HQCT ở nhóm CT là 40%.

Bảng 2. Hiệu quả can thiệp lên cân nặng và tình trạng dinh dưỡng của trẻ SDD thể nhẹ cân theo nhóm tuổi

Các chỉ số	Nhóm tuổi 36-47 tháng		Nhóm tuổi 48 - < 60 tháng		p
	Nhóm ĐC (n=86)	Nhóm CT (n=71)	Nhóm ĐC (n=81)	Nhóm CT (n=86)	
Cân nặng trung bình (Kg, $\bar{X} \pm SD$)					
M ₀	13,7±1,58	13,6±1,6	15,4±1,94	15,7±2,24	> 0,05
M ₁₂	15,4±1,63	15,4±1,7	17,0±1,95	17,5±2,27	> 0,05
M ₁₂ - M ₀	1,72±0,24	1,76±0,45	1,61±0,20	1,78±0,41	p(a),p(b) < 0,05
WAZ- score ($\bar{X} \pm SD$)					
M ₀	-0,86±0,85	-0,883±0,92	-0,91±0,93	-0,79±0,97	> 0,05
M ₁₂	-0,88±0,73	-0,888±0,83	-0,99±0,86	-0,80±0,88	> 0,05
M ₁₂ - M ₀	-0,01±0,17	-0,00014±0,26	-0,08±0,12	-0,01±0,24	p(a),p(b) < 0,05
p trước sau	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05	
Tỷ lệ SDD nhẹ cân CN/T: n (%)					
M ₀	11 (12,8)	6 (8,5)	10 (12,3)	14 (16,3)	> 0,05
M ₁₂	10 (11,6)	4 (5,6)	11 (13,6)	8 (9,3)	> 0,05
p trước sau	>0,05	>0,05	>0,05	<0,05	
CSHQ	9,0	33,3	-10,0	42,8	< 0,05
HQCT	24,3		52,8		

Dưới mỗi bảng ghi rõ dùng test thống kê gì để có $p >$ hay $< 0,05$

Kết quả bảng trên cho thấy cả 2 nhóm tuổi đều có mức tăng cân và tăng chỉ số Z-score cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng. Tuy nhiên, nhóm tuổi 48-<60 tháng có mức cải thiện tốt hơn. HQCT của nhóm tuổi 48-<60 tháng là 52,8% cao hơn so với nhóm tuổi 36-47 tháng là 24,3%.

Bảng 3. Hiệu quả các biện pháp can thiệp lên chiều cao và tình trạng dinh dưỡng của trẻ SDD thể thấp còi

Chỉ số	Nhóm ĐC (n=167)	Nhóm CT (n=157)	p
Chiều cao trung bình (cm, $\bar{X} \pm SD$)			
M ₀	97,5±5,2	98,4±5,97	>0,05
M ₁₂	102,7±5,3	105,4±5,99	< 0,05
M ₁₂ - M ₀	5,2±1,07	6,98±0,84	< 0,05

HAZ- score ($\bar{X} \pm SD$)			
M ₀	-1,26±0,96	-1,13±0,89	> 0,05
M ₁₂	-1,46±0,89	-0,94±0,85	< 0,05
M ₁₂ - M ₀	-0,19±0,21	0,18±0,15	< 0,05
p trước sau	<0,05	<0,05	
Tỷ lệ SDD thấp còi CC/T (n, %)			
Mắc mới	4 (2,6)	0 (0,0)	<0,05
Phục hồi	5 (3,3)	16 (10,2)	<0,05
M ₀	49 (29,3)	45 (28,7)	>0,05
M ₁₂	48 (28,7)	29 (18,5)	<0,05
p trước sau	>0,05	<0,05	<0,05
CSHQ	2,0	35,5	<0,05
HQCT	33,5		

Kết quả bảng trên cho thấy, nhóm CT tăng chiều cao trung bình 6,98 cm cao hơn nhóm ĐC là 5,2cm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Sau CT, tỷ lệ phục hồi của nhóm CT cao hơn nhóm ĐC (10,2% so với 3,3%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Nhóm CT không có trường hợp mắc mới nào, còn nhóm ĐC có 4 trường hợp. Chỉ số hiệu quả của nhóm CT là 35,5% và của nhóm ĐC là 2,0%. HQCT là 33,5%.

Bảng 4. Hiệu quả can thiệp lên chiều cao và tình trạng dinh dưỡng thể của trẻ SDD thể thấp còi theo nhóm tuổi

Các chỉ số	Nhóm tuổi 36-47 tháng		Nhóm tuổi 48-<60 tháng		p
	Nhóm ĐC (n=86)	Nhóm CT (n=71)	Nhóm ĐC (n=81)	Nhóm CT (n=86)	
Chiều cao trung bình (cm, $\bar{X} \pm SD$)					
M ₀	94,7±4,7	94,1±3,6	100,5±3,95	101,9±5,16	> 0,05
M ₁₂	100,0±4,9	101,1±3,5	105,6±4,03	108,9±5,22	p(a),(b)< 0,05
M ₁₂ -M ₀	5,29±1,47	6,97±0,46	5,11±0,27	7,0±1,06	
HAZ- score ($\bar{X} \pm SD$)					
M ₀	-1,18±1,05	-1,25±0,80	-1,34±0,85	-1,03±0,96	> 0,05
M ₁₂	-1,46±0,97	-1,14±0,72	-1,46±0,80	-0,79±0,93	p(a),(b)< 0,05
M ₁₂ -M ₀	-0,28±0,26	0,11±0,13	-0,11±0,09	0,24±0,13	
p trước sau	>0,05	<0,05	>0,05	<0,05	
Tỷ lệ SDD thấp còi CC/T (n,%)					
M ₀	25 (29,1)	20 (28,2)	24 (29,6)	25 (29,1)	p(a),(b)> 0,05
M ₁₂	21 (24,4)	14 (19,7)	27 (33,3)	15 (17,4)	p(a),(b)> 0,05
p trước sau	>0,05	<0,05	>0,05	<0,05	p(a),(b)> 0,05
CSHQ	16,0	30,0	-12,5	40,0	
HQCT	14,0		52,5		

Kết quả bảng trên cho thấy cả 2 nhóm tuổi đều có mức tăng chiều cao và tăng chỉ số Z-score cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm ĐC. Nhưng nhóm tuổi 48-<60 tháng có mức cải thiện tình trạng dinh dưỡng tốt hơn. HQCT của nhóm tuổi 48-<60 tháng là 52,5% cao hơn so với nhóm tuổi 36-47 tháng là 14%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả sau 12 tháng can thiệp cho thấy, mức tăng cân ở nhóm ĐC là 1,67±0,23 kg thấp hơn so với nhóm CT 1,77±0,43 kg, với p<0,05. Tỷ lệ SDD ở nhóm ĐC không có sự thay đổi, còn ở nhóm CT giảm từ 12,7% tại M₀ xuống còn 7,6% tại M₁₂. Sự khác biệt trước sau CT có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Chỉ số hiệu quả ở nhóm ĐC (0,0%) thấp hơn nhóm CT (40,0%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. HQCT là 40,0%.

Đánh giá mức độ cải thiện cân nặng theo từng nhóm tuổi, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ở cả 2 độ tuổi nhóm CT đều có mức tăng cân cao hơn so với nhóm ĐC nhưng nhóm tuổi 36-47 tháng khi bắt đầu tham gia nghiên cứu có mức tăng cân ít hơn so với nhóm tuổi 48-<60 tháng. Hiệu quả can thiệp ở nhóm tuổi 36-47 tháng là 24,3% và ở nhóm tuổi 48-<60 tháng là 52,8%.

Điều đó cho thấy tác dụng của truyền thông và cải thiện khẩu phần ăn ở nhóm CT làm tăng cân tốt hơn ở nhóm truyền thông đơn thuần

(ĐC). Mức độ tăng cân của nhóm CT tương đương với chuẩn của WHO. So với kết quả CT của Nguyễn Thanh Hà sau 6 tháng nhóm CT tăng được $1,27 \pm 0,2$ kg và nhóm ĐC là $0,97 \pm 0,35$ kg. Có thể là do CT của Nguyễn Thanh Hà ở độ tuổi nhỏ hơn nên mức tăng trưởng cao hơn. Hiệu quả này trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với kết quả của Nguyễn Thanh Hà (nhóm chứng là 9,9%; nhóm kẽm là 48% và nhóm sprinkle là 57,3%). Chúng tôi thấy mức độ SDD thể nhẹ cân trước CT của Nguyễn Thanh Hà cao hơn và độ tuổi CT nhỏ hơn do đó, khả năng cải thiện cân nặng sẽ tốt hơn là hoàn toàn phù hợp [2].

Nghiên cứu CT bằng cách cho ăn bổ sung cháo gạo hàng tuần trong vòng 1 năm của Trần Quang Trung cũng trên toàn bộ nhóm trẻ lứa tuổi 24-48 tháng tại Tiền Hải cho thấy, sau 1 năm trẻ tăng trung bình là 1,5 kg và chiều cao trung bình $6,9 \pm 1,1$ cm. Riêng nhóm thấp còi tăng được $7,7 \pm 0,9$ cm và có 39,2% thoát khỏi thấp còi [4].

Nghiên cứu của Nguyễn Anh Vũ can thiệp bằng bổ sung thực phẩm sẵn có cho nhóm trẻ thấp còi lứa tuổi 12-23 tháng tuổi tại Hưng Yên cho thấy, sau 1 năm nhóm CT tăng được 2,3 kg và 8,8 cm chiều cao, có 55,4% thoát khỏi SDD thấp còi [6].

SDD thấp còi là SDD mạn tính, biểu hiện tình trạng thiếu dinh dưỡng kéo dài, ảnh hưởng tới chiều cao và là chỉ tiêu quan trọng nhất của chất lượng dinh dưỡng. Vì thế, để phục hồi SDD cho những đối tượng này cần đảm bảo cả yêu cầu tốc độ tăng trưởng theo thời gian, vừa phải đảm bảo thực hiện tăng trưởng bù phần thiếu dinh dưỡng kéo dài. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau 12 tháng nhóm CT tăng chiều cao trung bình 6,98 cm, cao hơn nhóm đối chứng 5,2 cm, có ý nghĩa với $p < 0,05$. Về chỉ số HAZ -score sau CT nhóm ĐC không có sự cải thiện. Trong khi đó ở nhóm CT có sự cải thiện rõ rệt với $p < 0,05$. Về tỷ lệ mắc mới nhóm ĐC có 4 trường hợp (2,6%) còn nhóm CT không có đối tượng nào. Tỷ lệ phục hồi sau CT của nhóm CT cao hơn nhóm ĐC (10,2% so với 3,3%), với $p < 0,05$. Về tỷ lệ SDD cho thấy ở nhóm ĐC chỉ giảm từ 29,3% xuống 28,7%; chỉ số hiệu quả là 2%, trong khi đó ở nhóm CT giảm từ 28,7% xuống 18,5% và chỉ số hiệu quả là 35,5%. HQCT là 33,5%. Nhóm tuổi 48- <60 tháng có mức tăng chiều cao và tăng chỉ số Z-score tốt hơn so với nhóm tuổi 36-47 tháng. HQCT ở nhóm tuổi 36-47 tháng là 14% và ở nhóm tuổi 48- <60 tháng là 52,5%.

Tác giả Nguyễn Đức Vinh đã đánh giá hiệu quả của sữa tươi bổ sung vi chất đối với sự cải thiện tình trạng dinh dưỡng của học sinh mẫu giáo tại huyện Nghĩa Đàn tỉnh Nghệ An cho thấy cho trẻ uống sữa tươi bổ sung vi chất 180ml ngày với thời gian 5 ngày/tuần trong 5 tháng, cho thấy sự cải thiện có ý nghĩa thống kê các chỉ số Z-score cân nặng/tuổi (tăng 0,04; $p = 0,002$), Z-score BMI/tuổi (tăng 0,05; $p = 0,021$) và Z-score cân nặng/chiều cao (tăng 0,07; $p < 0,001$), và làm giảm có ý nghĩa tỷ lệ SDD thể nhẹ cân (giảm 2,8%) và có xu hướng giảm tỷ lệ SDD thể thấp còi và gầy còm [5]. Một số nghiên cứu khác của Nguyễn Thanh Hà, Trần Quang Trung... cũng cho những nhận định tương tự về hiệu quả can thiệp khẩu phần tới tình trạng dinh dưỡng của trẻ [2], [4].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ SDD nhẹ cân ở nhóm CT giảm từ 12,7% xuống 7,6% sau 12 tháng can thiệp sử dụng gạo tăng cường sắt kẽm, ở nhóm ĐC không có sự thay đổi. HQCT của nhóm CT là 40%. Tỷ lệ phục hồi SDD thấp còi sau 12 tháng của nhóm CT cao hơn nhóm ĐC (10,2% so với 3,3%), với $p < 0,05$. HQCT là 33,5%. Nhóm trẻ từ 48 - <60 tháng tuổi có hiệu quả cải thiện cân nặng, chiều cao và tỷ lệ SDD tốt hơn so với nhóm tuổi 36-47 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2015)**, "Báo cáo về tình hình thiếu vi chất dinh dưỡng và cơ sở thực hiện tăng cường vi chất vào thực phẩm".
2. **Nguyễn Thanh Hà (2011)**, Nghiên cứu can thiệp bổ sung kẽm và bổ sung đa vi chất dưới dạng sprinkles cho trẻ 6-36 tháng tuổi bị SDD thấp còi tại huyện Gia Bình, tỉnh Bắc Ninh, Luận án Tiến sĩ Dinh dưỡng, Viện Dinh dưỡng.
3. **Phạm Văn Hoan (2009)**, Ăn uống theo nhu cầu dinh dưỡng của bà mẹ và trẻ em Việt Nam, Sách tư vấn dinh dưỡng cho cộng đồng, NXB Y học, Hà Nội.
4. **Trần Quang Trung (2014)**, Thực trạng suy dinh dưỡng thấp còi và hiệu quả cải thiện khẩu phần cho trẻ dưới 5 tuổi tại vùng ven biển Tiền Hải, Thái Bình, Luận án tiến sĩ YTCC, Đại học Y Dược Thái Bình.
5. **Nguyễn Đức Vinh, Lê Thị Hợp, (2016)**, "Hiệu quả cải thiện tình trạng dinh dưỡng của sữa tươi bổ sung vi chất ở trẻ mẫu giáo tại huyện Nghĩa Đàn, tỉnh Nghệ An", Tạp chí Y học dự phòng, 15(188).
6. **Nguyễn Anh Vũ (2017)**, Hiệu quả bổ sung thực phẩm sẵn có đến tình trạng suy dinh dưỡng thấp còi ở trẻ 12 - 23 tháng tuổi huyện Tiên Lữ, tỉnh Hưng Yên, Luận án tiến sĩ dinh dưỡng, Viện Dinh dưỡng Quốc gia.
7. **Akombi B.J, Agho K.E. (2017)**, "Child malnutrition in sub-Saharan Africa: A meta-analysis of demographic and health surveys (2006-2016)", PLoS One, 10, pp. 1-11.

MỤC LỤC

TẠP CHÍ Y HỌC VIỆT NAM TẬP 466 - THÁNG 5 - SỐ 1 - 2018

VIETNAM MEDICAL JOURNAL N^o1 - MAY - 2018

1. **Đ**ặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nồng độ NT-PROBNP huyết tương ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp 1
The clinical and laboratory features and plasma NT-PROBNP concentration inpatients with acute myocardial infarction

Trương Đình Cẩm
2. **K**hảo sát nguy cơ suy dinh dưỡng qua chỉ số NRI ở bệnh nhân suy tim mạn tính 5
Survey of malnutrition risk using nutritional risk index in chronic heart failure patients

Vũ Thanh Tâm, Nguyễn Hữu Dũng, Lê Việt Thắng
3. **K**ết quả thang panss trên bệnh nhân tâm thần phân liệt đáp ứng kém, được điều trị bằng clozapine 8
Evaluating the results of treatment of schizophrenia poor response by clozapine with panss scale

Phùng Thanh Hải, Cao Tiến Đức, Bùi Quang Huy
4. **N**ghiên cứu độc tính thận trên bệnh nhân được điều trị bằng colistin tại khoa Hồi sức Tích cực Bệnh viện E 12
Study on nephrotoxy in patients treated with colistin at the intensive care department of Hospital E

**Đỗ Thị Huệ, Vũ Hải Vinh, Nguyễn Đình Thuần,
Vũ Đức Định, Nguyễn Trung Nghĩa**
5. **N**ghiên cứu sự phát triển thể lực của trẻ từ 0-6 tháng tuổi tại khu vực Hà Đông 15
Evaluating the indicators of physical development in infants aged 0-6 months in Ha Dong, Hanoi

**Phạm Thế Tài, Thiều Ban Trang, Phạm Ngọc Thảo,
Muneko Nishijo, Hoàng Văn Lương**
6. **B**ước đầu đánh giá hiệu quả của cải tiến dụng cụ hỗ trợ tập sấp ngửa cẳng tay trong phục hồi chức năng cho bệnh nhân gãy xương cẳng tay do chấn thương 20
First efficient evaluation of the product with the single-day lifestyle support in the rehabilitation of patients with forearm fractures

Nguyễn Thị Minh Thư, Phạm Bá Tuyên, Trần Trọng Dương
7. **K**hảo sát nồng độ hs-CRP huyết tương và mối liên quan với một số đặc điểm bệnh nhân suy tim mạn tính 23
Survey of plasma hs-CRP concentration and it's relation with some features of chronic heart failure patients

Vũ Thanh Tâm, Nguyễn Hữu Dũng, Lê Việt Thắng
8. **H**ồi sức phình bóc tách động mạch chủ ngực stanford a ở bệnh nhân nữ có thai: Nhân 3 trường hợp lâm sàng 26
Intensive care of acute type a aortic dissection in pregnancy: 3 cases

Nguyễn Vĩnh Trinh, Trần Quyết Tiến
9. **Đ**iều kiện an toàn thực phẩm tại một số nhà hàng, khách sạn trên địa bàn thành phố Sơn La, tỉnh Sơn La năm 2017 30
Conditions for food safety in some restaurants, hotels location of Son La City, Son La province in 2017

Ninh Thị Nhung, Nguyễn Văn Công

10. **Kết quả phục hồi chức năng cho bệnh nhân viêm quanh khớp vai tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình - năm 2017** 35
Results of functional rehabilitation for patients with periarthritis humeroscapularis in the Hospital of Thai Binh University of Medicine and Pharmacy in 2017
Phạm Thị Tĩnh, Phạm Thị Dung, Phạm Thị Thanh Huyền
11. **Tỷ lệ thừa cân và béo phì của học sinh trường tiểu học Khương Thượng, quận Đống Đa, Hà Nội** 39
Prevalence of overweight and obesity in children at Khuong Thuong primary school, Dong Da District, Hanoi City
Lê Huy Hoàng, Trần Thị Phúc Nguyệt, Lại Thị Thơm, Đỗ Thị Lan, Nguyễn Quang Dũng
12. **Phân tích cơ cấu thuốc kháng sinh sử dụng tại Bệnh viện Trung ương Quân Đội 108 giai đoạn 2015-2017** 43
The analyzing of antibiotic which had been used in the 108 Central Military Hospital from 2015 to 2017
Nguyễn Sơn Nam, Nguyễn Duy Tám, Đỗ Xuân Thắng
13. **Đánh giá thành phần hóa học của chế phẩm trà thảo mộc từ lá chè và quả cọ** 48
Assess chemical composition of herb tea from camellia sinensis and livistona saribus
Nguyễn Trần Hoàng Anh, Kiều Thanh Hằng
14. **Thực trạng bệnh lang ben của học sinh 11 - 15 tuổi tại Hải Phòng năm 2016** 52
The situation of pityriasis versicolor in students aged 11-15 in Hai Phong in 2016
Võ Thị Thanh Hiền, Đinh Thị Thanh Mai, Vũ Văn Thái, Nguyễn Thị Liên Hương, Đỗ Ngọc Ánh, Nguyễn Duy Bắc
15. **Đặc điểm khẩu phần và tập tính dinh dưỡng của bệnh nhân đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Nội Tiết Trung ương 2017** 57
Characteristics of dietary intake and eating habits of gestational diabetes mellitus at National Hospital of endocrinology in 2017
Vũ Cao Cường, Ninh Thị Nhung, Phan Hường Dương, Nguyễn Trọng Hưng
16. **Phẫu thuật ghép giác mạc nội mô điều trị hội chứng mống mắt giác mạc nội mô: kết quả, biến chứng** 61
Descemet stripping automatic endothelial transplantation for iridocorneal endothelial syndrome: outcome and complication
Phạm Ngọc Đông, Lê Xuân Cung, Nguyễn Đình Ngân
17. **Chi phí khám chữa bệnh bảo hiểm y tế trên bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc giai đoạn 2015-2017** 65
Treatment cost of insured inpatients diagnosed with chronic obstructive pulmonary disease at the general hospital of Vinh Phuc Province from 2015-2017
Đỗ Thị Châm, Nguyễn Thị Hoài Thu
18. **Kết quả khám sàng lọc bệnh glôcôm tại hai tỉnh Thái Bình – Nam Định** 70
Glaucoma screening results in Nam Dinh and Thai Binh province
Bùi Thị Vân Anh, Vũ Anh Tuấn và cộng sự
19. **Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư vòm mũi họng giai đoạn II điều trị hóa xạ đồng thời tại Bệnh viện K** 74
Quality of life of nasopharyngeal carcinoma stage II patients treated with concurrent chemoradiotherapy at K Hospital
Trần Thị Kim Phượng

20. **Xác định đột biến exon 3 gen egfr trên bệnh nhân u nguyên bào thần kinh đệm** 79
Identification of egfr mutation in glioblastomas patients
Nguyễn Thị Thơm, Trần Quốc Đạt, Trần Huy Thịnh, Đặng Thị Ngọc Dung, Hà Xuân Hợp, Trần Văn Khánh Tạ Thành Văn, Kiều Đình Hùng
21. **Đánh giá kết quả điều trị cho bệnh nhân đái tháo đường tại 30 trạm y tế xã tham gia mô hình điểm phòng, chống bệnh không lây nhiễm tỉnh Hà Nam năm 2017** 82
Evaluating the results of treatment for diabetic patients at 30 commune health stations participating in non-communicable disease prevention and control in Ha Nam
Phạm Ngọc Sơn, Phạm Thị Dung, Nguyễn Văn Công
22. **Đánh giá kết quả điều trị dị tật lỗ tiểu lệch thấp thể trước và giữa bằng phương pháp phẫu thuật snodgrass** 86
The result of treatment of hypospadias by snodgrass technique
Nguyễn Việt Hoa, Đặng Thị Huyền Trang, Vũ Hồng Tuân
23. **Kết quả điều trị ngoại khoa hội chứng động mạch chủ cấp** 90
Results of surgical treatments for acute aortic syndrome (AAS)
Nông Hữu Thọ, Trần Quyết Tiến
24. **Đánh giá cảm quan chế phẩm trà thảo mộc từ lá chè và quả cọ** 93
Sensory evaluation of herb tea from camellia sinensis and livistona saribus
Nguyễn Trần Hoàng Anh, Kiều Thanh Hằng
25. **Một số yếu tố liên quan đến bệnh lang ben ở học sinh lứa tuổi 11 - 15 tại Hải Phòng năm 2016** 97
Correlation of some factors with pityriasis versicolor on students aged 11-15 in Hai Phong 2016
Võ Thị Thanh Hiền, Đinh Thị Thanh Mai, Vũ Văn Thái, Nguyễn Thị Liên Hương, Đỗ Ngọc Ánh, Nguyễn Duy Bắc
26. **Đặc điểm đái tháo đường thai kỳ ở bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Nội Tiết Trung ương năm 2017** 101
Characteristics gestational diabetes mellitus of the patients who checked-up at National Hospital of Endocrinology in 2017
Vũ Cao Cường, Ninh Thị Nhung, Phan Hướng Dương, Nguyễn Trọng Hưng
27. **Đánh giá hiệu quả của diquafosol sodium 3% trong điều trị khô mắt vừa và nặng** 105
The effectiveness of diquafosol sodium 3% in treatment of moderate and severe dry eye
Phạm Ngọc Đông, Nguyễn Tiến Đạt
28. **Thực trạng kiến thức và thực hành tiêm tĩnh mạch an toàn của điều dưỡng tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2017** 109
Knowledge and practice on intravenous safety injection of nurses in Thanh Nhan Hospital 2017
Nguyễn Thị Thanh Thủy, Nguyễn Thị Hoài Thu
29. **Phân tích báo cáo phản ứng có hại của thuốc tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108** 114
Analysis of adverse drug reaction report at the 108 Military Central Hospital
Nguyễn Sơn Nam, Ngô Thị Xuân Thu
30. **Hình thái thận và chỉ số huyết động tại gốc động mạch thận ở bệnh nhân tăng huyết áp** 119
Renal morphological and hemodynamic parameters in ostium of renal artery in hypertensive patients
Ngô Phương Thúy, Phạm Quốc Toàn, Hoàng Trung Vinh

31. **Thực trạng công tác quản lý bệnh nhân đái tháo đường tại 30 trạm y tế tham gia mô hình phòng, chống bệnh không lây nhiễm tỉnh Hà Nam năm 2017** 123
Situation of managing diabetes patients at 30 health stations participating in the model of non-communicable disease prevention in Ha Nam in 2017
Phạm Ngọc Sơn, Phạm Thị Dung, Trần Thị Phương, Nguyễn Văn Công
32. **Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính các khối máu tụ nội sọ ở bệnh nhân chấn thương sọ não kín** 127
Studying characteristics of intracranial hematoma images on computer tomography in closed head injury patients
Phùng Anh Tuấn, Nguyễn Song Huỳnh
33. **Kết quả sử dụng thấu kính nội nhãn đa tiêu cự trong phẫu thuật phaco** 130
Results of using trifocal intraocular lens in phacoemulsification surgery
Vũ Anh Tuấn, Bùi Thị Vân Anh, Vũ Hải Long
34. **Triệt đốt qua catheter bằng năng lượng sóng tần số radio: Kinh nghiệm điều trị tim nhanh trên thất ở trẻ nhỏ** 134
Radiofrequency catheter ablation: Experience in infants and small children with supraventricular tachycardias
Nguyễn Thanh Hải, Nguyễn Lâm Việt, Phạm Quốc Khánh
35. **Gây mê ghép hai thùy phổi từ người cho sống: Kinh nghiệm từ ca đầu tiên thành công tại Việt Nam** 137
Anesthesia for bilateral living donor lobar lung transplantation: Experience from the first success case in Vietnam
Đỗ Quyết, Nguyễn Trường Giang, Trần Việt Tiến, Hoàng Văn Chương, Nguyễn Tùng Linh, Trần Đức Tiệp, Võ Văn Hiến, Tạ Bá Thắng, Nguyễn Trung Kiên
36. **Đặc điểm tinh hoàn ẩn và kết quả phẫu thuật hạ tinh hoàn ở trẻ em** 141
The character of cryptorchidism and the result of treatment in children
Vũ Hồng Tuấn, Nguyễn Việt Hoa
37. **Tình hình bệnh nhân điều trị ngoại trú tại khoa phục hồi chức năng Bệnh viện Đại học Y Thái Bình năm 2017** 145
Situations of patients with outpatient treatment at rehabilitation department in the Hospital of Thai Binh University of Medicine and Pharmacy in 2017
Phạm Thị Tĩnh, Phạm Thị Thanh Huyền
38. **Kết quả điều trị bệnh nhân dính buồng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương** 150
Evaluation of intrauterine adhesion at National Hospital of Obstetrics and Gynaecology
Phạm Thị Mỹ Dung, Nguyễn Quảng Bắc
39. **Can thiệp sang thương lỗ mạch vành qua da bằng kỹ thuật szabo** 153
Percutaneous intervention of otial coronary lesions using the szabo technique
Lý Ích Trung, Nguyễn Quốc Tuấn, Bùi Lê Duẩn, Trương Thị Minh
40. **Đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của glôcôm ác tính** 157
Clinical characteristic and risk factors of maglinant glaucoma
Phạm Thị Thu Hà, Trần Thị Nguyệt Thanh, Đào Thị Lâm Hương
41. **Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân suy thận mạn – lọc máu chu kỳ tại khoa Thận nhân tạo Bệnh viện Đại học Y Thái Bình và Bệnh viện đa khoa Tiền Hải tỉnh Thái Bình** 162
Nutritional status of chronic renal failure patients at the department of artificial kidney in Hospital of Thai Binh medical university and Tien Hai general Hospital, Thai Binh province
Trần Thị Yên, Phạm Thị Dung, Nguyễn Văn Công
42. **Hiệu quả gạo tăng cường sắt, kẽm lên tình trạng dinh dưỡng của trẻ từ 36 đến dưới 60 tháng tuổi tại huyện Vũ Thư, tỉnh Thái Bình** 166
Effectiveness of iron and zinc fortified rice to improve the nutritional status of children aged 36 to under 60 months in Vu Thu dictrict, Thai Binh province
Nguyễn Thị Minh Chính, Ninh Thị Nhung, Phạm Văn Thúy