



Y HỌC

VIỆT NAM

Năm thứ sáu mươi tư

VIETNAM MEDICAL JOURNAL



THÁNG 5 - SỐ 2
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

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TẠO HÌNH LẠI SỐNG MŨI CẤU TRÚC SAU CHẤN THƯƠNG

Hoàng Văn Hồng¹, Phạm Thị Bích Đào¹,
Nguyễn Roãn Tuất¹, Dương Huy Lương²

TÓM TẮT

Do vị trí của mũi nằm ở chính giữa mặt, lại là vị trí cao nhất của khuôn mặt vì thế mũi là cơ quan dễ chịu tác động của chấn thương, hậu quả để lại có thể gây biến dạng sống mũi, rối loạn chức năng như ngạt tắc mũi, mất ngửi... vì thế việc tạo hình lại cấu trúc sống mũi sau chấn thương có ý nghĩa quan trọng khắc phục thẩm mỹ và chức năng cho mũi. Nghiên cứu được tiến hành trên 30 bệnh nhân được chẩn đoán là sập sống mũi sau chấn thương từ năm 1/2017–12/2017. Kết quả thu được: Tuổi 89,2% từ 18-30, nam giới chiếm 96,7%, Nguyên nhân gây chấn thương sống mũi: do đánh nhau 65,1%, do tai nạn lao động 22,5%, do tai nạn giao thông 12,4%. Biểu hiện: biến dạng sống mũi 100%, ngạt tắc mũi 47,2%, mất ngửi 2,9%, đau đầu vùng trán 32,5%, đau nhức hốc mũi 29,3%. Chất lượng cuộc sống giảm sút ở mức độ nhẹ là 12,6%, trung bình là 62,3% và nặng là 25,1%. Sau phẫu thuật, biến dạng sống mũi 1,8%, ngạt tắc mũi 32,2%, mất ngửi 2,9%, đau đầu vùng trán 12,3%, đau nhức hốc mũi 7,1%, chất lượng cuộc sống: cảm giác bình thường 48,8%, giảm sút ở mức độ nhẹ là 32,1%, trung bình là 19,1%, nặng là 0%.

Từ khóa: Chấn thương mũi, tạo hình sống mũi, chất lượng cuộc sống

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS WITH STRUCTURE RHINOPLASTY IN NASAL FRACTURES

Because the nose is located in the middle of the face, it is the highest position of the face so that it's the most affected by injuries, which can result in nasal disfigurement, dysfunction such as nasal congestion, trouble in smell... so that, structure rhinoplasty is important for cosmetic and nasal function. The study was conducted on 30 patients diagnosed with nasal deformation after traumatic and undergone structure rhinoplasty from 1/2017 to 12/2017. Results: Age 89.2% from 18-30, men accounted for 96.7%, results from fight 65.1%, traffic accidents 12.4%, labor accidents 22.5%. Symptoms: nasal deformation 100%, nose congestion 47.2%, loss of smell 2.9%, headache 32.5%, nasal pain 29.3%. The quality of life declined slightly at 12.6%, on average at 62.3% and heavy at 25.1%. After surgery, 1.8% nasal deformation, nasal congestion 32.2%, loss of smell 2.9%, headache 12.3%, nose ache 7.1%, quality of

life: normal feeling is 48.8%, the mild decrease is 32.1%, the average is 19.1%, the serious is 0%.

Key words: Nasal deformities by trauma, structure rhinoplasty, quality of life.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương mũi là loại phổ biến nhất của gãy xương trên khuôn mặt; tuy nhiên, gãy xương chính mũi thường không được nhận ra và không được điều trị tại thời điểm bị thương [1]. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng hầu hết gãy xương mũi đều kèm theo tổn thương vách ngăn [2]. Gãy xương chính mũi có thể được phân loại là mở hoặc đóng, tùy thuộc vào tính toàn vẹn của niêm mạc. Phẫu thuật can thiệp tốt nhất được thực hiện ở giai đoạn sớm ngay sau khi chấn thương hoặc muộn hơn, sau khi gãy xương đã lành những trường hợp sau chấn thương vùng mũi và mặt quá phù nề không đánh giá chính xác được gãy xương hoặc có kèm theo những chấn thương nguy hiểm đến tính mạng (chấn thương sọ não, tạng đặc...) có thể can thiệp thì 2 [3]. Thông thường, gãy xương chính mũi nguyên nhân chính là do đánh nhau (34%), tai nạn (28%), chơi thể thao (23%) [4]. Gãy xương chính mũi ảnh hưởng tới hai khía cạnh là thẩm mỹ và chức năng của mũi đặc biệt là chức năng thở (ngạt mũi) sau chấn thương xương [5]. Việc phẫu thuật xương chính mũi có thể thực hiện thì hai bằng các phương pháp như: phẫu thuật tạo hình xương chính mũi kín hoặc phẫu thuật tạo hình mở [6]. Với phương pháp tạo hình mở, có thể sử dụng vật liệu tại chỗ như lấy sụn tứ giác, sụn cánh mũi... vật liệu từ các cơ quan khác như sụn vành tai, sụn sườn, xương mào chấu hoặc vật liệu nhân tạo. Việc đánh giá kết quả của các phương pháp này giúp cho người thầy thuốc có thể lựa chọn và cân nhắc thực hiện trong thực tiễn lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Được lựa chọn từ khoa Phẫu thuật tạo hình Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ năm 1/2017 đến 12/2017 được phẫu thuật tạo hình lại cấu trúc sống mũi ở những bệnh nhân gãy xương chính mũi gây biến dạng sống mũi. Thực tiễn có 30 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Bộ Y tế

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Bích Đào

Email: daoptb0024@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3/4/2018

Ngày phản biện khoa học: 30/4/2018

Ngày duyệt bài: 14/5/2018

đoán biến dạng mũi sau chấn thương gãy xương chính mũi bằng thăm khám lâm sàng, chụp phim chính mũi, CT scanner vùng xương mặt, được phẫu thuật tái tạo lại sống mũi cấu trúc.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả can thiệp từng ca.

2.2.1. Các bước tiến hành

- Thu thập hồ sơ bệnh nhân với các thông số: tuổi, giới, triệu chứng cơ năng, thực thể, cận lâm sàng).

- Thông số nghiên cứu: tuổi, giới, nguyên nhân gây chấn thương, các triệu chứng: biến dạng sống mũi, ngạt mũi, chảy mũi, mất ngủ, đau đầu...

- Xây dựng cách thức phẫu thuật và vật liệu:

+ Chuẩn bị vật liệu tạo hình (sụn vành tai, sụn sườn, xương mào chậu hoặc vật liệu nhân tạo thay thế).

+ Bóc tách niêm mạc vách ngăn ra khỏi sụn và xương vách ngăn, làm thẳng vách ngăn bằng cách lấy bỏ phần chân, phần di chứng của vách ngăn sau chấn thương (nếu có). Bóc tách vùng da, tổ chức dưới da vùng sống mũi ra khỏi khung sụn, xương mũi với đường rạch V ngược ở trụ mũi có sử dụng tê tại chỗ bằng lindocain 2% và adrenarine 1/200.000, lấy vật liệu được chuẩn bị sẵn cố định vào vùng dị hình của sống mũi.

- Xây dựng bộ câu hỏi đánh giá chất lượng cuộc sống trước và sau phẫu thuật 3 tháng.

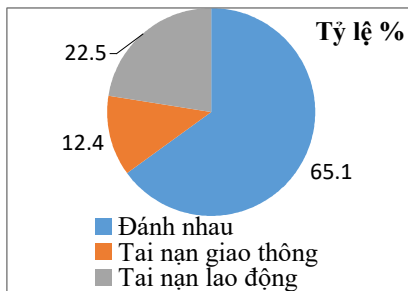
2.2.2.. Xử lý số liệu : Bảng phần mềm thống kê SPSS 16.0

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được sự đồng ý của các đối tượng tham gia. Không vi phạm các quy định về đạo đức trong nghiên cứu y học. Không gây ra các tác động không mong muốn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học: Tuổi 89,2% từ 18-30 và 96,7% bệnh nhân là nam giới

3.2. Nguyên nhân gây chấn thương



Biểu đồ 1: Nguyên nhân gây biến dạng sống mũi sau chấn thương

Nhận xét: nguyên nhân gây biến dạng sống mũi sau chấn thương 65,1% do đánh nhau,

12,4% do tai nạn giao thông và 22,5% do tai nạn lao động.

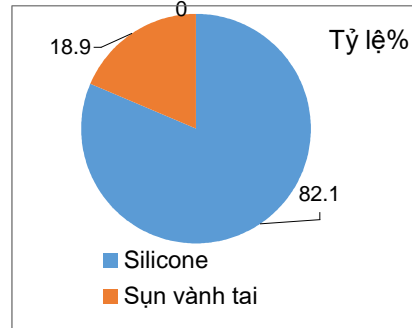
3.3. Biểu hiện sau chấn thương

Bảng 1. Triệu chứng gặp ở bệnh nhân biến dạng sống mũi do chấn thương

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Ngạt tắc mũi	14	47,2
Mất ngủ	1	2,9
Đau đầu	8	32,5
Đau nhức hốc mũi	7	29,3

Nhận xét: Ngạt tắc mũi 47,2%, mất ngủ 2,9%, đau đầu vùng trán 32,5%, đau nhức hốc mũi 29,3%. Sau phẫu thuật, biến dạng sống mũi 1,8%, ngạt tắc mũi 32,2%, mất ngủ 2,9%, đau đầu vùng trán 12,3%, đau nhức hốc mũi 7,1%.

3.4. Các vật liệu sử dụng trong can thiệp



Biểu đồ 2: Vật liệu sử dụng trong tái tạo lại cấu trúc sống mũi

Nhận xét: vật liệu sử dụng là Silicone chiếm 82,1%, sụn vành tai là 18,8%.

3.5. Đánh giá chất lượng cuộc sống trước phẫu thuật: Chất lượng cuộc sống giảm sút ở mức độ nhẹ là 12,6%, trung bình là 62,3% và nặng là 25,1%.

3.6. Đánh giá chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật 3 tháng: Cảm giác bình thường 48,8%, giảm sút ở mức độ nhẹ là 32,1%, trung bình là 19,1%, nặng là 0%.



Hình 1. Bệnh nhân Nguyễn văn H trước và sau phẫu thuật tái tạo cấu trúc mũi

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 30 bệnh nhân, kết quả thu được về đặc điểm đối tượng nghiên cứu thấy: tuổi từ 18-30 hay gặp nhất, chiếm 89,2% và 96,7% bệnh nhân là nam giới đồng thời nguyên nhân hay gặp nhất gây biến dạng sống mũi sau chấn thương 65,1% do đánh nhau, đây là độ tuổi có nhu cầu thẩm mỹ cao nên việc tái tạo lại cấu trúc mũi cần thiết. Việc tạo hình sống mũi cấu trúc đáp ứng cả cho bệnh nhân phục hồi về hình thể, chức năng cũng như là thẩm mỹ của mũi. Theo Rocchi [2] và Shapiro AJ [7] những người có nhu cầu tái tạo lại cấu trúc mũi đều ở độ tuổi trẻ dưới 30. Các biểu hiện xuất hiện sau chấn thương bên cạnh biến dạng sống mũi còn có ngạt tắc mũi 47,2%, mất ngủ 2,9%, đau đầu vùng trán 32,5%, đau nhức hốc mũi 29,3% đây cũng là những lý do mà bệnh nhân muốn cải thiện khi trao đổi với bác sĩ. Tình trạng bệnh nhân sau phẫu thuật tái cấu trúc lại sống mũi về biến dạng sống mũi chỉ còn 1,8% số lượng người bệnh không hài lòng, ngạt tắc mũi 32,2%, mất ngủ 2,9%, đau đầu vùng trán 12,3%, đau nhức hốc mũi 7,1%, như vậy chỉ có triệu chứng mất ngủ là không cải thiện. Sargent LA [3] cũng cho rằng việc tái tạo lại cấu trúc vùng sống mũi sau chấn thương không chỉ cải thiện thẩm mỹ mà còn cải thiện các chức năng của mũi phục hồi. Kucik CJ [4] trong nghiên cứu cũng thấy những bệnh nhân mất ngủ sau chấn thương thì kể cả khi tái cấu trúc lại sống mũi chức năng này cũng không phục hồi do tổn thương dây thần kinh khứu giác.

Vật liệu chúng tôi sử dụng trong phẫu thuật tái cấu trúc lại sống mũi là Silicone chiếm 82,1%,

sụn vành tai là 18,8%. Fornazieri MA [5] cũng sử dụng chủ yếu là silicone và cho rằng loại vật liệu này dễ làm và dễ thích nghi nhất. Ellis E [6] sử dụng vật liệu là sụn vành tai, tuy nhiên tỷ lệ thành công chỉ được 32,6% do sụn bị tiêu và mềm nên bệnh nhân không cảm giác hài lòng (trên 70%). Shapiro AJ [7] sử dụng sụn sườn tuy nhiên, phẫu thuật này phải thực hiện ở hai vị trí nên người bệnh cũng không mong muốn và việc tạo hình sụn sườn theo cấu trúc mũi cũng không đơn giản.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật tái tạo mũi cấu trúc phục hồi được 89,2% hình thể cấu trúc và chức năng của mũi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Leong SC, Abdelkader M, White PS, 2008.** Changes in nasal aesthetics following nasal bone manipulation. *J Laryngol Otol*; 122:38-41.
2. **Rocchi G, Fadda MT, Marianetti TM, et al, 2007.** Craniofacial trauma in adolescents: incidence, etiology, and prevention. *J Trauma*; 62: 404-9.
3. **Sargent LA, Fernandez JG, 2012.** Incidence and management of zygomatic fractures at a level I trauma center. *Ann Plast Surg*;68:472-6.
4. **Kucik CJ, Clenney T, Phelan J, 2004.** Management of acute nasal fractures. *Am Fam Physician*;70:1315-20.
5. **Fornazieri MA, Yamaguti HY, Moreira JH, et al, 2008.** Fracture of nasal bones: An epidemiologic analysis. *Intl Arch Otorhinolaryngol Sao Paulo*; 12: 498-501.
6. **Ellis E, Scott K, 2000.** Assessment of patients with facial fractures. *Emerg Med Clin North Am*;18: 411-48.
7. **Shapiro AJ, Johnson RM, Miller SF et al, 2001.** Facial fractures in a level I trauma centre: the importance of protective devices and alcohol abuse. *Injury*; 32:353-6

TỶ SUẤT MỚI MẮC UNG THƯ DẠ DÀY TẠI HÀ NỘI GIAI ĐOẠN 2009-2013

Phan Văn Cương*, Trần Văn Thuận**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày tại Hà Nội giai đoạn 2009-2013. **Phương pháp:** Ghi nhận ung thư cộng đồng được áp dụng tại toàn bộ 29

quận/huyện tại Hà Nội theo hướng dẫn của Viện Nghiên cứu Ung thư Quốc tế (IARC). **Kết quả:** Tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô chung cả nam và nữ chiếm 19,7/100.000 dân, tỷ suất mắc ung thư dạ dày ở nam cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nữ (26,1 và 13,6/100.000). Trong các năm cũng như cả giai đoạn 2009-2013, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày đều khác biệt giữa nam và nữ với p dao động từ 0,069-0,0001. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày được chuẩn hoá theo tuổi cho cả nam và nữ là 24,5/100.000 dân (trong đó nam là 37,6 và nữ là 19,7/100.000). **Kết luận và kiến nghị:** Ung thư dạ dày vẫn còn là một trong những gánh nặng bệnh tật lớn tại Việt Nam. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày có xu hướng giảm theo năm.

*Trường Đại học Y Dược Thái Bình

**Bệnh viện K Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phan Văn Cương

Email: cuongntb2013@gmail.com

Ngày nhận bài: 7/4/2018

Ngày phản biện khoa học: 4/5/2018

Ngày nhận bài: 15/5/2018

Cần tăng cường hoạt động sàng lọc, chẩn đoán và điều trị sớm ung thư dạ dày.

Từ khoá: Ung thư dạ dày, tỷ suất mới mắc, Hà Nội

SUMMARY

INCEDENCE RATE OF GASTRIC CANCER IN HANOI 2009-2013

Objective: To describe the incidence rate of gastric cancer in Hanoi 2009-2013. **Methodology:** Community cancer registry method was used according to guidance of International Agency for Research on Cancer (IARC). **Result:** Crude incidence rate of gastric cancer for both men and women was 19.7/100,000 inhabitants and significant difference between men and women (26.1 and 13.6/100,000, respectively). There were significant differences between men and women in gastric cancer incidence. The aged-standardized rate for both men and women was 24.5/100,000 inhabitants (male: 37.6 and female: 19.7/100,000). **Conclusion and recommendation:** Gastric cancer was a great burden of diseases in Vietnam. The trend of gastric cancer rate was reduced bay years. Screening, early diagnosis and treatment activities are necessary and important to reduce morbidity and mortality of gastric cancer.

Key works: Gastric cancer, incidence rate, Hanoi.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo IARC, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày cho cả nam và nữ là 14/100.000 dân, tỷ suất hiện mắc trong vòng 5 năm là 5,5/100.000 dân [1]. Gần ¾ số ca mắc ung thư dạ dày được ghi nhận ở các nước có thu nhập thấp và thu nhập trung bình [2]. Phân bố tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày khác nhau theo khu vực địa lý, trong đó tỷ suất mới mắc cao ở châu Á và châu Âu, thấp hơn ở châu Mỹ La tinh và thấp nhất ở châu Phi [2]. Tỷ suất mới mắc cao nhất vẫn ở các quốc gia Bắc Á, cao nhất ở Hàn Quốc, Mông Cổ và Nhật Bản [3],[4],[5]. Theo báo cáo ghi nhận ung thư ở Việt Nam, ung thư dạ dày đứng vị trí thứ 3 ở cả 2 giới, tỷ suất mắc được chuẩn hoá theo tuổi là 21,8/100.000 dân ở nam và 10/100.000 dân ở nữ[7]. Phân bố tỷ suất mắc ung thư dạ dày cũng thay đổi theo địa dư. Theo kết quả ghi nhận ung thư tại Việt nam từ năm 1997 đến nay, ung thư dạ dày ở Hà Nội và Thừa thiên-Huế, ung thư dạ dày đứng hàng thứ 3 sau ung thư phổi và gan[7]. Tại các quốc gia có thu nhập thấp và trung bình, trong đó có Việt Nam, chất lượng của hệ thống thông tin báo cáo và nghiên cứu còn hạn chế, do vậy rất khó có thể có được những thông tin chính xác về tỷ suất mới mắc ung thư

dạ dày cũng như các yếu tố nguy cơ của bệnh. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô và chuẩn hoá tại Thành phố Hà Nội giai đoạn 2009-2013.

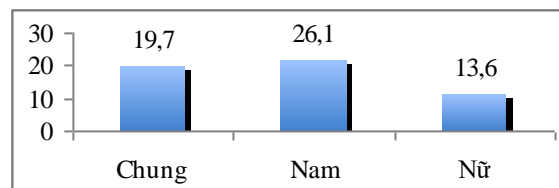
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân ung thư được chẩn đoán là ung thư dạ dày lần đầu tiên trong giai đoạn 2009-2013. Các bệnh nhân này được chẩn đoán tại các bệnh viện lớn có khả năng chẩn đoán xác định là ung thư dạ dày. Tất cả bệnh nhân này đều sống trên địa bàn Thành phố Hà Nội trong giai đoạn 2009-2012. Tiêu chuẩn loại trừ là những bệnh nhân ung thư dạ dày đã được chẩn đoán ung thư dạ dày ít nhất một lần tại các bệnh viện và sống tại các tỉnh khác ngoài Hà Nội.

Số liệu đã thu thập sau khi được kiểm tra về chất lượng và tính trùng lặp được nhập vào phần mềm CANREG (phiên bản 3.23) bản quyền của Viện Nghiên cứu Ung thư Quốc tế. Số liệu được phân tích và trình bày theo các chỉ số tỷ suất hiện mới mắc ung thư dạ dày theo tuổi, giới và theo thời gian. Mẫu số là dân số của Thành phố Hà Nội được tính theo thời điểm giữa năm của từng năm. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi được tính theo phương pháp chuẩn hoá trực tiếp sử dụng quần thể dân số tham chiếu của thế giới giai đoạn 2000-2025[1]. Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Hà Nội cho phép tiến hành nghiên cứu nhằm đảm bảo tính khoa học, khả thi và đạo đức trong nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô tại Hà Nội giai đoạn 2009-2013



Biểu đồ 1. Tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô tại Hà Nội giai đoạn 2009-2013

Tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô cho cả nam và nữ chiếm 19,7/100.000 dân. Tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô ở nam cao hơn nữ (26,1 và 13,6/100.000; p<0,001).

Bảng 1. Số mới mắc và tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô chung cho cả nam và nữ tại Thành phố Hà Nội theo năm, 2009-2013 (/100.000)

Giai đoạn	Số mới mắc	Dân số	Tỷ suất mới mắc	P
Năm 2009	1.407	6.476.900	21,7	-

Năm 2010	1.465	6.617.900	22,1	>0,05
Năm 2011	1.407	6.779.300	20,8	>0,05
Năm 2012	1.300	6.957.300	18,7	>0,05
Năm 2013	1.108	7.128.300	15,6	>0,05
Trung bình 5 năm	1.337	6.766.618	19,8	-

Tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô có xu hướng giảm theo năm, thấp nhất ở năm 2013 và 2012 (15,6 và 18,7/100.000 dân) và cao nhất ở năm 2010 (22,1/100.000)

Bảng 2. Tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô theo tuổi tại Hà Nội, 2009-2013

Nhóm tuổi	Số ca mới mắc	Dân số	Tỷ suất thô /100.000
Dưới 30	50	18.236.358	0,3
30-39	283	5.297.713	5,3
40-49	887	4.516.640	19,6
50-59	1.808	2.920.534	61,9
60-69	1.694	1.392.348	121,7
70-79	1347	1.018.791	132,2
≥80	618	509.396	121,3

Tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô có xu hướng cao ở độ tuổi trên 50. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày thô cao nhất ở độ tuổi 70-79 (132,2/100.000 dân), tiếp theo là độ tuổi 60-69 (121,7/100.000 dân) và độ tuổi ≥80 (121,3/100.000 dân). Tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô thấp nhất ở độ tuổi dưới 30 (chỉ 0,3/100.000).

Bảng 3. Tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô theo tuổi, giới, Hà Nội, 2009-2013

Nhóm tuổi	Nam giới		Nữ giới		P
	Số ca mới mắc	Tỷ suất thô (/100.000)	Số ca mới mắc	Tỷ suất thô (/100.000)	
Dưới 30	0	0	50	0,6	-
30-39	157	5,9	126	4,8	0,069
40-49	590	26,9	297	12,8	0,0001
50-59	1263	93,8	545	34,5	0,0001
60-69	1074	184,6	620	77,7	0,0001
70-79	859	215,3	488	78,2	0,0001
≥80	389	234,0	229	62,9	0,0001

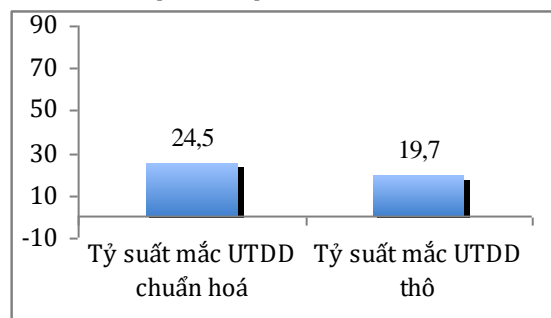
Tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô cả nam và nữ đều tăng theo nhóm tuổi cho cả giai đoạn 2009-2013. Tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô tăng rất cao cả ở nữ và nam giới từ nhóm tuổi 50-59 trở lên.

Bảng 4. Tuổi trung bình mới mắc ung thư dạ dày theo từng năm, 2009-2013

Năm	Nam giới (X±SD)	Nữ giới (X±SD)	P
2009	60,7±12,45	59,5±14,72	>0,05
2010	61,4±12,59	61,1±13,93	>0,05
2011	62,1±13,39	62,3±13,65	>0,05
2012	62,2±13,61	62,1±14,78	>0,05
2013	62,3±12,71	60,6±15,68	>0,05
2009-2013	61,7±12,96	61,1±14,52	>0,05

Tuổi trung bình mắc ung thư dạ dày chung cho cả nam và nữ cả giai đoạn 2009-2013 là khá cao (61,7 tuổi cho nam và 61,1 cho nữ). Không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê về độ tuổi trung bình giữa nam và nữ (p>0,05). Tuổi mắc ung thư dạ dày trung bình có xu hướng gia tăng ở cả nam và nữ từ năm 2009 đến năm 2013 không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê.

2. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá tại Hà Nội, 2009-2013



Biểu đồ 2. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày đã được chuẩn hoá cho cả nam và nữ tại Thành phố Hà Nội giai đoạn 2009-2013

Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi cho cả nam và nữ của Việt Nam theo quần thể tham chiếu là 24,5/100.000 dân.

Bảng 5. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày đã được chuẩn hoá theo quần thể dân số thế giới cho cả nam và nữ tại Thành phố Hà Nội giai đoạn 2009-2013

Nhóm tuổi	Số mới mắc	Người-năm (5 năm)	Cấu trúc dân số thế giới /100.000*	Tỷ suất mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá/100.000
<30	50	18.236.358	50.770	0,14
30-39	283	5.297.713	14.760	0,79
40-49	887	4.516.641	12.630	2,48
50-59	1.808	2.920.534	9.940	6,15
60-69	1.694	1.392.347	6.680	8,13
70-79	1.347	1.018.791	3.730	4,93
>=80	618	509.398	1.550	1,87
Tổng	6.687	33.891.782	100.000	24,50

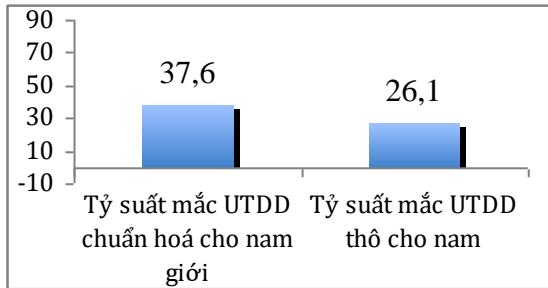
*:Quần thể dân số thế giới tham chiếu (2000-2025)[1]. Bảng trên biểu diễn các giá trị của tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày cho từng độ tuổi theo quần thể tham chiếu.

Bảng 7. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày đã được chuẩn hoá theo theo quần thể dân số thế giới cho nam tại Thành phố Hà Nội giai đoạn 2009-2013

Nhóm tuổi	Số mới mắc	Người-năm (5 năm)	Cấu trúc dân số thế giới /100.000*	Tỷ suất mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá/100.000
<30	0	9.241.386	50.770	0
30-39	157	2.659.392	14.760	0,87
40-49	590	2.193.999	12.630	3,40
50-59	1.263	1.346.317	9.940	9,32
60-69	1.074	581.743	6.680	12,33
70-79	859	398.910	3.730	8,03
>=80	389	166.212	1.550	3,63
Tổng	4.332	16.587.959	100.000	37,59

*: *Quần thể dân số thế giới tham chiếu (2000-2025) [1]*

Bảng trên biểu diễn các giá trị của tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày của nam giới cho từng độ tuổi theo quần thể tham chiếu giai đoạn 2009-2013.



Biểu đồ 3. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày đã được chuẩn hoá của nam giới tại Thành phố Hà Nội giai đoạn 2009-2013

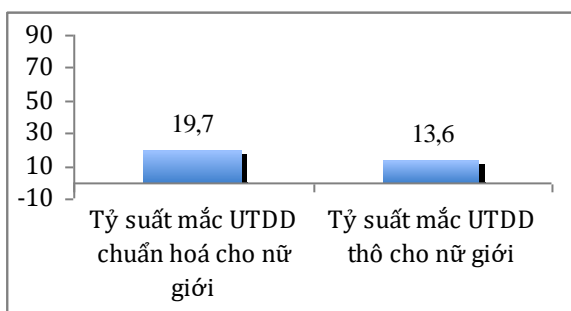
Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi cho nam giới giai đoạn 2009-2013 tại Hà Nội theo quần thể tham chiếu là 37,6/100.000 dân.

Bảng 8. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày đã được chuẩn hoá theo theo quần thể dân số thế giới cho nữ tại Thành phố Hà Nội giai đoạn 2009-2013

Nhóm tuổi	Số mới mắc	Người-năm (5 năm)	Cấu trúc dân số thế giới /100.000*	Tỷ suất mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá/100.000
<30	50	9.016.020	50.770	0,28
30-39	157	2.635.452	14.760	0,88
40-49	126	2.323.360	12.630	0,69
50-59	1.263	1.577.803	9.940	7,96
60-69	297	797.570	6.680	2,49
70-79	859	624.185	3.730	5,13
>=80	545	364.108	1.550	2,32
Tổng	2.355	17.338.500	100.000	19,74

*: *Quần thể dân số thế giới tham chiếu (2000-2025)*

Bảng trên biểu diễn các giá trị của tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày của nữ giới cho từng độ tuổi theo quần thể tham chiếu giai đoạn 2009-2013.



Biểu đồ 4. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày đã được chuẩn hoá theo quần thể dân số thế giới của nữ tại Thành phố Hà Nội giai đoạn 2009-2013

Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi cho nữ của Việt Nam theo quần thể tham chiếu là 19,7/100.000 nữ.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô chung cả nam và nữ chiếm 19,7/100.000 dân, tỷ suất mắc ung thư dạ dày thô ở nam cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nữ (26,1 và 13,6/100.000). Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày được chuẩn hoá theo tuổi cho cả nam và nữ là 24,5/100.000 dân (trong đó nam là 37,6 và nữ là 19,7/100.000). Kết quả nghiên cứu này khá phù hợp với kết quả nghiên cứu trên thế giới. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi trên phạm vi toàn thế giới là 14/100.000 dân [1]. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày chuẩn hoá theo tuổi cao nhất ở châu Á (18,5/100.000 dân), tiếp theo là châu Âu (10,3/100.000 dân) và thấp nhất là ở châu Mỹ La tinh và châu Phi (4,2 và 4/100.000 dân) [1].

Trong nghiên cứu của chúng tôi tại Hà Nội, Tỷ suất mắc ung thư dạ dày có xu hướng giảm nhẹ theo năm, cao nhất ở năm 2009 và 2010 (21,7 và 22,1/100.000 dân) và thấp nhất ở năm 2013 (15,6/100.000 dân). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá phù hợp với một số quốc gia châu Á, xu hướng mới mắc ung thư dạ dày ở các quốc gia châu Á giảm trong 2 thập kỷ gần đây. Tại Trung Quốc, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày ở nam giới giảm từ 41,9/100.000 năm 2000 xuống 37,1/100.000 trong năm 2005 [6]. Cũng trong giai đoạn trên, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày ở nữ giảm từ 19,5 xuống 17,4/100.000 [6]. Tại Nhật Bản, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày giảm từ 80 xuống 60/100.000 từ năm 1980 đến năm 2000, trong năm 2008, tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày ở Nhật Bản là 31,1/100.000 cho cả 2 giới [4]. Tại Hàn Quốc, tỷ suất mới mắc ung thư

dạ dày cũng giảm xuống 65,6/100.000 ở nam và 25,8/100.000 ở nữ giới [3].

Hiện vẫn còn nhiều trường hợp ung thư dạ dày không đi khám chữa bệnh và ở nhà cho đến khi tử vong do không tiếp cận được với cơ sở y tế và bản thân gia đình cũng không biết đó là ung thư dạ dày, đặc biệt là ở các vùng sâu vùng xa. Mặc dù các trường hợp tử vong đã được tìm hiểu thông qua nguyên nhân tử vong được lấy từ thông tin khai tử lấy từ trạm y tế xã để cung cấp cho phương pháp ghi nhận ung thư. Điều này đã được các nghiên cứu của các tác giả trong nước khẳng định [3], [4], [6].

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày vẫn còn là một trong những gánh nặng bệnh tật lớn về bệnh không lây nhiễm tại Việt Nam. Tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày được chuẩn hoá theo tuổi tại Hà Nội giai đoạn 2009-2013 vẫn còn khá cao (chung là 24,5/100.000 dân; nam là 37,6 và nữ là 19,7/100.000). Tỷ suất mắc ung thư dạ dày có xu hướng giảm nhẹ theo năm và tỷ suất mới mắc ung thư dạ dày đều khác biệt giữa nam và nữ. Để có thể làm giảm tỷ suất nhiễm và tử vong do ung thư dạ dày cần tăng cường hoạt động sàng lọc, chẩn đoán và điều trị sớm ung thư dạ dày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **IARC (2014).** Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. International journal of cancer 5: 359–386.
2. **Ferlay J, Soerjomataram I, Ervik (2012).** Cancer Incidence and Mortality Worldwide: IARC Cancer Base No. 11. Lyon, France: International Agency for Research on Cancer; 2013. Available from: <http://globocan.iarc.fr>, accessed on day/month/year
3. **Choi KS, Jun JK, Park EC et al (2012).** Performance of different gastric cancer screening methods in Korea: a population-based study. PLoS One. 2012;7:e50041.
4. **Matsuda A, Matsuda T, Shibata A, et al (2013).** Cancer incidence and incidence rates in Japan in 2007: a study of 21 population-based cancer registries for the Monitoring of Cancer Incidence in Japan project. Jpn J Clin Oncol. 2013; 43:328–336.
5. **Dikshit RP, Mathur G, Mhatre S et al (2011).** Epidemiological review of gastric cancer in India. Indian J Med Paediatr Oncol. 2011;32:3–11.
6. **Guo P, Huang ZL, Yu P et al. (2012).** Trends in cancer mortality in China: an update. Ann Oncol. 2012;23:2755–2762.
7. **Bùi Diệu (2014).** Báo cáo tình hình hoạt động phòng chống ung thư giai đoạn 2011-2014 thuộc Chương trình Mục tiêu Quốc gia về Y tế. Tạp chí Ung thư học Việt Nam. Số 2/2014.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT BƠM XI MẮNG TẠO HÌNH THÂN ĐỐT SỐNG QUA DA TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Vũ Hoàng¹, Nguyễn Văn Sơn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị xẹp đốt sống bằng phương pháp bơm xi măng tạo hình thân đốt sống qua da. **Đối tượng:** Bao gồm 87 bệnh nhân được điều trị xẹp đốt sống bằng phương pháp tạo hình thân đốt sống qua da tại Khoa Ngoại Thần kinh Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên từ ngày 01/01/2017 đến ngày 31/12/2017. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả. **Kết quả:** Bệnh nhân thực hiện theo phương pháp này có 25 Nam (28,74%) và 62 Nữ (71,26%). Tuổi thấp nhất là 50, tuổi cao nhất là 93, có 100% bệnh nhân có triệu chứng đau tại chỗ đốt sống tổn thương. Điểm Pain-Scale trung bình trước can thiệp là $8,61 \pm 0,75$ và khi ra viện (sau can thiệp) là $2,91 \pm 0,74$. Có 75,86% không có biến chứng. Kết quả tốt và khá đạt 74,71%. **Kết luận:** Điều trị xẹp đốt sống bằng phương pháp bơm xi măng tạo hình thân đốt sống qua da là phương pháp điều trị can thiệp tối thiểu, an toàn, giúp giảm đau tốt cho bệnh nhân bị xẹp đốt sống.

Từ khóa: Percutaneous vertebroplasty, vertebral compression fractures.

SUMMARY

EVALUATING THE RESULTS OF PERCUTANEOUS VERTEBROPLASTY FOR THE TREATMENT OF VERTEBRAL COMPRESSION FRACTURES AT CENTRAL THAI NGUYEN HOSPITAL

Objective: Evaluate the results of Percutaneous vertebroplasty for the treatment of vertebral compression fractures. **Materials:** 87 patients were treated for vertebral compression fractures with percutaneous vertebroplasty from January 1st 2017 to December 31st 2017 at Department of Neurosurgery, Central Thai Nguyen Hospital; **Methods:** Descriptive research. **Results:** Including 25 male patients (28,74%) and 62 female patients (71,26%) between 50 and 93 years old. One hundred percent patients had significant pain at injury spinal. The average Pain-Scale measured was $8,61 \pm 0,75$ before and $2,91 \pm 0,74$ after treatment. 75,86% patients had no major complications. Good results and quite achieved 74,71%. **Conclusions:** Percutaneous vertebroplasty for the treatment of vertebral compression fractures is a minimally invasive, safe and painless intervention for patients with vertebral fractures.

Keywords: Percutaneous vertebroplasty, vertebral compression fractures.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xẹp đốt sống (vertebral fracture) xảy ra khi khối xương hoặc thân đốt sống bị xẹp, thường gây ra những cơn đau dai dẳng và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh, giảm khả năng vận động kèm theo những biến chứng nguy hiểm cho người bệnh.

Khi đốt sống bị tổn thương mỗi khi vận động sẽ gây đau đớn cho người bệnh. Việc điều trị bằng thuốc hoặc nằm bất động dài ngày gây ra nhiều hậu quả như loãng xương gia tăng, viêm phổi, viêm đường tiết niệu... và tỉ lệ liền xương rất thấp. Trước đây, để điều trị các trường hợp xẹp đốt sống do chấn thương, người ta thường áp dụng phương pháp mổ mở và dùng dụng cụ chuyên dụng để phục hồi độ chắc của đốt sống. Cuộc mổ cố định bằng dụng cụ nẹp vít là cuộc mổ lớn, mất máu nhiều, nguy cơ nhiễm trùng, khó áp dụng với những bệnh nhân cao tuổi [4].

Bơm xi măng tạo hình thân đốt sống qua da là một trong những phẫu thuật ít xâm lấn được áp dụng để giảm đau và hạn chế mức độ xẹp của thân đốt sống. Tạo hình thân đốt sống qua da giúp bệnh nhân vận động được sớm hơn, giảm nhu cầu sử dụng thuốc giảm đau và ngăn ngừa tổn thương đốt sống nặng lên. Tại Khoa Ngoại Thần kinh Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên đã tiến hành tạo hình thân đốt sống qua da từ năm 2015. Để góp phần nâng cao hiệu quả và hạn chế các biến chứng này chúng tôi tiến hành đề tài "Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình thân đốt sống qua da tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên" nhằm mục tiêu: "Đánh giá kết quả điều trị xẹp đốt sống bằng phương pháp bơm xi măng tạo hình thân đốt sống qua da".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 87 bệnh nhân được điều trị xẹp đốt sống bằng phương pháp tạo hình thân đốt sống qua da tại Khoa Ngoại Thần kinh Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên từ ngày 01/01/2017 đến ngày 31/12/2017.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán xẹp đốt sống do loãng xương và u thân đốt sống, có đủ phim X-quang, MRI, kết quả điều trị bằng phương pháp tạo hình thân đốt sống qua da tại khoa Ngoại thần kinh Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vũ Hoàng

Email: drhoang0410@gmail.com

Ngày nhận bài: 29/3/2018

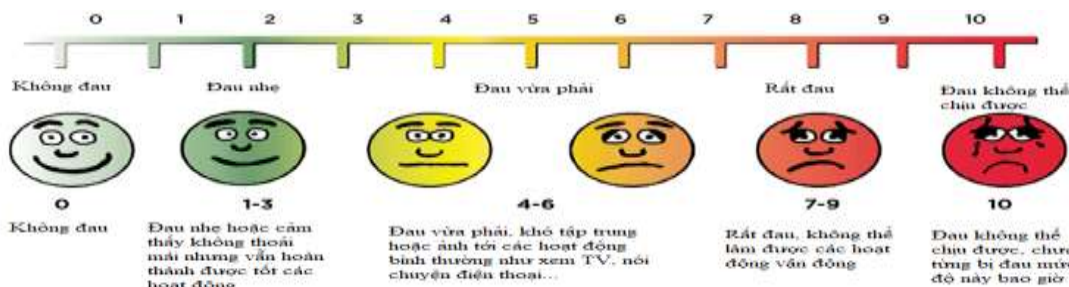
Ngày phản biện khoa học: 25/4/2018

Ngày duyệt bài: 12/5/2018

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân xếp có tổn thương thần kinh nặng.
- X-quang xếp trên 3/4 thân đốt sống.
- Bệnh nhân được tạo hình thân đốt sống qua da tại khoa khác.

2.2 Phương pháp nghiên cứu:



Nghiên cứu mô tả:

Chỉ tiêu nghiên cứu:

- *Yếu tố dịch tễ: Tuổi, giới, nghề nghiệp, tiền sử chấn thương.
- *Lâm sàng trước và sau mổ: Đánh giá mức độ đau theo thang điểm Pain-Scale.

*Chẩn đoán hình ảnh: X-quang quy ước, chụp cắt lớp vi tính (CT Scanner), chụp cộng hưởng từ (MRI);
*Phát hiện các biến chứng và đánh giá kết quả

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 70,13 tuổi, tuổi thấp nhất là 50 và cao nhất là 93. Lứa tuổi hay gặp nhất là 60 – 80 chiếm 60,91%. Nam chiếm 28,74%, nữ chiếm 71,26%, tỷ lệ Nữ/Nam là 2,48

Bảng 1: Triệu chứng đau lúc vào viện

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Đau lưng tại chỗ	87	100
Đau kiểu rê kèm theo	11	12,64
Đau tại vị trí khác ở lưng	23	26,44

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân đều có triệu chứng đau tại đốt sống tổn thương ở các mức độ khác nhau. Do thoái hóa cột sống nên có 12,64% bệnh nhân có đau kiểu rê thần kinh kèm theo.

Bảng 2: Vị trí đốt sống tổn thương

Vị trí	Số lượng	Tỷ lệ %
D1-D10	21	24,14
D11-L2	59	67,82
L3-L5	7	8,04
Tổng	87	100

Nhận xét: Tổn thương chủ yếu ở đốt sống bản lẽ ngực – thắt lưng D11-L2 (67,82%).

Bảng 3: Số đốt sống được bơm xi măng

Số đốt sống	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1 đốt	61	70,11
2 đốt	23	26,44
3 đốt	2	2,30
4 đốt	1	1,15
Tổng	87	100

Nhận xét: Chủ yếu bệnh nhân được bơm xi măng 1 đốt sống (70,11%), có 1 bệnh nhân được bơm xi măng 4 đốt sống.

Bảng 4: Giảm đau sau bơm xi măng

Thời điểm	Trước bơm	Sau bơm 24 giờ	Khi ra viện
Điểm Pain – Scale trung bình	8.61± 0,75	5,34± 0,68	2,91± 0,74

Nhận xét: Sau bơm xi măng, bệnh nhân có giảm đau rõ rệt. Tỷ lệ này cũng tương đương với nghiên cứu của Đào Văn Nhân (Điểm Pain-Scale trung bình trước và sau can thiệp lần lượt là 8,6±1,2 và 2,9±1,32).

Bảng 5: Thời gian bệnh nhân vận động bình thường

Thời điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Trong 24 giờ	59	67,82
Sau 24 giờ	28	32,18
Tổng	87	100

Nhận xét: Trong 24 giờ có 67,82% bệnh nhân ngồi dậy, đi lại bình thường.

Bảng 6: Biến chứng

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Rò vào đĩa đệm	6	6,90
Rò ra bờ trước thân đốt	11	12,64
Rò vào ống sống	1	1,15
Rò vào phần mềm xung quang	3	3,45
Không có biến chứng	66	75,86
Tổng	87	100

Nhận xét: 75,86% không có biến chứng, biến chứng hay gặp nhất là rò ra bờ trước thân đốt sống 12,64%. Kết quả này cũng tương đương như kết quả nghiên cứu của Đào Văn Nhân với tỷ lệ không có biến chứng là 76,5%.

Bảng 7: Kết quả bơm xi măng

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tốt	34	39,08
Khá	31	35,63
Trung bình	21	24,14
Xấu	1	1,15
Tổng	87	100

Nhận xét: Kết quả tốt và khá 74,71%.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 70,13 tuổi, tuổi thấp nhất là 50 và cao nhất là 93. Lứa tuổi hay gặp nhất là 60–80 chiếm 60,92%. Nam chiếm 28,74%, nữ chiếm 71,26%, tỷ lệ Nữ/Nam là 2,48. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với các tác giả trong và ngoài nước như Trịnh Văn Cường, Đào Văn Nhân, Lim BS, Chang UK... vì bệnh nhân được bơm xi măng chủ yếu do loãng xương do phụ nữ sau 60 tuổi mật độ xương chỉ bằng 50% so với mật độ đỉnh ở tuổi 20 – 30 tuổi. Do nữ giới mất canxi trong xương qua quá trình kinh nguyệt, sinh đẻ và cho con bú và sau mãn kinh vì vậy nguy cơ loãng xương cao hơn và thường dẫn đến xẹp đốt sống sau lao động nặng quá sức. Nguyên nhân của tất cả các trường hợp là do chấn thương nhẹ như ngã trượt chân đập móng xuống sàn nhà [3],[4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 100% bệnh nhân biểu hiện đau cột sống tại chỗ tổn thương ngoài ra có một số trường hợp có thể đau kiểu rễ mức độ nhẹ do thoát vị đĩa đệm kèm theo hoặc đau phần mềm do chấn thương. Sau phẫu thuật mức độ đau đã được cải thiện rõ rệt thể hiện qua thang điểm Pain-Scale giảm rõ rệt điều này có được là do nhiệt độ tỏa ra đã hủy các thụ cảm thể đau ở đốt sống và gắn kết các đường gãy trong thân đốt sống. Chính những điều này đã giúp cho những bệnh nhân ngồi dậy được sớm và đi lại bình thường chỉ sau 24 giờ. Một số bệnh nhân sau 24 giờ chưa đi lại còn do vấn đề tâm lý hoặc đau do chấn thương phần mềm xung quanh.

Tất cả các bệnh nhân đều được chụp X-quang cột sống quy ước, chụp cắt lớp vi tính qua những đốt sống tổn thương hoặc chụp cộng hưởng từ để đánh giá mức độ phù tủy xương ở những bệnh nhân có yếu tố chấn thương để cho kết quả tổn thương là xẹp đốt sống đơn thuần với mức độ xẹp đốt sống dưới 3/4 chiều cao thân đốt sống. Không có tổn thương các tầng sau của thân đốt sống, không có tổn thương cung. Trong đó có 1 bệnh nhân đa u tủy xương và một bệnh nhân sarcoma xương.

Trong số 87 bệnh nhân, các đốt sống bị tổn thương thì đốt sống ngực – thắt lưng chiếm 67,82%. Có 70,11% bơm một đốt sống, có 26,44% bơm hai đốt sống và 2,30% bơm 3 đốt sống đặc biệt có một bệnh nhân bơm 4 đốt sống trong một lần đây là một bệnh nhân bị đa u tủy xương và kết quả sau bơm bệnh nhân cải thiện được tình trạng đau rõ rệt (trên thể giới, số đốt sống được bơm xi măng trong một lần tối đa là 4

đốt vì nhiệt lượng do xi măng tỏa ra ở mức độ cho phép không làm tổn thương tủy sống xung quanh vùng đốt sống). Hầu hết chúng tôi chọn kim hai bên. Chụp C-Arm để xác định chân cung theo chiều trước – sau và bên, dùng kim chuyên dụng đẩy vào đến 1/3 trước và 2/3 sau thân đốt sống. Sau đó chiếu C-Arm trong suốt quá trình thực hiện bơm xi măng. Nếu phát hiện dò xi măng vào đĩa đệm kế cận hay ra thành trước hoặc thành bên của thân sống thì tạm ngừng bơm trong vòng 1–2 phút để xi măng có thời gian đông cứng tạo thành vách vững chắc rồi tiếp tục bơm. Trong trường hợp xi măng dò vào ống sống hoặc vào lỗ liên hợp thì phải dừng ngay thủ thuật.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 6/87 trường hợp bệnh nhân rò xi măng vào đĩa đệm, 11/87 bệnh nhân rò ra bờ trước thân đốt sống, có 1 trường hợp tràn vào ống sống và tràn ra lỗ tiếp hợp tuy nhiên trường hợp này không để lại thương tổn thần kinh nặng nề. Nghiên cứu của Kamer Dere, Mert Akbascho thấy những biến chứng nguy hiểm nhất là rò xi măng ra ngoài thân đốt với tỷ lệ 32% rò ngoài màng cứng, 32,5% rò cạnh cột sống, 30,5% rò khoang liên thân đốt, 1,7% rò vào phổi, 0,6% gây tắc mạch phổi, 3,3% rò lỗ liên hợp [7]. Nghiên cứu của Masato Nakano 1/17 rò vào đĩa đệm, 1/17 rò xung quanh và 2/17 tràn vào ống sống [6]. Qua trường hợp trên chúng tôi rút ra kinh nghiệm phải kiểm tra thật kỹ sự toàn vẹn của tường sau trên phim CT và MRI trước phẫu thuật. Đối với những trường hợp nghi ngờ tổn thương tường sau khi trộn xi măng cần để xi măng đặc hơn. Khi chọn kim đến điểm tiếp giáp 1/3 trước và 2/3 sau kiểm tra liên tục trên C-Arm cả hai bình diện, bơm từ từ, đều tay, thay đổi hướng kim và dừng bơm ngay khi có nghi ngờ trên phim chụp. Trong quá trình bơm chúng tôi ngừng từ 1–2 phút nếu thấy có hiện tượng trào xi măng ra ngoài thân đốt sống. Sau đó rút nhẹ kim 1–3mm rồi tiếp tục bơm xi măng. Đồng thời liên tục trao đổi và quan sát biểu hiện về vận động, cảm giác hai chân của người bệnh trong suốt quá trình phẫu thuật. Sau phẫu thuật bệnh nhân nằm nghỉ ngơi tại giường 4 giờ, sau đó cho ngồi dậy và đi lại.

V. KẾT LUẬN

- Bơm xi măng sinh học điều trị xẹp đốt sống là một thủ thuật giúp giảm đau hiệu quả, ít tai biến, đem lại chất lượng cuộc sống tốt hơn cho người bệnh, đặc biệt là người cao tuổi bị loãng xương. Biến chứng dò xi măng vào đĩa đệm hoặc cạnh sống thường nhẹ không để lại di chứng. Kết quả tốt và khá là 74,71%.

- Bơm xi măng tạo hình thân đốt sống qua da là phương pháp điều trị can thiệp tối thiểu, an toàn, giúp giảm đau sớm cho bệnh nhân bị xẹp đốt sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Văn Cường, Nguyễn Quốc Bảo, (2017).** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị xẹp đốt sống do loãng xương bằng bơm xi măng sinh học qua da. Y Học TP. Hồ Chí Minh* Phụ bản tập 21*Số 6* 2017, p.213-217.
2. **Lý Văn Hoàng, Bùi Phú Ân, and Võ Văn Nho, (2010),** Tạo hình thân sống bằng phương pháp bơm cement sinh học qua da trong điều trị đau do xẹp đốt sống ở bệnh nhân loãng xương. Y học thực hành, 733+734, p. 289-296.
3. **Đỗ Mạnh Hùng, Nguyễn Văn Thạch, Đinh Ngọc Sơn, et al., (2009),** Đánh giá kết quả tạo hình thân đốt sống bằng bơm cement sinh học ở bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương và chấn thương cột sống. Y học thực hành, 692+693, p. 316-322.
4. **Nguyễn Văn Thạch (2009),** Đánh giá kết quả tạo hình thân đốt sống bằng bơm cement sinh học ở bệnh nhân xẹp đốt sống do loãng xương và chấn thương cột sống, kỷ yếu hội nghị khoa học hội chấn thương chỉnh hình Việt Nam lần thứ 8, trang 115 – 120.
5. **Clifford J. Eskey (2006),** Vertebroplasty and Kyphoplasty, In: Clifford J E: Operative Neurosurgical Techniques: Indications, Methods and Results, Fifth edition, pp 2029-2040, Saunders, Philadelphia.
6. **Deramond et al (1998),** Percutaneous vertebroplasty with polymethyl methacrylate. Radiologic clinics of North America, volume 1998: 533 – 545.
7. **Evans A.J, Jensen et al (2003),** Vertebral compression fractures: pain reduction and improvement in functional mobility after percutaneous polymethyl methacrylate vertebroplasty retrospective report of 245 cases, Radiology, 226: 366- 372.

NGHIÊN CỨU SỰ BIẾN ĐỔI MỘT SỐ CHỈ SỐ CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN VIÊM QUANH KHỚP VAI ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP SÓNG XUNG KÍCH

Nguyễn Bá Quang¹, Phạm Hồng Vân¹

Từ khóa: Điện châm, sóng xung kích, viêm quanh khớp vai.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định sự biến đổi của một số chỉ số cận lâm sàng (siêu âm khớp vai, chụp x quang khớp vai và chỉ số huyết học, hóa sinh máu) ở bệnh nhân viêm quanh khớp vai dưới ảnh hưởng của điện châm kết hợp sóng xung kích. **Đối tượng:** 30 bệnh nhân viêm quanh khớp vai thể đơn thuần theo y học hiện đại và thuộc thể kiên thống của y học cổ truyền, tự nguyện tham gia điều trị tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương, được điều trị bằng điện châm 30 phút/lần x 1 lần/ngày x 20 ngày kết hợp sóng xung kích 10 phút/lần x 5 ngày/1 lần x 5 lần. **Phương pháp:** Thử nghiệm lâm sàng mở, so sánh trước sau điều trị. **Kết quả và kết luận:** Điện châm kết hợp sóng xung kích trong điều trị viêm quanh khớp vai làm giảm các hình ảnh siêu âm và X quang bệnh lý so với trước điều trị ($p < 0,05$): Hình ảnh siêu âm khớp vai có dải tăng âm giảm từ 13,3% xuống còn 3,3%. Hình ảnh siêu âm khớp vai có vòng trắng âm quanh gân nhị đầu giảm từ 53% xuống còn 20%. Hình ảnh phim chụp X quang có can xi hóa dây chằng giảm từ 20% xuống còn 6,7%. Điện châm kết hợp sóng xung kích trong điều trị viêm quanh khớp vai không làm thay đổi các chỉ số huyết học, hóa sinh liên quan đến chức năng gan, thận và chức năng tạo máu của cơ thể ($p > 0,05$).

SUMMARY

STUDY ON THE CHANGE OF SOME SUBCLINICAL INDEX IN PATIENTS WITH SHOULDER ARTHRITIS TREATED WITH ELECTRO-ACUPUNCTURE COMBINED SHOCK WAVE THERAPY

Objectives: To determine the changing of some subclinical index (ultrasound, x-ray, hematology, blood biochemistry) in patients with shoulder arthritis under the influence of electro-acupuncture (EA) combined shock wave therapy. **Subjects:** 30 patients with periarthritis of the shoulder were treated at National Hospital of Acupuncture treated by EA for 20 days combined shock wave therapy for 5 times. **Method:** Randomized controlled clinical trial, comparing after and before treatment. **Result and conclusion:** Treated periarthritis of the shoulder with electro-acupuncture (EA) combined shock wave therapy reduces the ultrasonographic and radiographic images of the shoulder joint disease compared to the pre-treatment ($p < 0.05$): Ultrasound imaging of the shoulder joint has an amplified band down from 13.3% to 3.3%, negative space around the biceps tendon decreased from 53% to 20%. In X ray film, ligament calcification decreased from 20% to 6.7%. Treated periarthritis of the shoulder with electro-acupuncture (EA) combined shock wave therapy does not change hematological or biochemical parameters related to liver function, kidney function and

*Bệnh viện Châm cứu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hồng Vân

Email: vankhth@gmail.com

Ngày nhận bài: 27/3/2018

Ngày phản biện khoa học: 22/4/2018

Ngày duyệt bài 10/5/2018

hematopoietic function ($p > 0.05$).

Key words: Electro-acupuncture, shock wave, shoulder arthritis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm quanh khớp vai (VQKV) có mã bệnh trong danh mục phân loại bệnh tật quốc tế lần thứ 10 (ICD-X) là M75, là một bệnh bao gồm những trường hợp đau và hạn chế vận động khớp vai và tổn thương ở phần mềm quanh khớp chủ yếu là gân, cơ, dây chằng và bao khớp, không có tổn thương của đầu xương, sụn khớp và màng hoạt dịch [1]. Việc chẩn đoán xác định viêm quanh khớp vai không khó bởi biểu hiện chính của bệnh là đau và hạn chế vận động khớp vai nhưng để điều trị bệnh viêm quanh khớp vai thì cả YHHĐ và YHCT đều đang có xu hướng nghiên cứu tìm ra những phương pháp điều trị bảo tồn hiệu quả với mục tiêu giúp bệnh nhân giảm đau và phục hồi vận động khớp vai, sớm lấy lại chức năng chi trên và cải thiện được chất lượng cuộc sống. Để kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại, ở Bệnh viện Châm cứu TW đã nghiên cứu điều trị VQKV bằng điện châm là phương pháp điều trị dựa trên tác dụng kích thích huyết bằng xung điện kết hợp với sóng xung kích là phương pháp điều trị sử dụng sóng cơ học xung lực cao tác động vào điểm đau khu trú rất có hiệu quả trong điều trị đau và cải thiện vận động khớp vai. Chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu xác định sự biến đổi của một số chỉ số cận lâm sàng (siêu âm, x- quang, huyết học) ở bệnh nhân viêm quanh khớp vai thể đơn thuần dưới ảnh hưởng của điện châm kết hợp sóng xung kích.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: là 30 bệnh nhân được chẩn đoán viêm quanh khớp vai thể đơn thuần được điều trị tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương, thời gian từ tháng 3/2017 đến tháng 9/2017 với tiêu chuẩn như sau:

- Tiêu chuẩn chọn bệnh theo Y học hiện đại:

*Tiêu chuẩn lâm sàng: Bệnh nhân được chẩn đoán viêm quanh khớp vai thể đơn thuần của Boissier MC (1992) [theo 5] với các triệu chứng:

- + Đau vai kiểu cơ học, đau tăng khi vận động
- + Hạn chế vận động chủ động

*Tiêu chuẩn cận lâm sàng: XQ khớp vai thường quy không có tổn thương hoặc có thể có can xi hóa dây chằng bao khớp, gai xương.

- Siêu âm có thể có hình ảnh bình thường hoặc 1 trong các hình ảnh:

- + Hình ảnh gân nhị đầu đường kính gân tăng giảm âm thanh, ranh giới bao khớp không rõ ràng.

+ Hình ảnh bao thanh dịch dày lên, có dịch tại vùng bao thanh dịch có thể phối hợp với hình ảnh đứt gân mũ cơ quay

+ Hình ảnh tăng hoặc giảm âm trong các gân khớp vai

*Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu và tuân thủ quy trình điều trị.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân theo Y học cổ truyền: Bệnh nhân được chẩn đoán là viêm quanh khớp vai thể đơn thuần theo YHHĐ có kèm theo những triệu chứng đau khớp vai thể kiên thống như sau [2],[7]:

+ Đau và hạn chế vận động khớp vai, đau không lan, trời lạnh ẩm đau tăng, chườm nóng đỡ đau, đau tăng khi vận động và về đêm.

+ Chất lưỡi hồng, rêu lưỡi trắng mỏng

+ Mạch phù hoặc huyền khẩn.

- Tiêu chuẩn loại trừ ra khỏi nghiên cứu:

- Viêm quanh khớp vai thể đau vai cấp, thể già liệt, thể đông cứng.

- Viêm quanh khớp vai do các nguyên nhân khác như VQKV do lao, viêm khớp dạng thấp, chấn thương hay do các tổn thương lồng ngực...

- Viêm quanh khớp vai có kèm theo các bệnh thực thể khác như tổn thương rễ thần kinh C5, bệnh Paget, hoại tử vô khuẩn đầu xương cánh tay...

- Phụ nữ có thai, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, không tuân thủ thời gian và phương pháp điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

***Thiết kế nghiên cứu:** Phương pháp nghiên cứu tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, có đối chứng, so sánh trước và sau điều trị.

***Cỡ mẫu nghiên cứu:** 30 bệnh nhân viêm quanh khớp vai thể đơn thuần được điều trị bằng điện châm các huyết theo phác đồ 30 phút/lần x 1 lần/ngày trong 20 ngày kết hợp điều trị bằng sóng xung kích 10 phút/lần x 5 ngày/1 lần x 5 lần [3], [4].

*Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Hình ảnh siêu âm khớp vai

+ Hình ảnh phim chụp X quang khớp vai

+ Công thức máu, Ure, Creatinin, AST, ALT trong máu.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu: Các số liệu thu được xử lý theo phương pháp xác suất thống kê y sinh học bằng chương trình EPI - INFO 6.04. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu sự biến đổi đặc điểm cận lâm sàng (gồm hình ảnh siêu âm khớp vai, phim chụp X quang khớp vai và một số chỉ số huyết học, hóa sinh) ở bệnh nhân viêm quanh khớp vai được trình bày trên các bảng 3.1 đến 3.3.

Bảng 3.1. Biến đổi của hình ảnh siêu âm khớp vai

Kết quả siêu âm khớp vai	Thời điểm nghiên cứu		Sau điều trị (b)	
	Trước điều trị (a)			
	n	%	n	%
Khớp vai bình thường	5	16,7	20	66,7
Có vòng trống âm bao quanh gân nhị đầu	16	53,3	6	20,0
Có bao thanh mạc giãn to	5	16,7	3	10,0
Có dải tăng âm trong gân	4	13,3	1	3,33
Có vùng giảm âm trong gân	0	0,0	0	0,0
Tổng	30	100%	30	100
p	< 0,05			

Siêu âm là kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh được đưa vào ứng dụng lâm sàng từ những năm 1960. Kỹ thuật này sử dụng một đầu dò phát ra chùm sóng âm thanh có tần số rất cao mà tai người không nghe thấy được gọi là sóng siêu âm. Chùm sóng này sẽ đi xuyên vào cơ thể người và lan đến các cơ quan nội tạng bên trong. Sau đó, một phần chùm sóng âm này sẽ được phản hồi lại và thu nhận tại đầu dò, chuyển tín hiệu về bộ phận xử lý (trong máy siêu âm) để cho ra hình ảnh sóng động về cơ quan đang được khảo sát. Chùm sóng siêu âm không gây tổn thương cho các cơ quan mà nó đi xuyên qua. Vì vậy, siêu âm là một phương tiện chẩn đoán nhanh chóng, an toàn, không gây đau, không gây hại cho bệnh nhân và có chi phí thấp [6]. Viêm quanh khớp vai là thuật ngữ chung của các bệnh lý viêm cấu trúc phần mềm quanh khớp vai như gân, cơ, dây chằng, túi thanh dịch, bao khớp nhưng không bao gồm các tổn thương ở đầu xương, sụn khớp và màng hoạt dịch như trong bệnh viêm khớp dạng thấp, viêm khớp nhiễm khuẩn... sự thoái hóa của gân được đánh dấu bằng sự tổn thương bao thanh mạc dưới mòm cùng vai, bao thanh mạc dưới cơ delta. Viêm gân mũ các cơ xoay và viêm gân cơ nhị đầu là nguyên nhân chủ yếu của viêm quanh khớp vai [1]. Siêu âm khớp vai sẽ cho thấy hình ảnh gân giảm âm hơn bình thường, nếu gân bị calci hóa sẽ có nốt tăng âm kèm bóng cản. Ngoài ra, có thể thấy dịch quanh bao gân nhị đầu [6].

Các kết quả được trình bày ở bảng 3.1. cho thấy qua siêu âm khớp vai đã phát hiện được trước điều trị có 25 BN (83,3%) có tổn thương và 5/30 bệnh nhân không có tổn thương (16,7%). Các tổn thương được phát hiện gồm vòng trống âm bao quanh gân nhị đầu (51,3%), bao thanh mạc giãn to (13,3%), có dải tăng âm trong gân (16,7%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhận định của các tác giả khác cho rằng siêu âm khớp vai có giá trị chẩn đoán trong viêm quanh khớp vai [1], [2], [5], [6]. Cũng trên bảng 3.1 cho thấy sau 20 ngày điều trị ở nhóm nghiên cứu tỷ lệ hình ảnh siêu âm bình thường từ 16,7% tăng lên 66,7% (20/30 bệnh nhân). Hình ảnh khớp vai có dải tăng âm giảm từ 13,3% xuống còn 3,3% (1/30 bệnh nhân). Hình ảnh siêu âm khớp vai có vòng trống âm quanh gân nhị đầu giảm từ 53% xuống còn 20% (6/30 bệnh nhân), ($p < 0,05$). Dưới ảnh hưởng của sóng xung kích là sóng áp suất xung lực cao tác động vào các điểm đau, mô xơ, cơ xương bị tổn thương ở vùng khớp vai, giúp tăng cường sản xuất collagen tạo thuận lợi cho quá trình sửa chữa các cấu trúc bị hư hỏng của hệ cơ xương, phục hồi vận động do làm tan sự vôi hóa của các nguyên bào sợi và dây chằng, thể hiện trên hình ảnh siêu âm khớp vai sau điều trị là các đặc điểm siêu âm bệnh lý như vòng trống âm gân nhị đầu, có dải tăng âm trong gân, bao thanh mạc giãn to đều giảm xuống so với trước điều trị ($p < 0,05$).

Bảng 3.2. Biến đổi của hình ảnh phim chụp X-quang khớp vai

Kết quả X-quang khớp vai	Thời điểm nghiên cứu		Sau điều trị (b)	
	Trước điều trị (a)			
	n	%	n	%
Khớp vai bình thường	22	73,3	26	86,7
Can xi hóa dây chằng	6	20,0	2	6,7
Gai xương	2	6,7	2	6,7
Tổng	30	100	30	100%
p	p < 0,05			

Đặc điểm phim chụp X quang khớp vai được trình bày ở bảng 3.3 cho thấy hình ảnh khớp vai bình thường gặp ở 22/30 số đối tượng nghiên cứu, chiếm 73,3%, các dấu hiệu khác như can xi

hóa dây chằng có 6/30 bệnh nhân, chiếm 20,0%. Dấu hiệu gai xương hiếm gặp hơn (chỉ có 2/30 bệnh nhân, chiếm 6,7%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nhận định của các

tác giả khác về cơ chế bệnh sinh của quá trình thoái hóa khớp bao gồm thoái hóa thân đốt sống, xương sụn đốt sống và đĩa đệm. Tình trạng THCS làm lực phân bố trên thân đốt sống không đều, khiến cho xương mâm đốt sống phải tăng chịu tải, kết quả là hình thành các gai xương ở rìa ngoài thân đốt sống, hẹp khe khớp,....[1], [5].

Sau 20 ngày điều trị điện châm kết hợp sóng xung kích, trên phim chụp X quang khớp vai cho thấy hình ảnh khớp vai bình thường từ 73,3% tăng lên 86,7%. Số bệnh nhân có hình ảnh can xi hóa dây chằng giảm đi từ 20% xuống còn 6,7%; Hình ảnh gai xương không thay đổi so với trước điều trị (2 BN), ($p < 0,05$).

Bảng 3.3. Biến đổi một số chỉ số huyết học và sinh hóa máu

Chỉ tiêu	Thời điểm	Trước điều trị (a)	Sau điều trị (b)	Người bình thường (3)	
				Nam	Nữ
Hồng cầu (T/l)		4,22±0,09	4,22±0,10	4 ÷ 9	
Bạch cầu (G/l)		5,52±0,17	5,55±0,13	4,0 ÷ 5,0	
Tiểu cầu (G/l)		249,4±12,39	258,8±11,48	200 ÷ 440	
Ure (mmol/l)		4,26±0,09	4,26±0,07	2,5 ÷ 7,5	
Hemoglobin (G/l)		135,3±4,91	143,3±3,66	120 ÷ 142	130 ÷ 150
Creatinin (μmol/l)		69,20±3,79	67,19±1,23	62 ÷ 120	53 ÷ 100
AST (U/l)		19,99±1,91	20,33±1,37	<37	<31
ALT (U/l)		22,94±1,65	22,30±0,84	<41	<31
p		$p_{1-2} > 0,05$	$p_{1-3} > 0,05$	$p_{2-3} > 0,05$	

Như chúng ta đã biết, urê là sản phẩm thoái hóa cuối cùng của protein, được đào thải chủ yếu qua nước tiểu, creatinin là một acid amin không có trong protein, là chất chuyển hóa cuối cùng của creatin phosphat (dạng dự trữ năng lượng đặc biệt có nhiều ở cơ). Creatinin ra khỏi cơ vào máu, được lọc ở cầu thận rồi bài xuất qua đường nước tiểu. ALT (alanin amino transferase) và AST (aspartate amino transferase) là hai chỉ số men gan quan trọng trong cơ thể con người, khi các tế bào gan bị chết đi sẽ sản sinh ra các chỉ số này làm cho men gan trong cơ thể tăng cao. Ở người bình thường chỉ số men gan luôn thấp dưới 40U/L, khi gan bị tổn thương, tế bào gan bị phá hủy làm gia tăng nồng độ ALT và AST trong máu. Do đó khi nồng độ urê, creatinin và AST, ALT tăng trong máu phản ánh sự tổn thương chức năng của gan, thận [7].

Qua bảng 3.3 cho thấy không có sự khác biệt về giá trị trung bình của các chỉ số huyết học (số lượng hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu, hemoglobin) cũng như chỉ số hóa sinh trong máu liên quan đến đánh giá chức năng gan, chức năng thận tại các thời điểm trước và sau điều trị cả ở bệnh nhân viêm quanh khớp vai cũng như so với giá trị của các chỉ số này ở người bình thường ($p > 0,05$). Điều này đã chứng minh rằng việc kết

Như vậy, điện châm kết hợp sóng xung kích đã làm giảm tình trạng can xi hóa dây chằng khớp vai ở những bệnh nhân viêm quanh khớp vai thể đơn thuần. Điều này phù hợp với cơ chế tác dụng của sóng xung kích là làm tan sự vôi hóa các nguyên bào sợi và khởi động quá trình loại bỏ tình trạng vôi hóa sinh học trong các trường hợp vôi hóa nguyên phát hay thứ phát của các khớp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết luận của Avancini-Dobrovic cho rằng liệu pháp sóng xung kích điều trị tổn thương vôi hóa vùng vai giúp giảm đau, tăng tầm vận động và sức cơ, trên phim X-quang có sự giảm kích thước vùng vôi hóa chóp xoay.

hợp 2 phương pháp điều trị bằng điện châm và sóng xung kích trên lâm sàng là an toàn, không ảnh hưởng đến chức năng gan, thận và chức năng tạo máu của cơ thể.

IV. KẾT LUẬN

1. Điện châm kết hợp sóng xung kích làm giảm các hình ảnh siêu âm và chụp X quang bệnh lý khớp vai so với trước điều trị ($p < 0,05$): Hình ảnh siêu âm khớp vai có dải tăng âm giảm từ 13,3% xuống còn 3,3%. Hình ảnh siêu âm khớp vai có vòng trống âm quanh gân nhị đầu giảm từ 53% xuống còn 20%. Hình ảnh phim chụp X quang có can xi hóa dây chằng giảm đi từ 20% xuống còn 6,7%.

2. Điện châm kết hợp sóng xung kích không làm thay đổi các chỉ số huyết học, hóa sinh liên quan đến chức năng gan, thận và chức năng tạo máu của cơ thể ($p > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Ngọc Ân (2002)**, Bệnh thấp khớp, Nhà xuất bản Y học, 364-374.
2. **Lê Thị Hoài Anh (2001)**, Nghiên cứu tác dụng điều trị viêm quanh khớp vai bằng điện châm, xoa bóp kết hợp vận động trị liệu, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Bộ Y tế (2013)**, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật khám, chữa bệnh chuyên ngành châm cứu, Nhà

- xuất bản y học.
4. **Bộ Y tế (2014)**, Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành phục hồi chức năng, Nhà xuất bản y học.
5. **Hà Hoàng Kiệm (2015)**, Viêm quanh khớp vai chẩn đoán và điều trị, Nhà xuất bản thể dục thể thao.
6. **Nguyễn Thị Lực (1999)** Các thể bệnh của viêm

quanh khớp vai (Dựa vào lâm sàng, Xquang và siêu âm), Luận văn bác sỹ chuyên khoa II, Trường đại học Y Hà Nội.

7. **Nguyễn Thế Khánh, Phạm Tử Dương (1998)**, Xét nghiệm sử dụng trong lâm sàng. Nhà xuất bản Y học. tr. 693- 698.

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ CỦA PHÁC ĐỒ ĐIỀU TRỊ SUY THẬN MẠN GIAI ĐOẠN SỚM CHƯA CÓ CHỈ ĐỊNH LỌC MÁU TẠI BỆNH VIỆN 199

Trần Trọng Dương¹, Phạm Bá Tuyền²

TÓM TẮT

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 40 bệnh nhân được chẩn đoán là suy thận mạn chưa có chỉ định lọc máu (suy thận giai đoạn I, II, III) được điều trị tại Bệnh viện 199. Kết quả cho thấy: Bệnh nhân suy thận mạn ở độ tuổi dưới 60 chiếm tỷ lệ 65%, tuổi trung bình của bệnh nhân suy thận mạn là 52,35±17,57 tuổi; tỷ lệ suy thận mạn ở nam giới là 57,5% và ở nữ là 42,5%. Nguyên nhân suy thận mạn do bệnh lý cầu thận mạn tính chiếm tỷ lệ cao nhất (55%), tiếp đến là nguyên nhân do viêm bể thận (22,5%); 100% bệnh nhân suy thận mạn đều có biểu hiện thiếu máu, phần lớn biểu hiện thiếu máu nhẹ và trung bình; tăng huyết áp gặp trong 80% trường hợp và phù gặp trong 77,5% trường hợp. Nồng độ urê huyết thanh trung bình là 29,46±14,53mmol/l, nồng độ creatinin trung bình 680,48±350,52µmol/l, mức lọc cầu thận trung bình là 15,58±6,35ml/phút. Nồng độ Hemoglobin trung bình 7,54±2,12g/dl, nồng độ hồng cầu trung bình 2,69±0,73x10¹²/l, nồng độ Hematocrit trung bình 23,46±6,55l/l. Phác đồ điều trị với chế độ ăn giảm đạm, được bổ sung Ketosteril 1 viên/5kg/ngày và Erythropoietin tiêm dưới da với liều 50UI/kg/lần 2-3 lần/tuần. Sau 1 tháng điều trị có tác dụng làm tăng số lượng hồng cầu, hemoglobin, hematocrit đồng thời làm giảm ure, creatinin máu. Điều này có lợi cho bệnh nhân suy thận mạn chưa có chỉ định chạy thận nhân tạo.

Từ khóa: Suy thận mạn, lọc máu;

SUMMARY

EFFECTIVENESS RESEARCH TREATMENT REGIMEN EARLY STAGE CHRONIC RENAL INSUFFICIENCY INDICATIONS WITHOUT BLOOD SCREENING IN 199 HOSPITAL

We studied 40 patients who were diagnosed with chronic renal failure not yet on dialysis indicated (Phase I, II, III) were treated at the 199 hospital. The results showed that: Patients with impaired chronic kidney under the age of 60 accounted for 65%, the average age of patients was 52,35±17,57 years old;

¹Cục Y tế, Bộ Công an

²Bệnh viện Y học cổ truyền, Bộ Công an

Chịu trách nhiệm chính: Trần Trọng Dương

Email: bsduongretechco@gmail.com

Ngày nhận bài: 24/3/2018

Ngày phản biện: 20/4/2018

Ngày duyệt bài: 10/5/2018

chronic renal failure rate is 57,5% among men and 42,5% women. The cause of chronic renal failure due to chronic glomerular diseases accounted for the highest proportion (55%), followed by pyelonephritis causes (22,5%); 100% of patients with chronic renal failure are present with anemia, the majority expressed mild and moderate anemia; hypertension seen in 80% of cases and 77,5% accordingly met in the case. Serum urea concentration was 29,46±14,53 average mmol/l, creatinine concentration 680,48 ± 350,52 µmol/l, glomerular filtration rate is 15,58±6,35 ml/minute. Hemoglobin concentration of 7,54±2,1 g/dl, the average hemoglobin concentration of 2,69± 0,73x10¹²/l, average hematocrit concentration of 6,55±23,46l/l. Treatment regimens with reduced protein diet, supplemented Ketosteril 1 tablet/5kg/day and the dose subcutaneous erythropoietin 50UI/kg/times 2-3 times/week. After 1 month of treatment works to increase the number of red blood cells, hemoglobin, hematocrit and decreases urea, serum creatinine. This is beneficial for patients with chronic renal failure not yet on dialysis only.

Keywords: Chronic renal failure, dialysis;

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy thận mạn là hậu quả của nhiều quá trình bệnh lý gây nên, nguyên nhân của bệnh là cao huyết áp, đái tháo đường, viêm cầu thận cấp và mạn tính, viêm thận kẽ, viêm mù bể thận, sỏi thận. Nếu không được chẩn đoán và điều trị sớm, kết quả cuối cùng sẽ dẫn đến sự giảm sút về số lượng Nephron chức năng, làm giảm dần mức lọc cầu thận. Khi mức lọc cầu thận giảm xuống dưới 50% (60ml/phút) so với mức bình thường (120ml/phút) thì được coi như là có suy thận mạn. Thận không còn đủ khả năng điều chỉnh được sự cân bằng về nội môi, dẫn đến hàng loạt các rối loạn về sinh hóa và lâm sàng của các cơ quan trong cơ thể.

Suy thận mạn là hội chứng diễn tiến theo từng giai đoạn của bệnh, lúc đầu chỉ có một số triệu chứng kín đáo khi mức lọc cầu thận dưới 50ml/phút đến khi có các triệu chứng rầm rộ của hội chứng tăng ure máu ở giai đoạn cuối của bệnh. Nếu không được chẩn đoán kịp thời bệnh nhân dẫn đến tử vong.

Ngày nay, với những tiến bộ của y học mà đặc biệt là sự ra đời của máy lọc máu ngoài cơ thể, ghép thận đã cải thiện bệnh rất nhiều và là cứu cánh đối với đời sống của bệnh nhân suy thận mạn. Tuy nhiên, những phương pháp này vẫn còn gây rất nhiều phiền hà và tốn kém của cả bệnh nhân và xã hội, tỷ lệ tử vong và biến chứng nằm viện của suy thận mạn giai đoạn cuối. Để giúp cho bệnh nhân kéo dài được thời gian không phải lọc máu ngoài cơ thể, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá hiệu quả của phác đồ điều trị suy thận mạn trước khi có chỉ định lọc máu ngoài cơ thể nhằm mục tiêu nghiên cứu xây dựng phác đồ điều trị suy thận mạn trước khi có chỉ định lọc máu và đánh giá hiệu quả của phác đồ đối với từng mức độ suy thận.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1: Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Độ tuổi	18-30 tuổi	31-40 tuổi	41-50 tuổi	51-60 tuổi	>60 tuổi	Cộng
Số lượng	3	5	8	10	14	40
Tỷ lệ (%)	7,5	12,5	20	25	35	100
P	>0,05					

Nhận xét: Bệnh nhân có nhóm tuổi trên 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (35%).

Bảng 3.2: Phân bố bệnh nhân theo giới tính

Giới tính	Nam	Nữ	Cộng
Số lượng	23	17	40
Tỷ lệ (%)	57,5	42,5	100

Nhận xét: Tỷ lệ suy thận mạn nam (57,5%), nữ (42,5%).

Bảng 3.3: Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân suy thận mạn

Đặc điểm	Số lượng (người)	Tỷ lệ (%)
Thiếu niệu, vô niệu	22	55
Phù	31	77,5
Tăng huyết áp	32	80
Thiếu máu	40	100
Hội chứng ure máu cao	13	32,5

Nhận xét: Thiếu máu chiếm tỷ lệ cao nhất (100%) bệnh nhân có biểu hiện thiếu máu, tiếp theo là tình trạng tăng huyết áp và phù chiếm tỷ lệ lần lượt là 80% và 77,5%, thấp nhất là các triệu chứng lâm sàng của hội chứng ure máu cao (32,5%).

Bảng 3.4: Phân bố bệnh nhân theo nguyên nhân của suy thận mạn

Đặc điểm	Số lượng (người)	Tỷ lệ (%)
Bệnh lý cầu thận	22	55
Viêm thận, bể thận mạn tính	9	22,5
Thận đa nang	3	7,5

ngiên cứu: Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 40 bệnh nhân được chẩn đoán là suy thận mạn chưa có chỉ định lọc máu (suy thận giai đoạn I, II, III) được điều trị tại Bệnh viện 199 năm 2011-2012.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

***Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang và tiến cứu mô tả.

***Nội dung nghiên cứu:** Tất cả bệnh nhân được tiến hành theo mẫu Protocol nghiên cứu. Tiêu chuẩn chẩn đoán suy thận mạn dựa trên tiêu chuẩn của Hội tiết niệu, thận Việt Nam:

- Tiền sử cá nhân có mắc bệnh lý thận, tiết niệu.
- Có biểu hiện lâm sàng: phù, tăng huyết áp, hội chứng ure máu tăng.
- Creatinin máu tăng trên 130µmol/l
- Độ thanh thải creatinin máu dưới 60ml/phút.

***Xử lý số liệu:** Phần mềm SPSS 15.0

Đái tháo đường	2	5
Tăng huyết áp	4	10

Nhận xét: Nguyên nhân do bệnh lý cầu thận mạn tính chiếm tỷ lệ cao nhất (55%), tiếp đến là nguyên nhân do viêm thận, bể thận (22,5%). Các nguyên nhân khác như tăng huyết áp, đái tháo đường, thận đang nang chiếm tỷ lệ thấp.

Bảng 3.5: Phân bố bệnh nhân theo mức độ suy thận

Mức độ suy thận	Số lượng (người)	Tỷ lệ (%)	P
Độ I	8	20	>0,05
Độ II	15	35,7	
Độ III	13	32,5	
Độ IV	4	10	

Nhận xét: Tỷ lệ suy thận trong nghiên cứu chủ yếu là thuộc suy thận độ II, III. Sự khác biệt trong nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Bảng 3.6: Chỉ số cận lâm sàng của bệnh nhân suy thận mạn trước điều trị

Chỉ số sinh hóa	Giá trị trung bình
Ure huyết thanh (mmol/l)	29,46±14,53
Creatinin huyết thanh (µmol/l)	680,48±350,52
Mức lọc cầu thận (ml/phút)	15,58±6,35
Protein niệu (g/24 giờ)	1,85±1,56

Nhận xét: Nồng độ ure huyết thanh là 29,46

$\pm 14,53\text{mmol/l}$, creatinin huyết thanh là $680,48 \pm 350,52\mu\text{mol/l}$, mức lọc cầu thận là $15,58\mu\text{6,35ml/phút}$ và protein niệu là $1,85 \pm 1,56\text{g/24 giờ}$.

Bảng 3.7: Đặc điểm công thức máu của bệnh nhân

Chỉ số	Giá trị trung bình
--------	--------------------

Hemoglobin (g/dl)	7,54 \pm 2,12
Hồng cầu ($\times 10^{12}/\text{l}$)	2,69 \pm 0,73
Hematocrit (%)	23,46 \pm 6,55

Nhận xét: Nồng độ Hemoglobin trung bình $7,54 \pm 2,12\text{g/dl}$, số lượng hồng cầu $2,69 \pm 0,73 \times 10^{12}/\text{l}$, nồng độ Hematocrit là $23,46 \pm 6,55\%$.

Bảng 3.8: Sự phân bố theo máu theo giai đoạn của suy thận mạn theo nồng độ Hemoglobin

Giai đoạn	Mức độ	Nhẹ(9-11g/dl)	Trung bình (6-9 g/dl)	Nặng (<6 g/dl)
		I (n=8)	Số lượng	3
	Tỷ lệ (%)	7,5	12,5	0
II (n=15)	Số lượng	4	10	1
	Tỷ lệ (%)	10	25	2,5
III (n=13)	Số lượng	3	9	1
	Tỷ lệ (%)	7,5	22,5	2,5
IV (n=4)	Số lượng	0	3	1
	Tỷ lệ (%)	0	7,5	2,5
Cộng (n=40)	Số lượng	10	27	3
	Tỷ lệ (%)	25	67,5	7,5

Nhận xét: Căn cứ chỉ số Hemoglobin suy thận giai đoạn II, III và mức độ trung bình chiếm tỷ lệ cao.

Bảng 3.9: Sự thay đổi chỉ số công thức máu trước và sau điều trị

Chỉ số	Trước điều trị	Sau điều trị 15 ngày	Sau điều trị 1 tháng	p
Hemoglobin (g/dl)	7,54 \pm 2,12	8,62 \pm 1,92	9,45 \pm 2,31	<0,05
Hematocrit (%)	23,46 \pm 6,55	25,76 \pm 6,39	28,81 \pm 6,23	
Hồng cầu ($\times 10^{12}/\text{l}$)	2,69 \pm 0,73	2,91 \pm 0,6	3,32 \pm 0,51	

Nhận xét: Sau thời gian điều trị 15 ngày và 1 tháng chúng tôi thấy rằng có sự cải thiện về nồng độ Hemoglobin, Hematocrit và chỉ số Hồng cầu. Sự thay đổi trên có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.10: Sự thay đổi chỉ số sinh hóa trước và sau điều trị

Chỉ số	Trước điều trị	Sau điều trị 15 ngày	Sau điều trị 1 tháng	p
Ure (mmol/l)	29,46 \pm 14,53	20,62 \pm 10,92	14,45 \pm 6,31	<0,05
Creatinin ($\mu\text{mol/l}$)	680,48 \pm 350,52	508,76 \pm 230,45	314,78 \pm 126,28	

Nhận xét: Có sự thay đổi nồng độ ure máu, kết hợp chế độ ăn giảm đạm với dùng Ketosteril chúng tôi thấy có hiệu quả đáng kể. Sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

***Về độ tuổi:** Trong 40 bệnh nhân được nghiên cứu, suy thận mạn giai đoạn II, III, IV chưa có chỉ định lọc máu cho thấy độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $52,35 \pm 17,57$ tuổi, độ tuổi dưới 60 tuổi chiếm tỷ lệ 62,5%, trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ 30%, còn dưới 30 tuổi chiếm tỷ lệ 7,5%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả trong nước. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của các tác giả tại Hoa Kỳ, Pháp thì tỷ lệ này gặp chủ yếu ở nhóm trên 60 tuổi.

***Về giới tính:** Suy thận mạn theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi là nam (57,5%), nữ (42,5%). Kết quả này cũng tương đương với nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước. Tuy nhiên, tại Pháp thì tỷ lệ bị bệnh nam cao hơn nữ gấp 2 lần.

***Về nguyên nhân suy thận mạn:** Tại các nước chậm phát triển và đang phát triển thì nguyên nhân suy thận mạn hàng đầu là nhiễm khuẩn tiết

niệu sau đó là các nguyên nhân khác. Còn tại các nước phát triển thì nguyên nhân chính gây suy thận mạn là đái tháo đường và các bệnh về mạch máu thận. Theo nghiên cứu của chúng tôi, nguyên nhân suy thận mạn chủ yếu do bệnh lý cầu thận mạn (55,8%), viêm thận bể thận (22,5%), còn các nguyên nhân khác như tăng huyết áp, đái tháo đường, thận đa nang chiếm tỷ lệ thấp.

***Về triệu chứng lâm sàng:** Theo nghiên cứu của chúng tôi thì triệu chứng thiếu máu chiếm tỷ lệ cao nhất trong 100 trường hợp chỉ có 8 trường hợp thiếu máu nhẹ và hầu hết gặp ở nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi, nhóm còn lại là trung bình và nặng. Chúng tôi đã khảo sát các nguyên nhân khác nhưng không thấy có bệnh lý nào gây nên thiếu máu này.

***Về triệu chứng cận lâm sàng:** Ure là một nitrophoprotein trong máu là sản phẩm của chuyển hóa đạm được đào thải chủ yếu qua thận, ure máu bình thường là 1,7-8,3 mmol/l, khi có suy thận thì nồng độ ure máu tăng. Kết quả

nguyên nhân do viêm bể thận (22,5%); 100% bệnh nhân suy thận mạn đều có biểu hiện thiếu máu, phần lớn biểu hiện thiếu máu nhẹ và trung bình; tăng huyết áp gặp trong 80% trường hợp và phù gập trong 77,5% trường hợp. Nồng độ urê huyết thanh trung bình là $29,46 \pm 14,53$ mmol/l, nồng độ creatinin trung bình $680,48 \pm 350,52$ μ mol/l, mức lọc cầu thận trung bình là $15,58 \pm 6,35$ ml/phút. Nồng độ Hemoglobin trung bình $7,54 \pm 2,12$ g/dl, nồng độ hồng cầu trung bình $2,69 \pm 0,73 \times 10^{12}$ /l, nồng độ Hematocrit trung bình $23,46 \pm 6,55$ /l. Phác đồ điều trị với chế độ ăn giảm đạm, được bổ sung Ketosteril 1viên/5kg/ngày và Erythropoietin tiêm dưới da với liều 50UI/kg/lần 2-3 lần/tuần. Sau 1 tháng điều trị có tác dụng làm tăng số lượng hồng cầu, hemoglobin, hematocrit đồng thời làm giảm ure, creatinin máu.

***Về Creatinin huyết thanh:** Creatinin huyết thanh là một chất có trọng lượng phân tử 113 Daltons có nguồn gốc từ protein của cơ thể, là chất có gần đủ những yêu cầu của một chất lý tưởng để cho độ lọc của cầu thận như sản xuất với nồng độ ổn định trong máu, không gắn với protein huyết tương, lọc qua cầu thận dễ dàng, không tái hấp thu ở ống thận và không chuyển hóa tại thận. Creatinin của cơ thể là chủ yếu, do đó giá trị trung bình của nam cao hơn của nữ vì thông thường trọng lượng cơ thể của nam giới cao hơn nữ giới. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có creatinin huyết thanh là $680,18 \pm 350,52$ mmol/l.

***Về sự thay đổi Hồng cầu, Hematocrit và Hemoglobin:** Hiệu quả điều trị của phác đồ trong nghiên cứu của chúng tôi đã làm cải thiện tình trạng thiếu máu ở bệnh nhân suy thận mạn, bằng chứng là cả 3 yếu tố như Hồng cầu, Hemoglobin và Hematocrit đều tăng. Tuy nhiên, mức độ cải thiện tình trạng thiếu máu chưa đưa về trạng thái bình thường. Như vậy, qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy việc dùng Erythropoietin đã làm tăng số lượng Hồng cầu, Hematocrit và Hemoglobin mà không phải truyền máu.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân suy thận mạn ở độ tuổi dưới 60 chiếm tỷ lệ 65%, tuổi trung bình của bệnh nhân suy thận mạn là $52,35 \pm 17,57$ tuổi; tỷ lệ suy thận mạn ở nam giới là 57,5% và ở nữ là 42,5%. Nguyên nhân suy thận mạn do bệnh lý cầu thận mạn tính chiếm tỷ lệ cao nhất (55%), tiếp đến là

nguyên nhân do viêm bể thận (22,5%); 100% bệnh nhân suy thận mạn đều có biểu hiện thiếu máu, phần lớn biểu hiện thiếu máu nhẹ và trung bình; tăng huyết áp gặp trong 80% trường hợp và phù gập trong 77,5% trường hợp. Nồng độ urê huyết thanh trung bình là $29,46 \pm 14,53$ mmol/l, nồng độ creatinin trung bình $680,48 \pm 350,52$ μ mol/l, mức lọc cầu thận trung bình là $15,58 \pm 6,35$ ml/phút. Nồng độ Hemoglobin trung bình $7,54 \pm 2,12$ g/dl, nồng độ hồng cầu trung bình $2,69 \pm 0,73 \times 10^{12}$ /l, nồng độ Hematocrit trung bình $23,46 \pm 6,55$ /l. Phác đồ điều trị với chế độ ăn giảm đạm, được bổ sung Ketosteril 1viên/5kg/ngày và Erythropoietin tiêm dưới da với liều 50UI/kg/lần 2-3 lần/tuần. Sau 1 tháng điều trị có tác dụng làm tăng số lượng hồng cầu, hemoglobin, hematocrit đồng thời làm giảm ure, creatinin máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Văn Bùi (2005)**, "Ảnh hưởng chế độ ăn giảm đạm cung cấp thêm ketoacid và điều trị thiếu máu bằng r-HuEPO trong điều trị bảo tồn suy thận mạn", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Số 1, trang: 17-21.
2. **Phạm Thị Chài (2004)**, "Nghiên cứu tác dụng của Erythropoietin đối với thiếu máu trên bệnh nhân suy thận mạn chưa lọc máu chu kỳ", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 8, trang: 12-25.
3. **Philip A. Marsden, M.D (2009)**, "Treatment of Anemia in Chronic Kidney Disease-Strategies Based on Evidence", *The New England Journal of Medicine*, November 19, 2009, pp:2089-2090.
4. **Scott D. Solomon, M.D, Hajime Uno (2010)**, "Erythropoietic Response and Outcomes in Kidney Disease and type 2 Diabetes", *N Engl J Med*, 2010, (363), pp: 1146-1155.
5. **Tilman B. Dreke, M.D (2006)**, "Normalization of Hemoglobin Level in Patients with Chronic Kidney Disease and Anemia", November 16, 2006, vol. 355, No. 20, pp: 2071-2084.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA NỒNG ĐỘ NT-proBNP HUYẾT TƯƠNG VỚI MỨC ĐỘ TỔN THƯƠNG MẠCH VÀNH Ở BỆNH NHÂN BỆNH TIM THIẾU MÁU CỤC BỘ MẠN TÍNH

Trương Đình Cẩm¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu mối liên quan giữa nồng độ NT-proBNP máu với mức độ tổn thương động mạch

¹Bệnh viện Quân Y 175

Chịu trách nhiệm chính: Trương Đình Cẩm

Email: truongcam1967@gmail.com

Ngày nhận bài: 30/3/2018

Ngày phản biện khoa học: 26/4/2018

Ngày duyệt bài: 15/5/2018

vành (ĐMV) ở bệnh nhân (BN) bệnh tim thiếu máu cục bộ (BTTMCB) mạn tính. **Đối tượng và Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang, so sánh bệnh - chứng giữa 2 nhóm: 69 BN BTTMCB điều trị nội trú tại khoa Nội tim mạch Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 2/2017 đến tháng 2/2018 và so sánh với 20 người khỏe mạnh, có sự tương đồng về tuổi và giới tính. **Kết quả:** Ở BN BTTMCB, nồng độ NT-proBNP máu tăng dần có ý nghĩa thống kê tương ứng với các mức độ hẹp nhẹ, hẹp vừa, hẹp nặng ĐMV lần lượt là $391,33 \pm 191,67$ pg/ml, $602,09 \pm 580,17$ pg/ml, $2808,72$

$\pm 1935,93\text{pg/ml}$ ($p < 0,05$). Có mối tương quan thuận mức độ vừa giữa NT-proBNP máu với mức độ tổn thương ĐMV ($r = 0,41$, $p < 0,001$). NT-proBNP máu có mối tương quan thuận mức độ khá chặt chẽ đối với thang điểm Gensini đánh giá mức độ của tổn thương ĐMV ($r = 0,64$, $p < 0,001$). **Kết luận:** Biến đổi nồng độ NT-proBNP huyết tương ở BN BTTMCB liên quan có ý nghĩa với mức độ hẹp và tổn thương ĐMV theo thang điểm Gensini.

Từ khóa: Nồng độ NT-proBNP huyết tương, bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính.

SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN PLASMA NT-proBNP CONCENTRATIONS AND THE SEVERITY OF CORONARY ARTERY INJURIES OF PATIENTS WITH CHRONIC ISCHAEMIC HEART DISEASE

Objective: To determine the relationship between the alteration of NT-proBNP concentrations and the severity of coronary artery injuries of chronic ischaemic heart disease patients. **Subjects and Methods:** A prospective describes and case-control study. Comparison between the two groups: 69 patients with chronic ischemic heart disease at cardiovascular hospital 175 from February 2017 to February 2018 and 20 healthy controls, there was similarity in age and gender. **Results:** There was a significant increase in plasma NT-proBNP concentrations among three ischaemic heart disease patient groups with light, moderate and severe coronary artery stenosis ($391,33 \pm 191,67\text{pg/ml}$, $602,09 \pm 580,17\text{pg/ml}$, $2808,72 \pm 1935,93\text{pg/ml}$, $p < 0,05$). Plasma NT-proBNP concentrations were moderately positively correlated with the severity of coronary artery, respectively ($r = 0,41$, $p < 0,001$), and highly positively correlated with Gensini scores ($r = 0,64$, $p < 0,001$). **Conclusion:** The alteration of plasma NT-proBNP concentrations in patients with chronic ischaemic heart disease were significantly associated with narrowing and coronary artery lesions according to Gensini score.

Keywords: Plasma NT-proBNP concentration, chronic ischaemic heart disease

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức y tế thế giới (2018), bệnh tim thiếu máu cục bộ (BTTMCB) cùng với đột quỵ, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và nhiễm khuẩn đường hô hấp dưới là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu với 8,76 triệu người tử vong do BTTMCB trên thế giới năm 2015. B-type natriuretic peptide (BNP) và N-terminal pro-brain natriuretic peptide (NT-proBNP) là chất chỉ điểm sinh học cung cấp thông tin tiên lượng trong dân số chung và trong các bệnh tim, bao gồm cả suy tim, hội chứng mạch vành cấp. Mối quan hệ của NT-proBNP máu với độ nặng của hẹp ĐMV và thiếu máu cơ tim ở BN BTTMCB đã được nhiều nghiên cứu ngoài nước và một số

nghiên cứu tại Việt Nam chỉ ra, trong đó tăng nồng độ NT-proBNP máu góp phần gia tăng mức độ tổn thương, số nhánh ĐMV tổn thương và dẫn đến tăng các biến cố tim mạch [1,3,6]. Nghiên cứu này khảo sát mối liên quan giữa nồng độ NT-proBNP máu với mức độ tổn thương ĐMV ở BN BTTMCB.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 89 người gồm 2 nhóm: 69 BN BTTMCB điều trị nội trú tại khoa Nội tim mạch Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 2/2017 đến tháng 2/2018 thuộc nhóm BN so sánh với 20 người khỏe mạnh thuộc nhóm chứng, có tuổi trung bình và tỷ lệ giới tương đương nhau.

*Tiêu chuẩn lựa chọn:

- **Nhóm chứng:** có triệu chứng lâm sàng nghi ngờ BTTMCB, không mắc thêm bệnh khác, đồng ý tham gia nghiên cứu, được chẩn đoán loại trừ BTTMCB với bằng chứng là không có tổn thương hoặc hẹp ĐMV không ý nghĩa qua chụp ĐMV có thuốc cản quang.

- **Nhóm bệnh:** được chẩn đoán xác định là có BTTMCB (đau thắt ngực ổn định, đau thắt ngực không ổn định, nhồi máu cơ tim cấp) theo tiêu chuẩn của Hiệp hội tim mạch Hoa Kỳ (AHA - American Heart Association) với bằng chứng tổn thương ĐMV có ý nghĩa tối thiểu tại một vị trí (mức độ hẹp $\geq 50\%$ đường kính lòng mạch) qua kết quả chụp ĐMV có thuốc cản quang, đồng ý tham gia nghiên cứu.

*Tiêu chuẩn loại trừ:

- **Nhóm chứng:** Chẩn đoán xác định hay nghi ngờ có BTTMCB, bệnh cơ tim không thiếu máu cục bộ, bệnh van tim, tăng huyết áp, rối loạn nhịp tim, suy tim, đái tháo đường, bệnh lý tâm thần, bệnh tim mạch, thận, nội tiết và chuyển hóa... trong tiền sử hoặc hiện tại. Phụ nữ có thai, đang cho con bú. Không đồng ý tham gia nghiên cứu

- **Nhóm bệnh:** Đang trong tình trạng suy tim mất bù. Rung nhĩ, cuồng nhĩ. Chấn thương tim, chèn ép tim. Viêm cơ tim, bệnh van tim, bệnh cơ tim. Suy hô hấp, viêm phổi, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, lao phổi. Viêm gan virus cấp/đợt cấp viêm gan mạn, xơ gan mất bù. Suy thận cấp/mạn, hội chứng thận hư. Thấp khớp cấp, viêm khớp dạng thấp, bệnh hệ thống. Hội chứng Cushing; Cường aldosterol. Các bệnh lý ác tính; Rối loạn tâm thần. Không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* **Thiết kế nghiên cứu:** tiến cứu, cắt ngang, mô tả so sánh có đối chứng.

- **Đối với nhóm chứng:**

+ Khai thác tiền sử bệnh, khám lâm sàng, xét nghiệm cận lâm sàng, chụp ĐMV cản quang.

+ Sau khi được xác định không mắc BTTMCB và các bệnh lý khác, tiến hành định lượng nồng độ NT-proBNP. Các mẫu xét nghiệm được lấy cùng một lần vào buổi sáng lúc đói (cách xa bữa ăn ít nhất 10 giờ) theo đúng kỹ thuật.

- Đối với nhóm bệnh:

+ Hồi bệnh sử, yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành, khám lâm sàng..

+ Xét nghiệm: huyết học, sinh hóa máu, sinh hóa nước tiểu 11 chỉ tiêu, XQ tim phổi, điện tâm đồ 12 đạo trình, siêu âm tim, điện tâm đồ gắng sức (nếu có chỉ định), chụp ĐMV cản quang như nhóm chứng.

+ Xét nghiệm định lượng nồng độ NT-proBNP máu như nhóm chứng.

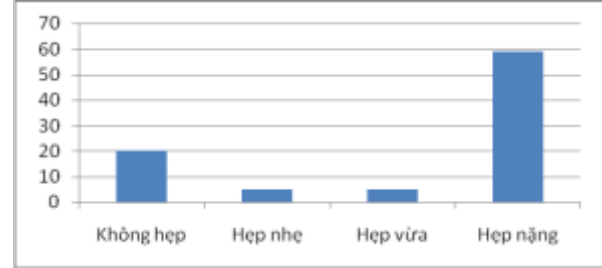
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả chụp động mạch vành (ĐMV)

- Tổn thương 1 nhánh chiếm tỷ lệ cao nhất 42/69 (60,9%), hai nhánh là 14/69 (20,3%) và ba nhánh là 13/69 (18,8%).

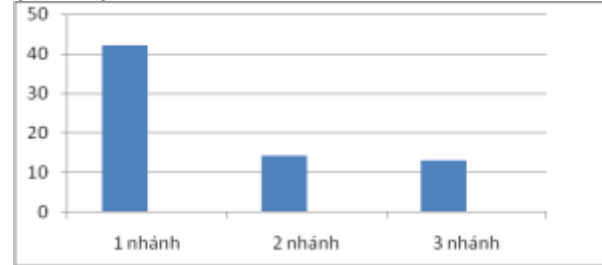
- Vị trí hay bị tổn thương là động mạch liên thất trước (53,9%), tiếp đó là ĐMV phải, thân chung ĐMV trái tuy ít gặp nhưng là tổn thương nặng nhất của ĐMV. Mức độ tổn thương ĐMV

theo thang điểm Gensini > 90 điểm chiếm tỷ lệ cao nhất 33/69 (47,8%).



Hình 1. Phân bố số trường hợp có mức độ tổn thương ĐMV theo phân loại AHA

Tỷ lệ hẹp vừa và hẹp nặng lần lượt là 5/89 (5,61%) và 59/89 (66,29%), như vậy tổng của mức độ hẹp ĐMV (nhẹ và vừa) \geq 50% là 64/89 (71,9%).



Hình 2. Phân bố số nhánh ĐMV bị tổn thương của bệnh nhân

3.2. Tương quan và mối liên quan nồng độ NT-proBNP với tổn thương ĐMV

Bảng 1. Nồng độ NT-proBNP và mức độ hẹp ĐMV theo phân loại củaAHA

Giá trị	Nồng độ	n	%	NT-proBNP ($\bar{x} \pm SD$)	p
Nhóm chứng		20		295,21 \pm 282,27	
Hẹp nhẹ		5	7,25	391,32 \pm 191,67	> 0,05
Hẹp vừa		5	7,25	602,09 \pm 580,16	> 0,05
Hẹp nặng		59	85,5	2808,72 \pm 1935,93	< 0,05

Nồng độ NT-proBNP càng cao khi mức độ tổn thương ĐMV càng nặng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Có sự tương quan thuận mức độ khá chặt giữa nồng độ NT-proBNP máu và mức độ tổn thương ĐMV theo thang điểm Gensini với $r = 0,64$, $p < 0,001$.

Bảng 2. Nồng độ NT-proBNP với số nhánh ĐMV bị tổn thương

Số nhánh hẹp	Nồng độ	n	%	NT-proBNP ($\bar{x} \pm SD$)	p
Nhóm chứng		20		295,21 \pm 282,27	
1 nhánh		42	60,9	1621,87 \pm 2282,44	> 0,05
2 nhánh		14	20,3	1958,37 \pm 1232,30	> 0,05
3 nhánh		13	18,5	2472,75 \pm 1609,31	> 0,05

Nồng độ NT-proBNP tăng dần theo số nhánh ĐMV tổn thương, số nhánh ĐMV hẹp càng nhiều thì nồng độ NT-proBNP càng cao. Tuy nhiên sự khác biệt về nồng độ NT-proBNP máu giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3. Tương quan giữa nồng độ NT-proBNP máu với mức độ tổn thương ĐMV (mức độ hẹp)

Nồng độ NT-proBNP	r	p
Mức độ tổn thương ĐMV	0,42	< 0,001

Tương quan giữa giữa NT-proBNP với mức độ tổn thương ĐMV là tương quan thuận, mức độ tương quan vừa $r = 0,42$.

Bảng 4. Sự gia tăng nồng độ NT-proBNP với mức độ hẹp ĐMV $\geq 70\%$

NT-proBNP	Hẹp ĐMV $\geq 70\%$ (n = 59)		OR	p
	Có	Không		
\bar{x} ($\geq 295,21$ pg/ml)	58 (98,3%)	1 (1,7%)	58,0	< 0,001
$\bar{x} \pm SD$ ($\geq 577,48$ pg/ml)	58 (98,3%)	1 (1,7%)	87,0	< 0,001

Nồng độ NT-proBNP $\geq 295,21$ pg/ml thì có nguy cơ bị hẹp ĐMV $\geq 70\%$ cao hơn gấp 58 lần. Nồng độ NT-proBNP $\geq 577,48$ pg/ml thì có nguy cơ hẹp ĐMV $\geq 70\%$ cao hơn gấp 87 lần với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$)

Bảng 5. Sự gia tăng nồng độ NT-proBNP với tổn thương nhiều nhánh ĐMV

NT-proBNP (pg/ml)	Tổn thương ĐMV ≥ 2 nhánh (n = 59)		p
	Có	Không	
\bar{x} ($\geq 295,21$ pg/ml)	27 (100%)	0 (0 %)	< 0,05
$\bar{x} \pm SD$ ($\geq 577,48$ pg/ml)	26 (96,3%)	1 (3,7%)	< 0,05

Nhận xét: Nồng độ NT-proBNP $\geq 295,21$ pg/ml thì có khả năng bị tổn thương ĐMV ≥ 2 nhánh. Nồng độ NT-proBNP $\geq 577,48$ pg/ml thì nguy cơ này cao hơn gấp 4,3 lần (OR = 4,3) với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm tổn thương động mạch vành:

Kết quả chụp ĐMV trong nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ mức độ hẹp $\geq 50\%$ là 71,90% cũng tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Thượng Nghĩa (2009) [1] tỷ lệ là 62,05%, của Lê Mộng Toàn (2010) [3] tỷ lệ là 68%. Vị trí ĐMV hay tổn thương nhất trong nghiên cứu chúng tôi là động mạch liên thất trước của ĐMV trái (53,9%), kế đó là ĐMV phải (30,3%). Thân chung ĐMV trái chiếm tỷ lệ thấp hơn (6,7%) nhưng là tổn thương nặng nhất của ĐMV. Kết quả này tương đồng với kết quả của những nghiên cứu trên. Tương tự như vậy về số nhánh ĐMV bị hẹp là 1 nhánh chiếm tỷ lệ cao nhất (60,9%), tổn thương 2 nhánh và 3 nhánh tỷ lệ thấp hơn lần lượt là 20,3% và 18,8%. Tuy có tỷ lệ thấp hơn, nhưng tổn thương cả 3 nhánh ĐMV là tổn thương nặng.

4.2. Mối liên quan giữa nồng độ NT-proBNP máu với mức độ tổn thương động mạch vành

4.2.1. Tương quan nồng độ NT-proBNP máu với mức độ tổn thương động mạch vành theo AHA: Nghiên cứu này với định nghĩa hẹp nặng mạch vành khi hẹp $\geq 70\%$ (hoặc hẹp thân chung $\geq 50\%$), nồng độ NT-proBNP là $2808,72 \pm 1935,93$ pg/ml, cao hơn hẳn hai nhóm hẹp nhẹ và hẹp vừa, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), tương tự như trong nghiên cứu của Yesil M (2006). Tăng nồng độ BNP hoặc NT-proBNP đã được báo cáo ở những BN nhồi máu cơ tim ST chênh lên và hội chứng vành cấp không ST chênh.

Cơ chế của tăng sản xuất Natriuretic peptide trong thiếu máu cơ tim là chưa rõ ràng. Tăng BNP và NT-proBNP có thể giải thích do đáp ứng

của cơ tim thiếu máu do tăng áp lực đổ đầy thất trái, điều này hiện diện sớm trong quá trình thiếu máu cơ tim. Sự phóng thích trực tiếp của các peptide này từ cơ tim thiếu máu còn bền vững và có thể góp phần làm tăng NT-proBNP. Do đó, tăng NT-proBNP lúc nghỉ có lẽ do hiệu quả tích lũy, phản ánh tình trạng thiếu máu cơ tim hàng ngày. Cơ chế liên quan đến tăng áp lực thành thất có thể kích thích thất trái tiết natriuretic peptide thông qua nhiều cơ chế phân tử. Kết quả chúng tôi cho thấy tương quan giữa NT-proBNP với mức độ tổn thương ĐMV là tương quan thuận, mức độ tương quan vừa, $r = 0,42$, $p < 0,001$. Tăng nồng độ NT-proBNP có liên quan chặt chẽ với mức độ hẹp ĐMV: NT-proBNP chỉ tăng rõ khi hẹp mạch vành $\geq 70\%$ hoặc hẹp thân chung LM $\geq 50\%$. Nồng độ NT-proBNP ở nhóm hẹp trung bình tăng nhẹ so với nhóm BN hẹp nhẹ [7].

4.2.2 Tương quan giữa NT-proBNP với số nhánh ĐMV tổn thương, vị trí hẹp mạch vành

Nhiều nghiên cứu đã thông báo có sự tương quan giữa NT-proBNP và số nhánh mạch vành tổn thương, vị trí của hẹp mạch vành. Trong nghiên cứu này, chúng tôi cũng nhận thấy số nhánh ĐMV hẹp càng nhiều thì nồng độ NT-proBNP càng cao, tuy vậy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Hiện nay, cơ chế sinh lý bệnh cho thấy kích thích phóng thích natriuretic peptide là do căng thành thất trái. Trong mô hình thực nghiệm, sản xuất và phóng thích BNP nhanh chóng tăng sau khi gây thiếu máu cơ tim. Giai đoạn ngắn của tắc nghẽn ĐMV trong nong mạch vành gây ra phóng thích nhanh chóng BNP và BN có dấu hiệu thiếu máu cơ tim gây ra trong nghiệm pháp siêu âm tim Dobutamine làm tăng cao giá trị BNP cơ bản (Bibbin K et al). Để đánh giá rõ hơn mức độ thiếu máu cơ tim, ta không chỉ

đánh giá độ hẹp, số nhánh hẹp mà còn phải đánh giá toàn diện tất cả các tổn thương mạch vành.

4.2.3. Tương quan giữa nồng độ NT-proBNP với mức độ tổn thương ĐMV theo thang điểm Gensini: Điểm Gensini đánh giá tương đối toàn diện tổn thương mạch vành, ước lượng qui mô của bệnh mạch vành bằng cách đo phạm vi thiếu máu cơ tim, được tính toán bởi độ trầm trọng của mỗi nhánh mạch vành theo mức độ hẹp của đường kính mạch vành và tầm quan trọng của vị trí tổn thương ĐMV. Trong nghiên cứu này, dùng thang điểm Gensini để đánh giá, kết quả cho thấy mức độ tổn thương ĐMV > 90 điểm chiếm tỷ lệ cao nhất (47,8%). Các natriuretic peptide và thụ thể của nó hiện diện dồi dào trong màng xơ vữa ĐMV người [4], gợi ý rằng chính xơ vữa động mạch có thể kích thích tổng hợp và phóng thích natriuretic peptide. Kết quả nghiên cứu này cho thấy có sự tương quan thuận giữa nồng độ NT-proBNP với điểm Gensini, hệ số tương quan $r = 0,64$ và $p < 0,001$, phù hợp với tác giả gần đây [1,3].

4.2.4. Giá trị chẩn đoán của NT-proBNP trong BT TMCB qua chụp ĐMV: Cả hai BNP và NT-proBNP được xem là dấu ấn sinh học có độ nhạy cao và hiệu quả khi tầm soát suy tim ở BN có triệu chứng so sánh các dấu ấn sinh học NT-proBNP, hs-CRP và GGT tiên đoán cho mức độ trầm trọng bệnh mạch vành. Peer nhận thấy rằng trong số các dấu ấn sinh học này, NT-proBNP là dấu ấn tốt nhất, nhưng NT-proBNP không có giá trị tiên đoán khi thêm vào các yếu tố nguy cơ truyền thống cho dự đoán bệnh mạch vành ý nghĩa qua chụp mạch vành.

Trong nghiên cứu này của chúng tôi, nồng độ trung bình NT-proBNP trong nhóm chứng là $295,21 \pm 282,27$ pg/ml, cao hơn giá trị điểm cắt thường xuyên sử dụng là 125 pg/ml. Chúng tôi tìm thấy một liên kết độc lập, nhưng yếu của NT-proBNP với bệnh mạch vành, nồng độ NT-proBNP tăng lên đáng kể trong nhóm BN có hẹp mạch vành có ý nghĩa khi chụp mạch vành so với nhóm BN không hẹp mạch vành, khẳng định những công bố trước đó và hỗ trợ cho giả thuyết các giai đoạn tái phát thiếu máu cục bộ cơ tim như là sự kích thích tổng hợp và phóng thích BNP độc lập với chức năng thất trái và độ lọc cầu thận. Nghiên cứu cho thấy có sự liên kết độc lập giữa NT-proBNP và bệnh mạch vành ba nhánh nhiều khả năng bị thiếu máu cơ tim tái phát. Tuy nhiên, mức độ trầm trọng của bệnh mạch vành không phải là yếu tố độc lập ảnh hưởng đến nồng độ NT-proBNP trong mô hình hồi quy đa biến. Vì vậy, không chắc là dấu ấn sinh học này là cần thiết cho BN có nhu cầu can thiệp mạch

vành. Tăng nồng độ NT-proBNP có tương quan mức độ cao với bệnh mạch vành hẹp có ý nghĩa lâm sàng được xác định bằng chụp mạch vành, bất chấp yếu tố gây nhiễu.

4.2.5. Giá tăng nồng độ NT-proBNP máu và ĐTNKÔĐ: Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ NT-proBNP tăng theo mức độ trầm trọng của triệu chứng lâm sàng. Khi tìm hiểu mối liên quan của nồng độ NT-proBNP và nguy cơ bị ĐTNKÔĐ, cho thấy ở ngưỡng nồng độ NT-proBNP $\geq 295,21$ pg/ml thì có nguy cơ bị ĐTNKÔĐ cao hơn gấp 0,2 lần. Với ngưỡng nồng độ NT-proBNP $\geq 577,48$ pg/ml thì khả năng này tăng lên gấp 0,4 lần với $p > 0,05$. Kết quả này cho thấy nồng độ NT-proBNP tăng càng cao thì mức độ dự báo nguy cơ bị ĐTNKÔĐ càng có giá trị. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi gần giống với kết quả nghiên cứu gần đây [2].

4.2.6. Giá tăng nồng độ NT-proBNP máu và mức độ tổn thương ĐMV: Trong nghiên cứu của chúng tôi với định nghĩa hẹp nặng mạch vành khi hẹp $\geq 70\%$ (hoặc hẹp thân chung $\geq 50\%$), nồng độ NT-proBNP là $2808,72 \pm 1935,93$ pg/ml, cao hơn hẳn hai nhóm hẹp nhẹ và hẹp vừa, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), tương tự như trong nghiên cứu gần đây [6].

Tỷ suất chênh tương đối giữa NT-proBNP và hẹp $\geq 70\%$ ĐMV: Tất cả các nghiên cứu đều đưa ra giả thiết cho rằng thiếu máu cơ tim cục bộ gây ra sản xuất và phóng thích NT-proBNP. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự tương quan của gia tăng nồng độ NT-proBNP với dự báo nguy cơ mức độ hẹp ĐMV là rõ nét: Ở ngưỡng nồng độ NT-proBNP $\geq 295,21$ pg/ml thì có nguy cơ hẹp ĐMV $\geq 70\%$ cao hơn gấp 58 lần với $p < 0,001$. Với ngưỡng nồng độ NT-proBNP $\geq 577,48$ pg/ml thì nguy cơ này tăng lên 87 lần, với $p < 0,001$.

Tỷ suất chênh tương đối giữa NT-proBNP và hẹp ĐMV ≥ 2 nhánh: Trong nghiên cứu của chúng tôi, phân tích sự tương quan giữa nồng độ NT-proBNP với dự báo nguy cơ tổn thương ≥ 2 nhánh ĐMV thấy: Ở ngưỡng nồng độ NT-proBNP $\geq 295,21$ pg/ml thì có nguy cơ bị tổn thương ĐMV ≥ 2 nhánh. Với ngưỡng nồng độ NT-proBNP $\geq 577,48$ pg/ml thì nguy cơ bị tổn thương ≥ 2 nhánh ĐMV tăng lên gấp 4,3 lần (OR = 4,3) với $p < 0,05$. Như vậy, tăng nồng độ NT-proBNP dự báo tổn thương nhiều nhánh ĐMV.

V. KẾT LUẬN

Nồng độ NT-proBNP máu tương ứng với các mức độ hẹp nhẹ, hẹp vừa, hẹp nặng tăng dần có ý nghĩa thống kê và có mối tương quan thuận với mức độ tổn thương ĐMV, với thang điểm

Gensini đánh giá mức độ của tổn thương ĐMV.

Nguy cơ hẹp ĐMV $\geq 70\%$ tăng theo sự gia tăng của nồng độ NT-proBNP là 58 lần và 87 lần tương ứng với ngưỡng NT-proBNP $\geq 295,21\text{pg/ml}$ và $\geq 577,48\text{pg/ml}$ ($p < 0,001$). Nguy cơ tổn thương ĐMV ≥ 2 nhánh tăng theo sự gia tăng của nồng độ NT-proBNP là 4,3 lần tương ứng với ngưỡng NT-proBNP $\geq 295,21\text{pg/ml}$ và $\geq 577,48\text{pg/ml}$ với $p < 0,05$. Nguy cơ bị ĐTNKÔĐ tăng theo sự gia tăng của nồng độ NT-proBNP: là 0,2 lần và 0,4 lần tương ứng với ngưỡng NT-proBNP $\geq 295,21\text{pg/ml}$ và $\geq 577,48\text{pg/ml}$ ($p > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thương Nghĩa (2009)** Mỗi liên quan giữa các phương pháp chẩn đoán kinh điển bệnh động mạch vành mạn tính với chụp động mạch vành cản quang. Chuyên đề tim mạch số 1/2009 (3/2009), Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, tr 218-226.
2. **Trương Lê Quyên (2009)** Khảo sát mối liên quan giữa nồng độ B-type natriuretic peptide huyết tương và tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân

hội chứng mạch vành cấp. Luận văn thạc sĩ y học.

3. **Lê Mộng Toàn (2010)** Nồng độ N-Terminal-proBrain Natriuretic Peptide huyết tương (NT-proBNP) ở bệnh nhân bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ CK II chuyên ngành Nội-Lão khoa.
4. **Casco VH, Veinot JP, Kuroski de Bold ML, et al. (2002)** Natriuretic peptide system gene expression in human coronary arteries. J Histochem Cytochem, 50(6), pp 799-809
5. **D'Souza SP, Yellon DM, Martin C, et al. (2003)** B-type natriuretic peptide limits infarct size in rat isolated hearts via KATP channel opening. Am J Physiol Heart Circ Physiol, 284(5), pp H1592-1600
6. **Dirk AAM Schellings, Ahmet Adiyaman Jan-Henk E Dambrink et al. (2016)**, Predictive value of NT-proBNP for 30-day mortality in patients with non-ST-elevation acute coronary syndromes: a comparison with the GRACE and TIMI risk scores, Vasc Health Risk Manag. 12: 471-476
7. **Kragulund C, Gronning B, Kober L, et al. (2005)** N-terminal pro-B-type natriuretic peptide and long-term mortality in stable coronary heart disease. N Engl J Med, 352(7), pp 666-675

VỊ TRÍ, HÌNH THÁI HỌC VÀ GIAI ĐOẠN CỦA UNG THƯ DẠ DÀY ĐƯỢC GHI NHẬN TẠI HÀ NỘI GIAI ĐOẠN 2009-2013

Phan Văn Cương¹, Trần Văn Thuấn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả vị trí, hình thái học và giai đoạn của ung thư dạ dày theo phương pháp ghi nhận ung thư tại Thành phố Hà Nội giai đoạn 2009-2013. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả dựa trên việc ghi nhận ung thư dạ dày tại quần thể người Hà Nội. **Kết quả:** Đa số các trường hợp được ghi nhận ung thư dạ dày là không rõ vị trí (86,1%). Ung thư hang vị chiếm tỷ lệ khá cao (6,7%), tiếp theo là ung thư bờ cong nhỏ (2,5%) và ung thư tâm vị chiếm 2%. Không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê về vị trí mắc ung thư dạ dày giữa nam và nữ. Đa số các trường hợp mới mắc ung thư dạ dày đều là những khối u mới không xác định được hình thái học. Ung thư biểu mô tuyến chiếm 28,7%, ung thư biểu mô tế bào nhân chiếm 6,7% và có 5,3% là ung thư dạ dày khác. Không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê về phân bố hình thái của ung thư dạ dày giữa nam và nữ. Chỉ có 7,8% số trường hợp ung thư dạ dày có ghi nhận được giai đoạn. Trong số những trường hợp ghi nhận được, giai đoạn muôn (IV) chiếm tỷ lệ cao nhất (59,7%), tiếp theo là giai đoạn IIIA (20,6%) và giai đoạn II (12,1%). **Kết luận và kiến nghị:** Phương pháp ghi nhận ung thư dạ dày còn nhiều hạn chế

trong việc phát hiện vị trí, hình thái học, giai đoạn ung thư dạ dày. Để có được số liệu chính xác cần tăng cường đào tạo về hệ thống thông tin, báo cáo và thống kê y tế của các cơ sở y tế.

Từ khóa: Ung thư dạ dày, vị trí, hình thái học, giai đoạn, Hà Nội

SUMMARY

TOPOGRAPHY, MORPHOLOGY AND STAGES OF GASTRIC CANCER BY REGISTRY METHOD IN HANOI 2009-2013

Objective: To describe the topography, morphology and stages of gastric cancer in Hanoi City, 2009-2013 through Cancer Registry Method. **Method:** The descriptive study was carried out to collect information of topography, morphology and stages of gastric cancer by using Cancer Registry Method. **Results:** Almost all of gastric cancer were not defined the location (86.1%), gastric cancer in antrum (6.7%), lesser curvature (2.5%) and in cardia (2%). More than half of cases were not defined the morphology types (56.3%). Rate of adenocarcinoma was 28.8%, tubular adenocarcinoma was 6.7% and 5.3% was other types. The stage of gastric cancer registry was 7.8%, in which stage IV was 59.7%, stage III was 20.6% and stage was 12.1%. There was no difference in gastric cancer topography, morphology and stages between male and female. **Conclusion and recommendation:** The Cancer Registry Method is limited in determination of gastric cancer topography and morphology. In order to have valid information of topography, morphology

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Bệnh viện K Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Phan Văn Cương

Email: cuongntb2013@gmail.com

Ngày nhận bài: 7/4/2018

Ngày phản biện khoa học: 4/5/2018

Ngày nhận bài: 15/5/2018

and stages of gastric cancer, it should be more training provision to health reporting system in health facilities.

Key works: Gastric cancer, topography, morphology, stages, Hanoi.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo kết quả ghi nhận ung thư tại Việt nam từ năm 1997 đến nay, ung thư dạ dày ở Hà Nội và Thừa thiên-Huế, ung thư dạ dày đứng hàng thứ 3 sau ung thư phổi và gan [1],[2]. Vị trí của ung thư dạ dày thường có ở hang vị và bờ cong nhỏ; tuy nhiên ung thư dạ dày cũng xuất hiện ít ở một số vị trí khác như tâm vị, bờ cong lớn và môn vị. Theo Feller và cộng sự nghiên cứu tại Thụy Sĩ, vị trí ung thư dạ dày ở nam giới, ung thư dạ dày xuất hiện tại tâm vị khá cao (29%), ở vị trí khác (48,1%) và ở nhiều vị trí (22,9%) [3]. Cũng theo nghiên cứu trên, vị trí ung thư dạ dày ở nữ giới, ung thư dạ dày xuất hiện tại tâm vị tương đối thấp (14,2%), ở vị trí khác (58,6%) và ở nhiều vị trí (27,2%) [3]. Về hình thái học, theo Viện Nghiên cứu Ung thư Quốc tế, ung thư dạ dày thể adenocarcinoma chiếm tỷ lệ rất cao (85%) [4]. Tại Việt Nam, theo Phạm Duy Hiến và cộng sự, tỷ lệ ung thư dạ dày ở hang vị-tiền môn vị là cao nhất (61,9%), tiếp theo là bờ cong nhỏ (30,9%) và bờ cong lớn (4,8%) và tâm phình vị (2,4%) [5]. Theo Nguyễn Ngọc Hùng, tỷ lệ ung thư dạ dày ở hang-môn vị là cao nhất (61,9%) và ung thư biểu mô chiếm tỷ lệ 99%, trong đó 50,7% là ung thư biểu mô tuyến ống nhỏ, 16,7% là ung thư biểu mô không biệt hoá, 14% là ung thư biểu mô tuyến nhày, 12,3% là ung thư biểu mô tế bào nhẵn, 5% là ung thư biểu mô tuyến nhú, 0,3% là ung thư biểu mô tuyến gai và 1% là các hình thái khác [6]. Một số nghiên cứu tại Việt Nam có chẩn đoán giai đoạn bệnh ung thư dạ dày chủ yếu là ở bệnh viện (giai đoạn III: 61,3-65,1%) chứ chưa có nghiên cứu nào chẩn đoán giai đoạn thông qua ghi nhận ung thư. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm

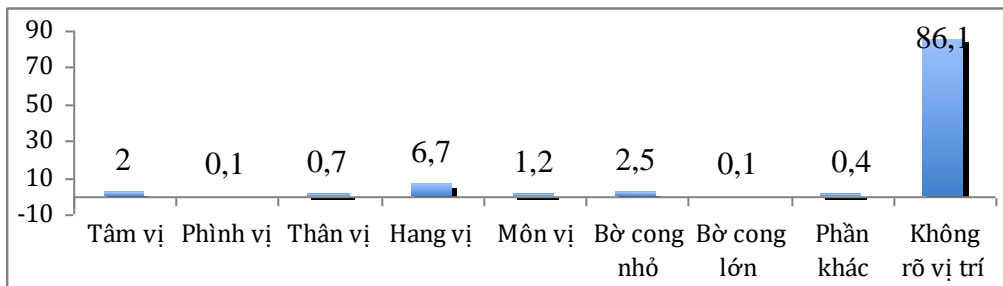
mô tả vị trí, hình thái học và giai đoạn của ung thư dạ dày theo phương pháp ghi nhận ung thư tại Thành phố Hà Nội giai đoạn 2009-2013 cũng như cung cấp bằng chứng về độ tin cậy cũng như độ chính xác của phương pháp ghi nhận ung thư dạ dày.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân ung thư được chẩn đoán là ung thư dạ dày lần đầu tiên trong giai đoạn 2009-2013. Các bệnh nhân này được chẩn đoán tại các bệnh viện có khả năng chẩn đoán xác định là ung thư dạ dày. Tất cả bệnh nhân này đều sống trên địa bàn Thành phố Hà Nội trong giai đoạn 2009-2013. Ghi nhận ung thư dạ dày được tiến hành theo nhiều bước khác nhau. Bước 1 cần xác định ghi nhận ung thư dạ dày tại cộng đồng (thu thập số liệu tại cộng đồng). Bước 2 là xác định nguồn số liệu: sổ sách và báo cáo tại các cơ sở điều trị công và ngoài công lập, sổ bảo hiểm, các chương trình phát hiện sớm ung thư, các thống kê tử vong, các nhà dưỡng lão, điều dưỡng, trạm y tế xã. Bước 3 là xác định nhóm thông tin cần thiết cần thu thập, các thông tin về bệnh cần ghi nhận theo phân loại bệnh tật quốc tế lần thứ 10. Bước 4 là loại trùng lặp, loại trừ những bệnh nhân đã được ghi nhận và những bệnh nhân không thuộc địa bàn Thành phố Hà Nội. Bước 5 là bước quan trọng nhất bao gồm: định nghĩa ca bệnh và thời gian mắc, vị trí và hình thái học, kiểm tra chất lượng số liệu cả về chất lượng và số lượng thông tin. Số liệu được phân tích và trình bày theo phân bố vị trí, hình thái học và giai đoạn của ung thư dạ dày. Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Hà Nội và của Bệnh viện K Hà Nội cho phép tiến hành nghiên cứu nhằm đảm bảo tính khoa học, khả thi và đạo đức trong nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Vị trí ung thư dạ dày



Biểu đồ 1. Phân bố vị trí mắc ung thư dạ dày chung cho cả nam và nữ tại Hà Nội

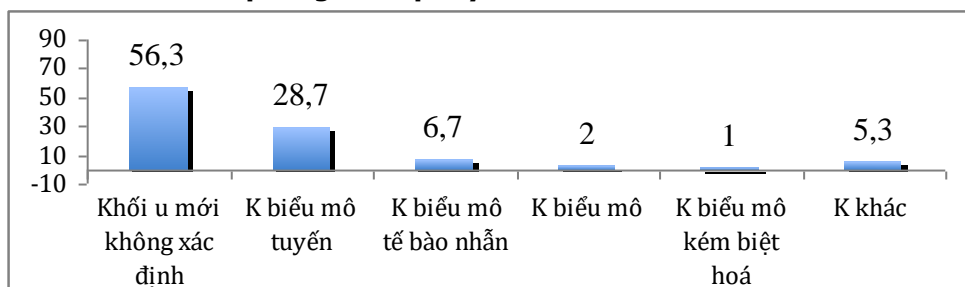
Biểu đồ trên cho thấy sự phân bố của các vị trí mắc ung thư dạ dày. Đa số các trường hợp được ghi nhận ung thư dạ dày là không rõ vị trí (86,1%). Ung thư hang vị chiếm tỷ lệ khá cao (6,7%), tiếp theo là ung thư bờ cong nhỏ (2,5%).

Bảng 1. Phân bố vị trí mắc ung thư dạ dày theo giới

Vị trí ung thư dạ dày	Nam		Nữ		P
	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %	
Tâm vị	104	2,4	28	1,2	>0,05
Phình	9	0,2	0	0	-
Thân vị	35	0,8	15	0,6	>0,05
Hang vị	274	6,3	177	7,5	>0,05
Môn vị	51	1,2	32	1,4	>0,05
Bờ cong nhỏ	115	2,7	55	2,3	>0,05
Bờ cong lớn	5	0,1	3	0,1	>0,05
Phần khác	17	0,4	10	0,4	>0,05
Không rõ vị trí	3722	85,9	2035	86,4	>0,05

Vị trí mắc ung thư dạ dày ở hang vị và ở bờ cong nhỏ vẫn là cao nhất ở cả nam và nữ (hang vị: 6,3% và 7,5%; bờ cong nhỏ: 2,7% và 2,3%). Đặc biệt, tỷ lệ ung thư dạ dày không rõ vị trí vẫn cao nhất cả ở nam và nữ (85,9% và 86,4%).

3.2. Đặc điểm hình thái học ung thư dạ dày



Biểu đồ 2. Phân bố hình thái học ung thư dạ dày

Biểu đồ trên cho thấy sự phân bố về hình thái học của ung thư dạ dày. Đa số các trường hợp mới mắc ung thư dạ dày đều là những khối u mới không xác định được hình thái học (56,3%). Ung thư biểu mô tuyến chiếm 28,7%, ung thư biểu mô tế bào nhân chiếm 6,7% và có 5,3% là ung thư dạ dày khác.

Bảng 2. Phân bố hình thái ung thư dạ dày theo giới

Vị trí ung thư dạ dày	Nam		Nữ		P
	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %	
Khối u mới không xác định	2424	56,0	1342	57,0	>0,05
K biểu mô tuyến	1252	28,9	665	28,2	>0,05
K biểu mô tế bào nhân	274	6,3	177	7,5	>0,05
K biểu mô	99	2,3	35	1,5	>0,05
K biểu mô kém biệt hoá	46	1,1	21	0,9	>0,05
K biểu mô nang tuyến nhày	76	1,8	42	1,8	>0,05
K khác	161	3,6	73	3,1	>0,05

Bảng trên cho thấy sự phân bố về hình thái của ung thư dạ dày ở nam và nữ. Ung thư biểu mô tuyến vẫn chiếm tỷ lệ cao cả ở nam và nữ (28,9% và 28,2%), tiếp theo là ung thư biểu mô tế bào nhân (6,3% và 7,5%). Không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê về phân bố đặc điểm hình thái học của ung thư dạ dày giữa nam và nữ.

3.3. Giai đoạn ung thư dạ dày

Bảng 3. Phân bố giai đoạn của ung thư dạ dày tại Hà Nội, 2009-2013

Giai đoạn	Số lượng	Tỷ lệ %
Ghi nhận được: Có	519	7,8
Không	6168	92,2
Trong số ghi nhận được, giai đoạn:		
Giai đoạn 0	3	0,6
Giai đoạn IA	11	2,1
Giai đoạn IB	2	0,4
Giai đoạn II	63	12,1
Giai đoạn IIIA	107	20,6

Giai đoạn IIIB	23	3,9
Giai đoạn IV	310	59,7
Tổng	519	100,0

Bảng trên cho thấy phân bố giai đoạn của những trường hợp ung thư dạ dày được ghi nhận. Chỉ có 519/6687 (7,8%) số trường hợp ung thư dạ dày có ghi nhận được giai đoạn. Trong số những trường hợp ghi nhận được, giai đoạn muộn (IV) chiếm tỷ lệ cao nhất (59,7%), tiếp theo là giai đoạn IIIA (20,6%) và giai đoạn II (12,1%).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số các trường hợp được ghi nhận ung thư dạ dày là không rõ vị trí (86,1%). Ung thư hang vị chiếm tỷ lệ khá cao (6,7%), tiếp theo là ung thư bờ cong nhỏ (2,5%) và ung thư tâm vị chiếm 2%. Không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê về vị trí mắc ung thư dạ dày giữa nam và nữ. Một nghiên cứu trên thế giới trên 15.848 ca mắc ung thư dạ dày giai đoạn 1982-2011 cho thấy ở nam giới, ung thư dạ dày xuất hiện tại tâm vị khá cao (29%), ở vị trí khác (48,1%) và ở nhiều vị trí (22,9%)[3]. Cũng theo nghiên cứu trên, ở nữ giới, ung thư dạ dày xuất hiện tại tâm vị tương đối thấp (14,2%), ở vị trí khác (58,6%) và ở nhiều vị trí (27,2%)[3]. Trong nghiên cứu này việc mô tả vị trí của ung thư dạ dày rất khác với kết quả nghiên cứu của chúng tôi, do vậy khó có thể so sánh về vị trí xuất hiện ung thư dạ dày. Theo báo cáo của Viện Nghiên cứu Ung thư Quốc tế và Tổ chức Y tế Thế giới, vị trí của ung thư dạ dày cũng tập trung chủ yếu ở hang vị và bờ cong nhỏ (> 80%), còn ở các vị trí khác tỷ lệ xuất hiện ung thư dạ dày thấp hơn [4]. Tại Việt Nam, một số tác giả cũng đã nghiên cứu về vị trí xuất hiện ung thư dạ dày. Kết quả nghiên cứu cho thấy vị trí xuất hiện ung thư dạ dày chủ yếu cũng ở hang vị (>62%), tiếp theo là bờ cong nhỏ (>30%) [5],[6],[7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả trên và của Viện Nghiên cứu Ung thư Quốc tế.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy đa số các trường hợp mới mắc ung thư dạ dày đều là những khối u mới không xác định được hình thái học (56,1%). Ung thư biểu mô tuyến chiếm 28,7%, ung thư biểu mô tế bào nhẵn chiếm 6,7% và có 5,3% là ung thư dạ dày khác. Các nghiên cứu trên thế giới cũng như ở Việt Nam cũng cho kết quả là ung thư biểu mô dạ dày là cao nhất (>95%) [4], trong đó ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất (>60%) [6],[7].

Với gần 7000 trường hợp mắc ung thư dạ dày trong vòng 5 năm được ghi nhận tại Hà Nội, chỉ có 7,8% là có ghi nhận được giai đoạn ung thư dạ dày, trong số đó giai đoạn IV chiếm tỷ lệ cao nhất (59,7%), tiếp theo là giai đoạn IIIA (20,6%) và giai đoạn II (12,1%).

Tuy nhiên, có một vấn đề cần thảo luận ở đây, đó là khi dựa vào kết quả của phương pháp ghi nhận ung thư tại Việt Nam cũng như tại Hà Nội thì sẽ gặp sai số hệ thống trong việc xác định vị trí, đặc điểm hình thái học và giai đoạn của ung thư dạ dày. Do tỷ lệ không xác định được vị trí của ung thư dạ dày quá cao (86,1%), không xác định được đặc điểm về hình thái học cao (56,3%), và chỉ có 7,8% ghi nhận được giai đoạn của ung thư dạ dày. Đây cũng là nhược điểm của phương pháp ghi nhận ung thư quần thể. Tại bệnh viện khi bệnh nhân được chẩn đoán ung thư, các thông tin về vị trí, đặc điểm hình thái đều được ghi lại trong bệnh án. Tuy nhiên, những ca bệnh ung thư dạ dày có thể được ghi nhận trước điều trị chưa xác định được giai đoạn hoặc hồ sơ không ghi giai đoạn ung thư dạ dày. Do vậy, số liệu từ bệnh án của bệnh nhân sẽ chính xác hơn nhiều số liệu từ ghi nhận quần thể. Do vậy, việc kết hợp ghi nhận ung thư quần thể và ghi nhận ung thư bệnh viện cần được phối hợp với nhau để cung cấp những bằng chứng có giá trị về ung thư dạ dày.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Vị trí ung thư dạ dày ghi nhận được có 86,1% không rõ vị trí, ung thư hang vị chiếm tỷ lệ cao nhất (6,7%), tiếp đến là ung thư bờ cong nhỏ (2,5%), ung thư tâm vị (2%), còn các vị trí khác ít gặp. Hình thái học của ung thư dạ dày ghi nhận có 56,1% không rõ hình thái, trong số ghi nhận được thì ung thư biểu mô tuyến dạ dày chiếm tỷ lệ cao nhất (28,7%), ung thư biểu mô tế bào nhẵn 6,7% và có 5,3% là các hình thái khác. Không có sự khác biệt về phân bố hình thái ung thư dạ dày theo giới. Chỉ có 7,8% trường hợp ung thư dạ dày được ghi nhận giai đoạn ung thư. Trong đó giai đoạn muộn (IV) chiếm tỷ lệ cao nhất (59,7%), giai đoạn IIIA (20,6%), giai đoạn II (12,1%). Các giai đoạn khác chiếm tỷ lệ rất thấp. Để có được số liệu chính xác hơn cần tăng cường đào tạo về hệ thống thông tin báo cáo và thống kê y tế của các cơ sở y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bùi Diệu (2014). Báo cáo tình hình hoạt động phòng chống ung thư giai đoạn 2011-2014 thuộc

- Chương trình Mục tiêu Quốc gia về Y tế. Tạp chí Ung thư học Việt Nam. Số 2/2014.
- Nguyễn Dung và CS (2010).** Báo cáo kết quả thực hiện dự án quốc gia về phòng chống ung thư 2008-2010 tại tỉnh Thừa thiên-Huế; số 1, 35-37. Tạp chí Ung thư học Việt Nam, 2010
 - Feller A, Fehr M, Bordoní A et al., (2015).** Trends in incidence of oesophageal and gastric cancer according to morphology and anatomical location, in Switzerland 1982–2011. Swiss Med Wkly. DOI: <https://doi.org/10.4414/smw.2015.14245>.
 - IARC (2014).** Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. International journal of cancer 5: 359–386.
 - Phạm Duy Hiến, Nguyễn Văn Hiếu, Bùi Công Toàn và CS (2010).** Đánh giá kết quả bước đầu hoá-xạ trị đồng thời sau mổ bệnh ung thư dạ dày giai đoạn tiến triển. Tạp chí Ung thư học, Số 1/2010, trang 301-308.
 - Nguyễn Ngọc Hùng, Nguyễn Văn Tuyển, Nguyễn Văn Bình và CS (2007).** Phân loại mô bệnh học ung thư dạ dày. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh; vol. 11, No.3, trang 57-60.
 - Bùi Tiên Dũng, Lê Quang Hải, Phạm Cẩm Phương (2017).** Đánh giá kết quả nội soi và xét nghiệm tế bào áp trong chẩn đoán ung thư dạ dày tại Bệnh viện K Trung ương. Tạp chí Y học Việt nam, tập 459(2017), trang:12-19.

ĐẶC ĐIỂM KHẨU PHẦN 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 NĂM 2018

Trần Thị Yến¹, Phạm Thị Dung¹, Nguyễn Văn Công²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm khẩu phần 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 thiếu năng lượng khẩu phần chiếm 92,9% trên tổng số bệnh nhân; năng lượng khẩu phần trung bình của bệnh nhân là $1291,6 \pm 442,7$ Kcal; hàm lượng caroten trung bình $3655,6 \pm 2237,3$ mcg; sắt là $9,5 \pm 4,3$ mg. **Kết luận:** Số bệnh nhân thiếu năng lượng khẩu phần chiếm tỷ lệ rất cao (92,9%); Có sự cân đối giữa các chất sinh năng lượng, G,L,P; Hàm lượng caroten, sắt của bệnh nhân thiếu.

Từ khóa: Khẩu phần; Suy thận mạn có lọc máu chu kỳ; Thái Bình;

SUMMARY

THE RATION CHARACTERISTICS 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 IN 2018

Objective: Describe the ration characteristics of chronic renal failure patients at the department of

artificial kidney in Thai Binh University of medicine and pharmacy 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 proportion of patients lack energy on rations 92.9% of patients; The average dietary energy of 1291.6 ± 442.7 Kcal; Average carotenoid content was 3655.6 ± 2237.3 mcg; iron was 9.5 ± 4.3 mg. **Conclusion:** The proportion of patients who lacked dietary energy is very high (92.9%); There was a balance between energy-producing substances, G, L, P; Levels of carotene, iron of the patient was less than the standard.

Keywords: Dietary intake; chronic kidney disease patients on maintenance hemodialysis, Thai binh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy thận mạn là hậu quả cuối cùng của các bệnh thận, tiết niệu mạn tính, làm chức năng thận giảm sút dần dần dẫn đến xơ hóa và mất chức năng không hồi phục. Hiện nay số bệnh nhân suy thận mạn tính ở Việt Nam và trên thế giới ngày càng tăng, do đó số lượng bệnh nhân suy thận mạn tính giai đoạn cuối phải được điều trị lọc máu (chạy thận nhân tạo) cũng tăng theo. Một trong những yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị lọc máu đó là chế độ ăn uống của người bệnh. Bởi vì, bệnh nhân vừa cần phải kiểm soát chế độ ăn và thành phần dinh dưỡng hợp lý để góp phần kiểm soát các rối loạn liên quan do bệnh lý gây ra vừa phải đảm bảo dinh dưỡng hợp lý để thực hiện các cuộc lọc máu trong tuần. Bởi vì khi thận đã tổn thương không hồi phục, bệnh nhân có chỉ định điều trị lọc máu thì vấn đề đảm bảo dinh dưỡng cân đối, hợp lý, hạn chế quá trình giáng hóa protein nhưng không được

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: 4.3.2018

Ngày phản biện khoa học: 2.5.2018

Ngày duyệt bài: 14.5.2018

quá thiếu hụt gây suy dinh dưỡng protein năng lượng là rất quan trọng. Khẩu phần của bệnh nhân vừa phải đảm bảo bù lượng protein đã mất qua mỗi lần lọc nhưng không được quá nhiều để kiểm soát tốt các sản phẩm thoái hóa từ protein như urê creatinin, acid uric máu... Khi bệnh nhân có hiểu biết và thực hành kiểm soát tốt ăn uống của bản thân sẽ giúp cho quá trình điều trị tốt hơn. Vì vậy việc tìm hiểu đặc điểm khẩu phần 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 với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm khẩu phần 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.*

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 Tiền 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.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn toàn bộ bệnh nhân chạy thận nhân tạo chu kì có ca lọc

buổi sáng tại 2 bệnh viện Đại học Y Thái Bình và bệnh viện Đa khoa huyện Tiền Hải. Tổng cộng có 99 bệnh nhân trong đó 47 bệnh nhân tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình và 52 bệnh nhân của bệnh viện đa khoa huyện Tiền Hải tham gia nghiên cứu.

Kỹ thuật áp dụng trong nghiên cứu:

Đánh giá khẩu phần bằng phương pháp hỏi ghi 24 giờ qua. Người điều tra hỏi ghi tất cả các thực phẩm được đối tượng tiêu thụ trong 24 giờ kể từ lúc bắt đầu phụng vấn trở về trước. Hỏi lần lượt mỗi bữa ăn, mỗi món ăn của từng bữa và thành phần, trọng lượng thực phẩm để chế biến ra món ăn đó. Sử dụng công cụ hỗ trợ trong phương pháp này bao gồm (bộ dụng cụ đo lường như cốc, chén, thìa, album ảnh món ăn và cân thực phẩm...) để giúp đối tượng có thể dễ nhớ, dễ mô tả các kích cỡ thực phẩm với số lượng đã tiêu thụ một cách chính xác.

Xác định mức tiêu thụ lượng thực, thực phẩm, năng lượng khẩu phần, cơ cấu và tính cân đối khẩu phần, giá trị các chất dinh dưỡng thông qua bảng thành phần thực phẩm Việt Nam năm 2007. Dựa vào nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị cho bệnh nhân thận có lọc máu chu kỳ để xác định mức độ đáp ứng khẩu phần thực tế của đối tượng.

Xử lý số liệu: Kiểm tra số liệu và quy đổi thực phẩm sống sạch từ phiếu. Số liệu được nhập bằng phần mềm Access dựa trên bảng thành phần thực phẩm Việt Nam 2007. Sau đó các số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 13.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tính cân đối giữa các chất sinh năng lượng khẩu phần đối tượng

	BV ĐHY Thái Bình(n = 47)	BV Tiền Hải (n = 52)	Chung (n = 99)	p
	TB ± SD	TB ± SD	TB ± SD	
NL khẩu phần (Kcal)	1218,6 ± 327,3	1357,6 ± 520,2	1291,6 ± 442,7	>0,05
Protein (%)	19,4 ± 4,6	18,8 ± 3,6	19,1 ± 4,1	>0,05
Lipid(%)	24,3 ± 7,2	22,4 ± 9,0	23,1 ± 8,2	>0,05
Carbohydrate(%)	56,9 ± 8,0	59,0 ± 9,8	58,0 ± 9,0	>0,05

Qua bảng trên cho thấy năng lượng khẩu phần trung bình của bệnh nhân là 1291,6 ± 442,7 Kcal, thấp hơn so với năng lượng khẩu phần khuyến nghị cho bệnh nhân suy thận có lọc máu chu kì là khoảng 1500-1700 Kcal.

Bảng 2. Giá trị năng lượng khẩu phần (Kcal/ngày) theo nơi lọc thận và giới tính

Giới tính	BV ĐHY Thái Bình (n = 47)	BV Tiền Hải (n = 52)	Chung (n = 99)	p
	TB ± SD	TB ± SD	TB ± SD	
Nam	1312,5 ± 296,8	1503,5 ± 547,2	1420,7 ± 462,5	>0,05
Nữ	1102,3 ± 332,5	1081,9 ± 328,1	1092,9 ± 326,2	>0,05
P	<0,05	<0,05	<0,05	

Giá trị năng lượng khẩu phần của bệnh nhân ở bệnh viện Đại học Y Thái Bình thấp hơn so với bệnh viện Tiền Hải nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Giá trị năng lượng khẩu phần của nhóm bệnh nhân nam cao hơn so với nhóm nữ ở cả 2 bệnh viện. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p <0,05.

Bảng 3. Giá trị protein và lipid khẩu phần (g/ngày)

	SDD(n=31)	Bình thường(n= 68)	Chung(n = 99)	p
	TB ± SD	TB ± SD	TB ± SD	
Giá trị protein khẩu phần (g/ngày)				
Tổng số	61,5 ± 28,8	61,0 ± 22,1	61,2 ± 24,2	>0,05
Động vật	38,0 ± 26,1	37,6 ± 17,4	37,7 ± 20,4	>0,05
Protid ĐV/Tsố (%)	56,8 ± 19,9	60,1 ± 9,7	59,1 ± 13,7	>0,05
Giá trị Lipid khẩu phần (g/ngày)				
Tổng số	32,4 ± 10,9	34,3 ± 20,9	33,7 ± 18,3	>0,05
Thực vật	14,3 ± 9,0	12,8 ± 9,7	13,3 ± 9,5	>0,05
Lipid TV/Tsố (%)	44,4 ± 23,2	39,3 ± 21,6	41,0 ± 22,1	>0,05

Giá trị protein khẩu phần trung bình của bệnh nhân là 61,2 ± 24,2g, trong đó tỉ lệ protein động vật là 37,7 ± 20,4g đảm bảo được lượng protein động vật cao hơn hàm lượng protein thực vật. Sự khác biệt về giá trị protein khẩu phần giữa 2 nhóm bệnh nhân là không đáng kể. Giá trị lipid khẩu phần trung bình của bệnh nhân là 33,7 ± 18,3g, trong đó hàm lượng lipid thực vật là 13,3 ± 9,5, thấp hơn so với khuyến nghị. Nhóm bệnh nhân suy dinh dưỡng có hàm lượng lipid khẩu phần thấp hơn so với nhóm bệnh nhân bình thường.

Bảng 4. Tỷ lệ đáp ứng nhu cầu năng lượng khuyến nghị theo giới tính

Năng lượng khẩu phần	Nam(n= 60)		Nữ(n = 39)		Chung(n= 99)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	
Thiếu	54	90,0	38	97,4	91	92,9	>0,05
Đạt	2	3,3	0	0	2	2,0	
Thừa	4	6,7	1	2,6	5	5,1	

Nhận xét: có tới 92,9% bệnh nhân có năng lượng khẩu phần không đạt so với nhu cầu khuyến nghị, chỉ có 2% năng lượng khẩu phần đạt và 5,1 % thừa năng lượng khẩu phần. Ở nhóm bệnh nhân nữ tỉ lệ thiếu năng lượng cao hơn nhóm bệnh nhân nam nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Hàm lượng một số chất khoáng, vitamin trong khẩu phần

Vitamin / khoáng chất	BV ĐHY Thái Bình (n = 47)	BV Tiên Hải (n = 52)	Chung (n = 99)	p
	TB ± SD	TB ± SD	TB ± SD	
Hàm lượng một số vitamin trong khẩu phần				
Caroten (mcg)	2856,2 ± 1236,9	4378,2 ± 2667,9	3655,6 ± 2237,3	<0,05
Vitamin C (mg)	73,4 ± 42,0	81,1 ± 50,2	77,4 ± 46,4	>0,05
Vitamin B1 (mg)	1,0 ± 0,6	1,0 ± 0,6	1,0 ± 0,6	>0,05
Vitamin B2 (mg)	0,6 ± 0,3	0,6 ± 0,4	0,6 ± 0,3	>0,05
Hàm lượng một số chất khoáng trong khẩu phần				
Canxi (mg)	409,9 ± 215,8	723,6 ± 1468,6	574,6 ± 1081,2	>0,05
Sắt (mg)	8,4 ± 2,6	10,4 ± 5,2	9,5 ± 4,3	<0,05
Kẽm (mg)	5,5 ± 2,3	5,8 ± 2,7	5,7 ± 2,5	>0,05

Hàm lượng caroten của bệnh nhân thấp hơn nhiều so với nhu cầu cơ thể cần được cung cấp. Có sự chênh lệch lớn về hàm lượng caroten giữa bệnh viện đại học Y Thái Bình và bệnh viện huyện Tiên Hải. Hàm lượng caroten của bệnh nhân tại bệnh viện huyện Tiên Hải cao hơn nhiều so với bệnh viện đại học Y Thái Bình. Hàm lượng vitamin B1 và B2 là tương đối ổn định. Hàm lượng vitamin B1 và B2 không có sự chênh lệch nhiều giữa 2 bệnh viện. Hàm lượng canxi trung bình của bệnh nhân là tương đối phù hợp. Nhưng lại có sự chênh lệch lớn giữa 2 nhóm bệnh nhân ở 2 bệnh viện. Trong đó hàm lượng canxi ở nhóm bệnh nhân tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình cao hơn khuyến nghị. Hàm lượng sắt

và kẽm của bệnh nhân đều thấp hơn so với nhu cầu cơ thể cần có.

IV. BÀN LUẬN

Nhu cầu năng lượng của bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ phụ thuộc vào tiêu hao năng lượng vào hoạt động và tình trạng bệnh lý của bệnh nhân. Một số nghiên cứu cho rằng nhu cầu năng lượng của bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ cao hơn so với người bình thường ngay cả trong những ngày không lọc máu. Những ngày lọc máu nhu cầu năng lượng cần cao hơn khoảng 10-20% do tình trạng dị hóa, mất dinh dưỡng qua cuộc lọc máu. Mức năng lượng tối thiểu được khuyến nghị cho bệnh nhân trong giai đoạn ổn định đó là 30-35 Kcal/kg/ngày. Theo GS.TS

Nguyễn Văn Xang phải đảm bảo đủ năng lượng cho bệnh nhân, ít nhất phải đạt 35Kcal/kg/ngày. Như vậy với cân nặng trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu thì năng lượng khẩu phần của bệnh nhân phải đạt 1700-1800 Kcal. Như vậy, năng lượng khẩu phần của bệnh nhân thấp hơn so với nhu cầu khuyến nghị. 92,9% bệnh nhân thiếu năng lượng khẩu phần. trong đó tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình có tỉ lệ bệnh nhân thiếu năng lượng cao hơn tại bệnh viện Đa khoa huyện Tiên Hải. Để lí giải điều này chúng tôi cho rằng tại bệnh viện Đa khoa huyện Tiên Hải đã có khoa dinh dưỡng và căng tin cung cấp suất ăn cho bệnh nhân vào những ngày lọc máu nên năng lượng khẩu phần của những bệnh nhân thuộc bệnh viện Tiên Hải được đảm bảo hơn.

Đối với bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ nhu cầu protein là 1,2-1,4g/kg/ngày nhằm duy trì cân bằng nitơ cho những ngày không lọc máu. Đảm bảo 50% trở lên đạm động vật, giàu acid amin thiết yếu bao gồm trứng, sữa, thịt, cá, tôm, cua.... Như vậy, hàm lượng protein trung bình cần có là 64,48g và hàm lượng protein động vật phải đạt tối thiểu là 32,24g. Giá trị protein hàng ngày của bệnh nhân đủ so với nhu cầu khuyến nghị và tỷ lệ protein ĐV so với protein tổng số cũng đạt so với khuyến nghị. Hàm lượng protein giữa 2 nhóm bệnh nhân suy dinh dưỡng và bình thường không có sự chênh lệch đáng kể.

Nhu cầu lipid cho người bình thường chiếm < 30% của tổng năng lượng trong đó chất béo bão hòa chỉ chiếm dưới 10%. Đối với bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ nhu cầu cũng phải duy trì ở mức bình thường để đề phòng biến chứng rối loạn lipid máu.

Theo GS.TS Nguyễn Văn Xang thì cần đảm bảo hàm lượng vitamin và khoáng chất cho bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kì, phòng chống thiếu máu.

Hàm lượng caroten của bệnh nhân thấp hơn nhiều so với nhu cầu cơ thể cần được cung cấp. Theo khuyến nghị thì hàm lượng caroten của bệnh nhân cần có đạt 9000mcg/24h. Cần tăng hàm lượng caroten cho bệnh nhân bằng cách lựa chọn các sản phẩm chứa nhiều caroten. Có sự chênh lệch lớn về hàm lượng caroten giữa bệnh viện đại học Y Thái Bình và bệnh viện huyện Tiên Hải. Hàm lượng caroten của bệnh nhân tại bệnh viện huyện Tiên Hải cao hơn nhiều so với bệnh viện đại học Y Thái Bình.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ bệnh nhân thiếu năng lượng khẩu phần chiếm 92,9% trên tổng số bệnh nhân
- Có sự cân đối giữa các chất sinh năng lượng, G,L,P. Chưa có sự cân đối giữa lipid thực vật và lipid động vật.
- Hàm lượng vitamin nhóm B và canxi đáp ứng đủ.
- Hàm lượng caroten, sắt và kẽm của bệnh nhân thiếu.

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. **Bệnh viện Bạch Mai (2012)**, *Tư vấn dinh dưỡng cho người trưởng thành*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. **Trường Đại học Y Dược Thái Bình (2017)**, *Dinh dưỡng điều trị*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. **Nguyễn Văn Xang (2000)**, Suy thận mạn – chế độ dinh dưỡng để điều trị suy thận mạn, *Hướng dẫn thực hành điều trị, tập 1*, Nhà xuất bản Y học, HN.
4. **Nevin.S and Yasemin.D (2009)**, "Correlation of Dietary Intakes and Biochemical Determinates of Nutrition in Hemodialysis Patients", *Renal Failure*, 29(2), pp. 213-218.
5. **Sabatino A, Regolisti G, Karupaiah T, et al. (2016)**, "Protein-energy wasting and nutritional supplementation in patients with end-stage renal disease on hemodialysis", *Clinical Nutrition*.

THỰC TRẠNG THỰC HIỆN KỸ THUẬT ĐIỀU DƯỠNG CHUYÊN NGÀNH NGOẠI VÀ SẢN KHOA TẠI CÁC BỆNH VIỆN HUYỆN TỈNH BẮC GIANG

Nguyễn Thị Hoài Thu¹, Đặng Thị Lý²

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

TÓM TẮT

¹Trường Đại học Y Hà Nội,

²Sở Y tế Bắc Giang

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoài Thu

Email: nguyenhoaithu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 26.4.2018

Ngày duyệt bài: 7.5.2018

tạo liên tục để cập nhật các kỹ thuật này của đội ngũ ĐD lâm sàng các bệnh viện huyện năm 2016. Nghiên cứu sử dụng thiết kế cắt ngang mô tả, thu thập số liệu định lượng. Số liệu định lượng thu thập bằng phiếu phát vấn tự điền với 60 ĐD các khoa lâm sàng, được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Kết quả cho thấy Tỷ lệ điều dưỡng làm việc tại khoa Ngoại, Sản và Ngoại Sản của các bệnh viện huyện được đào tạo liên tục về các kỹ thuật ngoại khoa còn thấp, phần lớn dưới 20% trong năm 2016. Trong số 11 kỹ thuật ngoại và sản đặc thù hay được thực hiện tại tuyến huyện, có 6 kỹ thuật có tỷ lệ điều dưỡng thường xuyên thực hiện trên 70%. Về nhu cầu đào tạo, ngoại trừ kỹ thuật thay băng hậu môn nhân tạo, hầu hết nhu cầu đào tạo liên tục các kỹ thuật khác đều dưới 45%.

Từ khóa: kỹ thuật điều dưỡng chuyên sâu, đào tạo y khoa liên tục, bệnh viện huyện, Bắc Giang.

SUMMARY

IMPLEMENTATION OF SURGICAL AND OBSTETRIC NURSING CARE TECHNIQUES AT DISTRICT HOSPITALS IN BAC GIANG PROVINCE

This study was conducted from November 2016 to July 2017 at the 8 district hospitals of Bac Giang province, aimed to explore the current practice of nursing care techniques of Surgical and Obstetrics specialization and training needs of nurses working in these hospitals to update these techniques. This is cross-sectional study with quantitative research method. Data collected by surveying 60 clinical nurses through self-administered instrument. Data was entered by Epidata 3.1, analysed by SPSS 20.0. Results showed that: the proportion of nurses working at the Surgical, Obstretical or Surgical-Obstretic departments received continuous training on Surgical and Obstretic nursing care techniques was pretty low, below 20% in 2016. Out of 11 specific nursing care techniques on Surgical and Obstretical specializations assigned for district level, 6 techniques were performed frequently by more than 70% of nurses. Regarding training needs, except for "change bandage of artificial anal", the training needs for almost other techniques were not very high with only approximately 45% of nurses reported their needs.

Từ khóa: Advanced nursing techniques, continous medical training needs, district hospital, Bac Giang.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đội ngũ điều dưỡng đóng vai trò quan trọng trong việc chăm sóc người bệnh (NB), hỗ trợ và nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh, chăm sóc NB trong suốt quá trình khám, điều trị tại các cơ sở y tế [1]. Trình độ chuyên môn của ĐD thể hiện qua mức độ tự tin trong việc tiếp cận, thực hiện các kỹ thuật ĐD trên NB và tư vấn, hỗ trợ cho NB trong quá trình khám, chữa bệnh. Theo qui định ĐD có chức danh nghề nghiệp khác nhau thực hiện các nhiệm vụ khác nhau [2,3], tuy nhiên tại các cơ sở y tế tuyến huyện trình độ chuyên môn của ĐD còn nhiều hạn chế và chưa

được phân nhiệm vụ theo chức danh nghề nghiệp. Một số nghiên cứu đã cho thấy một tỷ lệ tương đối lớn ĐD chưa có nhiều cơ hội thực hành các kỹ thuật ĐD cơ bản, và do đó mức độ tự tin khi thực hiện các kỹ thuật này cũng khá thấp [4]. Hiện nay tổng số viên chức y tế đang làm việc tại các bệnh viện huyện là 1465, trong đó số ĐD là 460 người chiếm 31,4%. Bài báo này được phát triển nhằm: 1) *Mô tả thực trạng thực hiện các kỹ thuật điều dưỡng chuyên sâu chuyên ngành Ngoại và Sản của đội ngũ điều dưỡng; và 2) Xác định nhu cầu đào tạo các kỹ thuật điều dưỡng chuyên ngành Ngoại và Sản tại các bệnh viện huyện thuộc tỉnh Bắc Giang năm 2016.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

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

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

2.3. Đối tượng nghiên cứu

- Toàn bộ ĐD các khoa lâm sàng: khoa Ngoại, khoa Sản, khoa Ngoại-Sản tại các bệnh viện huyện.

- Hai đại diện lãnh đạo bệnh viện, hai đại diện lãnh đạo khoa, hai ĐD trưởng khoa của các bệnh viện.

- Báo cáo, số liệu về công tác ĐTLT.

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

2.4. Cỡ mẫu, phương pháp chọn mẫu:

Chọn mẫu toàn bộ: 60 ĐD lâm sàng làm việc tại các khoa Ngoại, Sản, và Ngoại-Sản của 08 BVĐK huyện.

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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Thông tin về đối tượng nghiên cứu

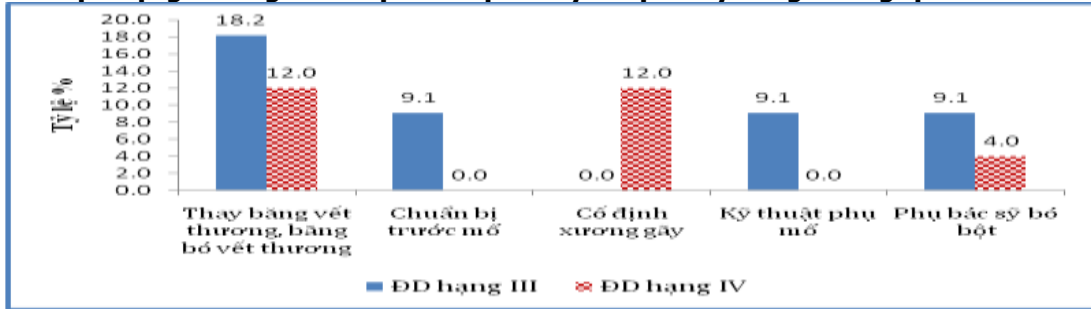
Thông tin	Cụ thể	Kết quả	Tỷ lệ (%)
Tuổi	20 - 30	29	48,3
	31- 40	24	40,0
	41- 50	7	11,7
Giới tính	Nam	14	23,3
	Nữ	46	76,7
Trình độ chuyên môn	Đại học	16	26,7
	Cao đẳng	3	5,0
	Trung cấp	41	68,3
Thâm	Dưới 5 năm	15	25,0

niên công tác	Từ 5 - 9 năm	28	46,7
	Từ 10 năm trở lên	17	28,3
Hạng điều dưỡng	Hạng III	14	23,3
	Hạng IV	46	76,7
Tổng số		60	100,0

Ngoại Sản ở độ tuổi 20-30, chiếm gần 50%; tiếp theo là 40,0% ở độ tuổi 30-40 tuổi. Trong số này, nữ chiếm 76,7%. Khoảng hai phần ba đối tượng nghiên cứu có trình độ trung cấp, chiếm 69,1%. Tỷ lệ ĐD có thâm niên nghề từ 5-9 năm cao nhất chiếm 46,7%. Trong số các điều dưỡng nghiên cứu, 23,3% là điều dưỡng hạng III.

Bảng 1 cho thấy, phần lớn đội ngũ điều dưỡng lâm sàng ở chuyên ngành Ngoại, Sản và

3.2. Thực trạng tham gia đào tạo liên tục về kỹ thuật chuyên ngành Ngoại của điều dưỡng



Biểu đồ 1. Tỷ lệ tham gia đào tạo liên tục các kỹ thuật ngoại

Biểu đồ 1 miêu tả tỷ lệ được đào tạo liên tục về các kỹ thuật chuyên ngành Ngoại ở nhóm điều dưỡng hạng III và hạng IV. Trong số 5 kỹ thuật chuyên sâu về Ngoại khoa, kỹ thuật thay băng vết thương có tỷ lệ điều dưỡng ở cả hai hạng III và IV tham gia đào tạo nhiều nhất. Trong khi đó, kỹ thuật chuẩn bị bệnh nhận trước mổ và phụ mổ chỉ có 9,1% điều dưỡng hạng 3

được đào tạo, kỹ thuật cố định xương gãy chỉ có 12,0% điều dưỡng hạng IV được đào tạo.

Với kỹ thuật thay băng vết thương và băng bó vết thương, 18,2% điều dưỡng hạng III và 12% điều dưỡng hạng IV đã được đào tạo liên tục. Kỹ thuật chuẩn bị trước mổ và phụ mổ chỉ có 9,1% điều dưỡng hạng III được đào tạo lại, còn không có điều dưỡng hạng 3 nào được đào tạo về các kỹ thuật này.

3.3. Mức độ thực hành các kỹ thuật điều dưỡng chuyên khoa Ngoại, Sản.

Bảng 2. Mức độ thực hành của ĐTNC khi thực hiện các kỹ thuật điều dưỡng chuyên khoa Ngoại, Sản.

Kỹ thuật điều dưỡng chuyên sâu	Điều dưỡng hạng III			Điều dưỡng hạng IV		
	Thường xuyên	Thỉnh thoảng	Không thực hiện	Thường xuyên	Thỉnh thoảng	Không thực hiện
Kỹ thuật chuyên khoa Ngoại	n = 14			n = 46		
Thay băng, rửa, cắt chỉ vết thương thông thường	100,0	0,0	0,0	95,7	4,3	0,0
Chuẩn bị dụng cụ tiệt khuẩn	85,7	14,3	0,0	69,6	30,4	0,0
Rửa tay ngoại khoa (rửa tay vô khuẩn)	71,4	28,6	0,0	63,0	26,1	10,9
Băng băng băng cuộn	71,4	28,6	0,0	69,6	26,1	4,3
Mang găng, mặc và cởi áo vô khuẩn	64,3	35,7	0,0	54,3	30,4	15,2
Thay băng, rửa vết thương có dẫn lưu	71,4	28,6	0,0	65,2	34,8	0,0
Cố định gãy xương kín, xương hở	57,1	28,6	14,3	60,9	28,3	10,9
Đặt, theo dõi, chăm sóc ống dẫn lưu	28,6	71,4	0,0	41,3	50,0	8,7
Thay băng hậu môn nhân tạo	0,0	50,0	50,0	4,3	54,3	41,3
Chuẩn bị người bệnh trước mổ	92,9	7,1	0,0	91,3	8,7	0,0
Kỹ thuật chuyên khoa Sản	n=11			n = 23		
Trợ giúp bác sỹ, hộ sinh khâu tăng sinh môn	54,5	9,1	36,4	17,4	26,1	56,5

Nhận xét: Đối với Điều dưỡng hạng III: Trên 70% điều dưỡng hạng III báo cáo thực hiện thường xuyên 6/11 kỹ thuật gồm: Thay băng, rửa, cắt chỉ vết thương thông thường; chuẩn bị

dụng cụ tiệt khuẩn; rửa tay ngoại khoa; băng băng băng cuộn; thay băng, rửa vết thương có dẫn lưu; chuẩn bị người bệnh trước mổ. 3/11 kỹ thuật mà tỷ lệ điều dưỡng thực hiện thường

xuyên là từ 50% đến 72,0%: Mang găng, mặc và cởi áo vô khuẩn; cố định gãy xương kín, xương hở; trợ giúp bác sỹ, hộ sinh khâu tầng sinh môn. Hai kỹ thuật Đặt, chăm sóc ống dẫn lưu và thay băng hậu môn nhân tạo có dưới 30% điều dưỡng thường xuyên thực hiện.

Đối với Điều dưỡng hạng IV: 02/11 kỹ thuật (thay băng, rửa, cắt chỉ vết thương thông thường; chuẩn bị người bệnh trước mổ) có trên 90% điều dưỡng báo cáo mức độ thực hành thường xuyên. 6/11 kỹ thuật chỉ có từ 50-80% điều dưỡng có mức độ thực hành thường xuyên là: chuẩn bị dụng cụ tiệt khuẩn; rửa tay vô khuẩn; băng băng băng cuộn; mang găng, mặc và cởi áo vô khuẩn; thay băng, rửa vết thương có ống dẫn lưu; cố định gãy xương kín, xương hở.

3.4. Nhu cầu ĐTLT các nội dung, kỹ thuật điều dưỡng ngoại khoa, sản khoa

Chúng tôi tiến hành phát vấn 60 nhân viên điều dưỡng (34 người thực hiện cả kỹ thuật ngoại

và kỹ thuật sản), trong đó có 14 điều dưỡng hạng III, 46 điều dưỡng hạng IV, đồng thời phát vấn 09 điều dưỡng quản lý, kết quả thấy rằng:

Thay băng hậu môn nhân tạo là kỹ thuật duy nhất có tới 75% điều dưỡng viên có nhu cầu ĐTLT, trong khi tỉ lệ điều dưỡng viên mong muốn được ĐTLT 09/10 kỹ thuật ngoại khoa còn dưới 45,0%. Đối với điều dưỡng quản lý, có 4/10 kỹ thuật có tỉ lệ trên 50% người có nhu cầu ĐTLT bao gồm: thay băng hậu môn nhân tạo; đặt, theo dõi, chăm sóc ống dẫn lưu; mang găng, mặc và cởi áo vô khuẩn; thay băng, rửa vết thương có ống dẫn lưu. 02/10 kỹ thuật nhân viên điều dưỡng có nhu cầu nhưng điều dưỡng quản lý lại không có nhu cầu ĐTLT (thay băng, rửa, cắt chỉ vết thương thông thường; băng băng băng cuộn). Nhu cầu ĐTLT kỹ thuật trợ giúp bác sỹ, hộ sinh khâu tầng sinh môn ở điều dưỡng quản lý và điều dưỡng viên đều dưới 30,0%. Chi tiết được mô tả tại bảng 3.

Bảng 3. Nhu cầu ĐTLT về kỹ thuật điều dưỡng chuyên khoa ngoại, sản

Mong muốn ĐTLT	Nhân viên điều dưỡng		Điều dưỡng quản lý	
	Số lượng(n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng(n)	Tỷ lệ(%)
Kỹ thuật ngoại khoa	n = 60		n = 9	
Thay băng hậu môn nhân tạo	45	75,0	7	77,8
Đặt, theo dõi, chăm sóc ống dẫn lưu	26	43,3	7	77,8
Mang găng, mặc và cởi áo vô khuẩn	21	35,0	5	55,6
Thay băng, rửa vết thương có ống dẫn lưu	20	33,3	5	55,6
Cố định gãy xương kín, xương hở	20	33,3	2	22,2
Chuẩn bị dụng cụ tiệt khuẩn	19	3,17	3	33,3
Rửa tay ngoại khoa (rửa tay vô khuẩn)	17	28,3	4	44,4
Chuẩn bị người bệnh trước mổ	16	23,3	3	22,2
Thay băng, rửa, cắt chỉ vết thương thông thường	9	15,0	0	0,0
Băng băng băng cuộn	8	13,3	0	0,0
Kỹ thuật sản khoa	n = 34		n = 8	
Trợ giúp bác sỹ, hộ sinh khâu tầng sinh môn	9	26,5	1	12,5

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng đào tạo liên tục các kỹ thuật chuyên khoa Ngoại, Sản cho điều dưỡng lâm sàng tại các bệnh viện huyện. Với kỹ thuật thay băng vết thương và băng bó vết thương, 18,2% điều dưỡng hạng III và 12% điều dưỡng hạng IV đã được đào tạo liên tục. Kỹ thuật chuẩn bị trước mổ và phụ mổ chỉ có 9,1% điều dưỡng hạng III được đào tạo lại, còn không có điều dưỡng hạng 3 nào được đào tạo về các kỹ thuật này. Tỉ lệ thay băng vết thương thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hằng tại bệnh viện C tỉnh Thái Nguyên năm 2015 [] với trên 90% điều dưỡng khoa Ngoại đã được đào tạo lại về kỹ thuật thay băng vết thương.

Tuy nhiên bệnh viện C Thái Nguyên là bệnh viện hạng I nên nhiều kỹ thuật điều dưỡng chuyên khoa Ngoại được chú trọng hơn. Mặc dầu vậy vẫn còn nhiều kỹ thuật chuyên khoa Ngoại như thay băng bông, cho ăn qua sonde, đặt sonde tiểu nam và nữ cũng có rất ít điều dưỡng được đào tạo.

4.2. Mức độ thực hành các kỹ thuật chuyên khoa Ngoại – Sản của các điều dưỡng lâm sàng. Đối với các điều dưỡng lâm sàng làm việc tại các khoa Ngoại, Sản và Ngoại Sản của bệnh viện huyện, có 8/10 kỹ thuật có mức độ thực hành thường xuyên từ 50,0% - 100,0%. Kết quả này cho thấy hoạt động chuyên môn của hệ ngoại sản rất hiệu quả tại BVĐK

huyện và mức độ tự tin của điều dưỡng hệ ngoại cao hơn rất nhiều so với hệ nội, hồi sức cấp cứu.

02/10 kỹ thuật có thực hành thường xuyên, mức độ tự tin dưới 50,0% là: Đặt, theo dõi, chăm sóc ống dẫn lưu; thay băng hậu môn nhân tạo. Đặc biệt số bệnh nhân đặt hậu môn nhân tạo ít nên mức độ thực hành thường xuyên của điều dưỡng thấp dưới 5,0%. Cũng là thay băng vết mổ tuy nhiên do mức độ phức tạp của kỹ thuật này đôi khi làm cho nhân viên điều dưỡng mất tự tin khi thực hiện.

Tóm lại, đặc thù của ngành y nói chung, điều dưỡng nói riêng là càng được tiếp xúc nhiều, thực hiện nhiều thì mức độ tự tin càng cao. Các nội dung, kỹ thuật điều dưỡng được thực hành thường xuyên thì mức độ tự tin của điều dưỡng sẽ cao, kỹ thuật nào thính thoảng mới thực hiện hoặc không thực hiện hay là kỹ thuật chuyên sâu, phức tạp thì điều dưỡng ít tự tin hoặc sẽ không tự tin khi thực hành. Ngoài ra, không phải cứ ĐTLT là đảm bảo mức độ tự tin sẽ tăng cao mà phụ thuộc vào năng lực, bản lĩnh của từng cá nhân, mức độ thực hành, độ khó của kỹ thuật đó, tuy nhiên thường xuyên được ĐTLT sẽ giúp cho điều dưỡng củng cố lại được kiến thức, kỹ năng thực hành cũng như cung cấp các tiến bộ mới, kiến thức cơ bản cũng là một yếu tố giúp cho điều dưỡng tự tin hơn khi thực hiện nhiệm vụ [2,6, 7].

4.3. Nhu cầu ĐTLT kỹ thuật điều dưỡng chuyên ngành ngoại, sản.

Thay băng hậu môn nhân tạo là kỹ thuật duy nhất nhu cầu ĐTLT có sự tương đồng giữa của nhân viên điều dưỡng (75,0%) và điều dưỡng quản lý (77,8%). Nhu cầu ĐTLT kỹ thuật này cao vì đây là kỹ thuật khó, mức độ tự tin của điều dưỡng viên khi thực hiện thấp dưới 20,0% và qui trình thực hiện phức tạp hơn rất nhiều so với thay băng vết thương, vết mổ khác.

Có sự khác biệt giữa nhu cầu của điều dưỡng viên và điều dưỡng quản lý ở một số kỹ thuật ngoại khoa. 3/10 kỹ thuật có dưới 45% điều dưỡng viên có nhu cầu ĐTLT, trong khi điều

dưỡng quản lý có nhu cầu ĐTLT trên 55,0% là: (1) Đặt, theo dõi, chăm sóc ống dẫn lưu. (2) Mang găng, mặc và cởi áo vô khuẩn. (3) Thay băng, rửa vết thương có dẫn lưu. Sự khác biệt này có thể do cách nhìn nhận khác nhau giữa người quản lý và nhân viên, nhân viên thấy kỹ thuật nào mình làm tự tin rồi thì không cần ĐTLT, nhưng người quản lý lại nhìn nhận tính lâu dài, mức độ ảnh hưởng đến chất lượng chăm sóc người bệnh. 6/10 kỹ thuật ngoại khoa còn lại nhu cầu ĐTLT của nhân viên điều dưỡng và điều dưỡng quản lý đều dưới 45,0%.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ điều dưỡng làm việc tại khoa Ngoại, Sản và Ngoại Sản của các bệnh viện huyện được đào tạo liên tục về các kỹ thuật ngoại khoa còn thấp, phần lớn dưới 20% trong năm 2016. Trong số 11 kỹ thuật ngoại và sản đặc thù hay được thực hiện tại tuyến huyện, có 6 kỹ thuật có tỉ lệ điều dưỡng thường xuyên thực hiện trên 70%. Về nhu cầu đào tạo, ngoại trừ kỹ thuật thay băng hậu môn nhân tạo, hầu hết nhu cầu đào tạo liên tục các kỹ thuật khác đều dưới 45%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2012)**, Quyết định số 1352/QĐ-BYT ngày 21/4/2012 chuẩn năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam, Hà Nội.
- Bộ Y tế và Bộ Nội vụ (2015)**, Thông tư số 26/TTLT-BYT-BNV ngày 7/10/2015 quy định mã số, chức danh nghề nghiệp điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên y, Hà Nội.
- Bộ Nội vụ (2005)**, Quyết định số 41/2005/QĐ-BYT ngày 8/12/2005 ban hành tiêu chuẩn nghiệp vụ các ngạch viên chức y tế điều dưỡng.
- Bộ Y tế (2013)**, Thông tư số 22/2013/TT-BYT ngày 9/8/2013 hướng dẫn đào tạo liên tục cho cán bộ y tế, Hà Nội.
- Nguyễn Thị Thu Hằng (2016)**. Thực trạng và nhu cầu đào tạo liên tục của điều dưỡng các khoa lâm sàng bệnh viện C Thái Nguyên giai đoạn 2014-2016. Luận văn Thạc sỹ Quản lý bệnh viện. Trường Đại học Y tế công cộng.
- Chính phủ (2009)**, Luật Khám, chữa bệnh.
- Bộ Y tế (2012)**, Quyết định số 1352/QĐ-BYT ngày 21/4/2012 chuẩn năng lực cơ bản của điều dưỡng Việt Nam Hà Nội.

KẾT QUẢ SỚM SAU MỔ CẮT LÁCH DO LÁCH TO Ở TRẺ BỆNH LÝ MÁU THALASSEMIA

Nguyễn Việt Hoa¹, Vũ Hồng Tuấn^{1,2}

TÓM TẮT

¹Khoa phẫu thuật nhi - Bệnh viện Việt Đức.

²Bộ môn ngoại – Trường đại học Y Hà Nội.
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Hồng Tuấn

Mục tiêu: Mô tả kỹ thuật cắt lách và kết quả điều trị sớm sau mổ cắt lách do bệnh lý máu Thalassemia tại khoa phẫu thuật nhi và trẻ sơ sinh bệnh viện Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả tiến cứu 37 trẻ cắt lách do bệnh lý máu thalassemia tại khoa phẫu thuật nhi – bệnh viện Việt Đức trong năm 2017. **Kết quả:** Bệnh chủ yếu ở nhóm trẻ người dân tộc thiểu số 86,5%. Thời gian mổ trung bình là 52 phút, thời gian nằm viện trung bình là 4 ngày, Không có biến chứng trong và sau mổ. Số lượng hồng cầu, hemoglobin, hematocrit tăng sau mổ. **Kết luận:** Kỹ thuật cắt lách mổ mở áp dụng cho bệnh lý lách to do bệnh máu thalassemia tại khoa phẫu thuật nhi và trẻ sơ sinh – bệnh viện Việt Đức là an toàn, bảo tồn được một phần máu cho trẻ, giảm các nguy cơ và giảm nhu cầu truyền máu cho trẻ.

Từ khóa: Cắt lách, bệnh lý máu huyết tán.

SUMMARY

THE RESULT OF SPLENECTOMY DUE TO THALASSEMIA IN CHILDREN

Objective: Description technique of splenectomy and the early result of operation due to thalassemia. **Material and methods:** Prospective study. 37 children with mega-spleen at department pediatric in Viet Duc hospital in 2017. **Results:** The majority of children are ethnic minorities 86,5%. The average operative time was 252 minutes, the average hospitalization was 4 days. No complication during operation or after surgery. The number of red blood cells, hemoglobin, hematocrite increased after surgery. **Conclusion:** Our splenectomy for thalassemia at departement pediatric in VietDuc hospital is safe, preserves part of blood for children, reduces the risk and reduces The need for blood transfusion for children.

Key words: Splenectomy, thalassemia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thalassemia là bệnh rối loạn hemoglobin do sự khiếm khuyết tổng hợp chuỗi globin, làm cho hồng cầu bị vỡ sớm. Đây là một trong những bệnh lí di truyền về gen phổ biến nhất trên thế giới. Bệnh di truyền có liên quan chặt chẽ đến yếu tố chủng tộc, được gọi tên theo chuỗi Globin khiếm khuyết [1].

Ở Việt Nam, bệnh phân bố ở khắp các tỉnh và các dân tộc trong cả nước và đang gây ra nhiều khó khăn trong việc điều trị cũng như chăm sóc sức khỏe cộng đồng [4].

Bệnh thalassemia có nhiều thể lâm sàng, từ thể không có triệu chứng đến thể có biểu hiện nặng cần phải truyền máu nhiều lần đưa đến gây ứ đọng sắt làm tổn thương nhiều cơ quan, chậm phát triển thể chất, tâm thần, có thể gây tử vong cho bệnh nhân. Do đó điều trị bệnh

nhân thalassemia là một gánh nặng rất lớn cho gia đình và xã hội. Gan lách to là một triệu chứng của bệnh, đặc biệt là lách to rất dễ tổn thương và càng to thì càng làm tăng mật độ cần truyền máu. Chỉ định cắt lách được đặt ra cho các trường hợp nặng, cường lách (lách to, giảm 3 dòng), lượng máu truyền trên 250ml/kg/năm. Cắt lách là một phẫu thuật lớn, nhiều nguy cơ, đặc biệt trong lách to do bệnh lý Thalassemia thì rất cần thiết phải dồn máu từ lách lại cơ thể để giữ lại máu [5].

Từ nhiều năm nay tại khoa phẫu thuật Nhi và trẻ sơ sinh – Bệnh viện Việt Đức, chúng tôi thực hiện mỗi năm trung bình khoảng 30-40 trường hợp cắt lách to do bệnh lý Thalassemia, chúng tôi vẫn sử dụng cùng 1 kỹ thuật cắt lách mổ mở cho các bệnh nhi. Kỹ thuật vừa đảm bảo cắt được lách, tránh tai biến, giữ máu lại nhiều nhất có thể cho bệnh nhi. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị sớm của phương pháp này cho các bệnh nhi lách to trong năm 2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 37 bệnh nhi lách to do bệnh lý Thalassemia được mổ theo cùng một kỹ thuật tại khoa phẫu thuật nhi và trẻ sơ sinh – Bệnh viện Việt Đức từ 1/1/2017 đến 30/12/2017.

Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu.

Mô tả kỹ thuật: Bệnh nhân gây mê nội khí quản, nằm ngửa, đặt 1 đệm nhỏ nằm ngang đốt sống ngực 12, thắt lưng 1, sát khuẩn vùng mổ rộng rãi từ ngang vú đến nếp bẹn.

- Mở bụng đường trắng giữa trên rốn (thông thường chỉ cần đến ngang rốn, hiếm trường hợp cần rạch rộng thêm đến dưới rốn).

- Thăm dò ổ bụng đánh giá: gan, lách, túi mật, ruột, các thương tổn khác.

- Giải phóng mạc nối lớn, dây chằng lách với đại tràng góc lách.

- Vào hậu cung mạc nối, vào sát ở rốn lách.

- Phẫu tích thắt các mạch vị gần, chú ý kẹp sát về phía lách, tránh sát quá về dạ dày, để gây tổn thương dạ dày.

- Giải phóng các dây chằng lách hoành, lật lách và đuôi tụy lên. Lúc này toàn bộ lách và đuôi tụy dễ dàng đưa được ra ngoài ổ bụng (hình 1).

- Phẫu tích ĐM lách vị trí gần đuôi tụy. Thắt động mạch lách. Lúc này chỉ còn tĩnh mạch lách.

- Máu được dồn từ lách về cơ thể bằng các ép lách. Chúng tôi thường ép lách khoảng 15

Email: Htuanyk1986@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2018

Ngày duyệt bài: 17.4.2018

phút. Sau đó thấy lách bé lại. Kẹp thắt tĩnh mạch lách, cắt lách.

- Kiểm tra vùng hố lách, xem có chảy máu không, cầm máu. Có thể đặt 1 dẫn lưu nhỏ ở hố lách.
- Đóng bụng theo các lớp giải phẫu.



Hình 1: Đưa lách ra ngoài ổ bụng

Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Tuổi bệnh nhân, dân tộc, yếu tố gia đình
- Thể bệnh: Beta-thalassemia (HbE), Beta-thalassemia đồng hợp tử, Alpha-thalassemia (HbH).
- Biểu hiện lâm sàng: biến dạng xương, gan to, phân độ lách to
- Xét nghiệm hồng cầu, huyết sắc tố trước mổ, sau mổ
- Thời gian nằm viện.
- Các biến chứng sau mổ: Chảy máu, sốt, rò dịch tụy.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình là 6,7 tuổi, nhỏ nhất là 3,5 tuổi, cao nhất là 16,2 tuổi.

Bảng 1: Dân tộc và yếu tố gia đình

Các yếu tố	N	%
Dân tộc kinh	5	13,5
Dân tộc thiểu số	32	86,5
Anh chị em bị bệnh	4	10,8
Bố hoặc mẹ bị bệnh	0	0
Bố hoặc mẹ mang gen bệnh	19	51,4

Bảng 2: Thể bệnh

Thể bệnh	N	%
Beta-thalassemia (HbE)	34	91,8
Beta-thalassemia đồng hợp tử	1	2,7
Alpha-thalassemia (HbH)	2	5,5

Bảng 3: Biểu hiện lâm sàng của trẻ

Biểu hiện	N	%	
Biến dạng mặt (mặt Cooley)	34	91,8	
Suy dinh dưỡng	37	100	
Nhiễm sắt	33	89,1	
Gan to	28	75,7	
Lách to	Độ III	5	13,5
	Độ IV	32	86,5

Bảng 4: Công thức máu trước mổ và sau mổ

	Hồng cầu (10 ⁹ /l)	Hb (g/l)	Hematocrit (%)
Trước mổ	1,9±0,9	55±11	22,1±8,7
Sau mổ	2,5±0,7	66±20	27,2±6,7

Thời gian mổ trung bình là khoảng 52 phút. Không có hiện tượng chảy máu trong lúc mổ, không có trường hợp nào làm tổn thương tạng (ruột, tụy) trong mổ. Có 20 bệnh nhân được đặt dẫn lưu ổ bụng.

Theo dõi sau mổ: Không có trường hợp nào chảy máu sau mổ cần mổ lại, dẫn lưu thường rút sau 48 giờ, không có trường hợp nào rò dịch tụy, không có trường hợp nào cần truyền máu trong và sau mổ. Thời gian có nhu động ruột trở lại thường sau 2 ngày.

Thời gian nằm viện: 4,2 ngày (ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 6 ngày).

IV. BÀN LUẬN

Các tác giả ghi nhận rằng những bệnh nhân Thalassemia nếu có một chương trình truyền máu tốt từ những năm đầu của cuộc sống (từ lúc 2-3 tuổi) có thể ngăn ngừa sự biến dạng của xương và sự chậm phát triển về thể chất, và lách sẽ ít to hơn, ngay cả các trường hợp có lách to rồi cũng có thể giảm đáng kể về kích thước lách nếu có một quá trình truyền máu đều đặn. Trong nghiên cứu của chúng tôi: 91,8% bệnh nhân đến mổ đã có biến dạng xương với bộ mặt Cooley điển hình, 100% trẻ vào viện trong tình trạng cân nặng thấp hơn so với cùng lứa, biểu hiện nhiễm sắt, tất cả các trường hợp lách đều to độ III trở lên, có 75,7% các trường hợp kèm theo gan to. Rõ ràng sự chăm sóc và truyền máu của các bệnh nhân này từ nhỏ không được đều đặn và có thể do phát hiện bệnh thì tình trạng đã nặng với lách đã to. Lách to tiến triển sẽ rút ngắn đời sống hồng cầu, gia tăng nhu cầu truyền máu và bệnh lý do quá tải sắt, đôi khi lách to làm giảm tiểu cầu, bạch cầu do bị giữ lại tại lách [4] [5].

Trong nghiên cứu thấy rằng tỷ lệ gặp ở các dân tộc thiểu số là khoảng 86,5% để thấy rằng các vấn đề về phong tục tập quán, về vai trò quan trọng của kiến thức. Các bệnh nhân ở dân tộc thiểu số thì thường sự hiểu biết về các bệnh còn hạn chế, dẫn đến đi khám thường ở giai đoạn bệnh muộn, và sự duy trì điều trị của bệnh thì thường không tuân theo, chính vì vậy bệnh càng nặng hơn. Thêm vào đó có thể do có liên quan đến kết hôn cận huyết mà bệnh Thalassemia ở nhóm dân tộc thiểu số thì cao hơn trong cộng đồng người kinh.

Về thể bệnh, tỷ lệ gặp nhóm Beta-thalassemia cao hơn hẳn so với các nhóm khác, điều này phù hợp với các nghiên cứu khác. Tuy vậy, các nghiên cứu cũng chỉ rõ, cắt lách ở nhóm bệnh nhân Anpha-thalassemia thì sau mổ hiệu quả tăng Hb ở nhóm này cao hơn hẳn ở nhóm Beta-

thalassemia, nhu cầu truyền máu của nhóm này sau mổ giảm đi rõ rệt. Tất nhiên, còn phụ thuộc vào tuổi mổ, trong nghiên cứu của chúng tôi thì tuổi trung bình là 6,7 tuổi là thấp hơn của Nguyễn Công Khanh làm những năm 1995 với cỡ mẫu là 52, nhưng cao hơn các nghiên cứu Blendis và Modell B với tuổi trung bình là 46 tháng. [2] [3].

Kể từ khi Aristotle (384-322 TCN) cho rằng "lách không cần thiết cho cuộc sống" tới khi Morris và Bullock (1919) lần đầu tiên thông báo vai trò đề kháng cho vật chủ của lách, cho đến năm 1952 Kinh và Shumarker đã khẳng định nhiệm vụ tăng lên ở trẻ sau cắt lách. Chính vì vậy các bệnh nhân trước khi cắt lách cần phải được tiêm phòng đầy đủ và có kháng sinh dự phòng sau mổ [6]. Các bệnh nhân mổ cắt lách tại khoa nhi bệnh viện Việt Đức đều có sự hội chẩn về nội khoa huyết học với khoa nhi bệnh viện huyết học về điều trị trước mổ, chỉ định cắt lách. Các bệnh nhân này thường chỉ định do lách quá to, cường độ truyền máu dày với lượng máu truyền trên 250ml/kg/năm, với tần suất truyền máu khoảng 15-30 ngày một lần.

Trong mổ, chúng tôi sử dụng một kỹ thuật mổ mổ đã được nghiên cứu nhiều năm nhằm 2 mục đích: Dồn máu được tối đa lại cơ thể, tránh biến chứng có thể xảy ra. Biến chứng có thể xảy ra với cắt lách là: cắt vào đuôi tụy, bệnh nhân có biểu hiện rò tụy sau mổ, cắt vào dạ dày, hoại tử dạ dày do thắt các nhánh mạch vị ngăn sát dạ dày quá hoặc khi phẫu tích làm tổn thương dạ dày. Trong nghiên cứu của mình, chúng tôi không phạm phải một biến chứng nào đó là do qui trình cắt lách mổ mở đã được hoàn thiện và do các phẫu thuật viên có kinh nghiệm trong khoa thực hiện. Thời gian mổ của chúng tôi trung bình khoảng 52 phút, nhiều nghiên cứu cũng chỉ ra ở trẻ em thời gian gây mê càng ngắn thì sự ảnh hưởng đến hồi sức sau mổ và ảnh hưởng sau này sẽ ít hơn. Chúng tôi có đặt dẫn lưu ổ bụng cho những trường hợp mà lách to viêm, có mạc nối lớn bám xung quanh, đuôi tụy ăn sâu vào rốn lách. Thông thường dẫn lưu được rút sau 48 giờ. Thời gian nằm viện khoảng 4,2 ngày. Không có trường hợp nào có biến chứng tử vong sau mổ, tốt hơn trong các nghiên cứu năm 1995 với

6/52 trường hợp tử vong.

Sau cắt lách, hình ảnh máu ngoại vị thay đổi nhiều, trong nghiên cứu theo bảng 4 rõ ràng lượng máu có tăng lên về cả số lượng hồng cầu, huyết sắc tố, hematocrite. Như vật phương pháp mổ đã bảo tồn được một lượng máu nhất định lại cơ thể. Trong các nghiên cứu, lượng Hb tăng nhanh trong tháng đầu sau cắt lách, nhưng sau 6 tháng lượng Hb có xu hướng giảm bớt nhưng còn cao hơn so với trước mổ [5]. Điều này hoàn toàn logic do bản chất của bệnh là rối loạn tổng hợp mạch Globin của Hb. Các biện pháp điều trị là nhằm điều trị hậu quả của bệnh gây ra, và cắt lách là nhằm giải quyết hiện tượng cường lách thứ phát, tránh nguy cơ vỡ lách do lách quá to (dễ chấn thương), giảm nhu cầu truyền máu cho bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật cắt lách mổ mở áp dụng cho bệnh lý lách to do bệnh máu thalassemia tại khoa phẫu thuật nhi và trẻ sơ sinh – bệnh viện Việt Đức là an toàn, bảo tồn được một phần máu cho trẻ, giảm các nguy cơ và giảm nhu cầu truyền máu cho trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Borgna P.C., Rugolotto S., Stefano P.D. et al (2004)**, "Survival and complications in patients with thalassemia major treated with transfusion and deferoxamine", *Haematologica*, 89 (10), pp. 1187-1193.
2. **Eleftheriou A. (2008)**, **About thalassemia**, *Thalassemia International Federation*, Nicosia, Cyprus
3. **Nguyễn Công Khanh, Trương Thúy Vinh, Tạ Thu Hòa, Bùi Ngọc Lan (1998)**, "Bước đầu đánh giá hiệu quả thải sắt bằng đường uống trong điều trị nhiễm sắt do Thalassemia", *Tạp chí Nhi khoa*, 7 (3), tr. 136-140.
4. **Trương Đỗ Ngọc Dung (2007)**, Đặc điểm bệnh beta- Thalassemia/HbE tại Bệnh viện Nhi Đồng 1 và 2, *Luận văn tốt nghiệp BS Nội trú*, Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh
5. **Nguyễn Anh Trí, Nguyễn Thị Thu Hà (2010)**, "Cập nhật chẩn đoán và điều trị Thalassemia", Chuyên đề Huyết học truyền máu, 3, Nxb Y học, tr. 203-212.
6. **Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Ngọc Khánh, Trần Bình Giang**, "Tìm hiểu chỉ định cắt lách", *Y học thực hành*, số 4 (364), năm 1999.

ĐÁNH GIÁ NGUYÊN NHÂN CHUYÊN MỔ MỞ TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THỤY PHỐI

Nguyễn Hoàng Bình¹, Trần Quyết Tiến¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá, phân tích những nguyên nhân chuyển mổ mở của PTNS cắt thùy phổi trong điều trị bệnh lý phổi tại khoa Ngoại lồng ngực, BV Chợ Rẫy. **Đối tượng & Phương pháp:** Tiền cứu mô tả loạt ca, kết quả phẫu thuật, nguyên nhân và các yếu tố ảnh hưởng đến chuyển mổ mở trong PTNS cắt thùy phổi. **Đối tượng nghiên cứu:** tất cả bệnh nhân được PTNS cắt thùy phổi tại Bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** Trong thời gian từ 1/2013 đến 12/2016, chúng tôi đã PTNS cắt thùy phổi cho 134 bệnh nhân. Giới: 48 nữ, 86 nam. Tuổi trung bình là 55.3. Trong đó: bệnh lành tính: 42 bệnh nhân, trong đó u lao nhiều nhất: 17.4%. Bệnh lý ác tính: 92 bệnh nhân, ung thư phổi nguyên phát: 88 bệnh nhân (65.7%), ung thư phổi thứ phát: 4 bệnh nhân (2.9%). Thời gian phẫu thuật trung bình: 3.34 giờ. Lượng máu mất trung bình: 82.1ml. Tất cả bệnh nhân ra viện tốt, không có tử vong. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình: 4.9 ngày. Chảy máu sau phẫu thuật: 1 bệnh nhân (0.7%). **Chuyển mổ mở:** 8 bệnh nhân (5.9%), trong đó 5 bệnh nhân do chảy máu khi bóc tách mạch máu, 3 bệnh nhân do hạch dính sát mạch máu, không bóc tách được. **Kết luận:** PTNS cắt thùy phổi an toàn, hiệu quả được chỉ định trong các bệnh lý phổi, bệnh nhân được chuyển mổ mở do chảy máu hay do hạch dính động mạch toàn, thùy trên phổi làm tăng nguy cơ chuyển phẫu thuật mở, cần chú ý khi phẫu thuật.

Từ khóa: PTNS cắt thùy phổi

SUMMARY**EVALUATING REASONS FOR CONVERSION DURING THORACOSCOPIC LOBECTOMY**

Objective: Evaluate reasons for conversion during thoracoscopic lobectomy in lung diseases at Cho Ray hospital. **Method:** Prospective study of patient who was operated thoracoscopic lobectomy at Cho Ray hospital. Evaluate reasons for conversion during thoracoscopic lobectomy. **Results:** During 4 years (1/2013-12/2015), 134 patients were operated thoracoscopic lobectomy. Males: 86, females: 48. Mean age: 55.3. Benign disease: 42, tuberculous tumor: 17.4%; lung cancer: 88 (65.7%), there were 4 patients metastasis to lung (2.9%). Mean operative time: 3.34 hour. Mean intra-operative blood loss: 82.1 ml. Mean length of hospital stay: 4.9 days 134 patients were discharged safely. **Complication:** 1 (0.7%) patients bleeding after operation. There were 8 patients: conversion to open operation due to adhesive lymph nodes or injury of pulmonary artery. **Conclusion:** thoracoscopic lobectomy is good and safety procedure. Adhesive lymph nodes and bleeding from injury of pulmonary artery during dissection are main reason for conversion. Incomplete fissure, adhesive lymph node, upper lobe are high risk factor for conversion.

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Bình

Email: Nguyenhoangbinh06@yahoo.com

Ngày nhận bài: 7.3.2018

Ngày phản biện khoa học: 27.4.2018

Ngày duyệt bài: 10.5.2018

Key word: thoracoscopic lobectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Với sự phát triển của các dụng cụ, phương tiện nội soi lồng ngực, gây mê hồi sức, phẫu thuật nội soi lồng ngực đã phát triển mạnh mẽ trong 2 thập kỷ gần đây. Phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi (PTNS) được thực hiện đầu tiên vào những năm đầu của thập niên 1990. Trong giai đoạn đầu, PTNS cắt thùy phổi được thực hiện chủ yếu đối với các bệnh phổi lành tính hay ung thư phổi giai đoạn sớm. PTNS cắt thùy phổi đã cho thấy có thể thực hiện khả thi, an toàn có hiệu quả và có nhiều ưu điểm so với phẫu thuật mổ mở như: giảm đau sau mổ, ít suy giảm chức năng hô hấp sau mổ. Tuy nhiên vẫn còn một tỷ lệ nhất định PTNS cắt thùy phổi phải chuyển sang mổ mở. Hiện nay, vẫn còn nhiều tranh cãi về tính an toàn, sự khó khăn của PTNS cắt thùy phổi. Vấn đề được đặt ra ở đây là yếu tố nào làm tăng nguy cơ thất bại của phẫu thuật, phải chuyển mổ mở.[1]

Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để đánh giá những nguyên nhân, các yếu tố ảnh hưởng đến khả năng chuyển mổ mở trong PTNS cắt thùy phổi, nhằm giúp cho các phẫu thuật viên phẫu thuật an toàn hơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Tất cả bệnh nhân bệnh lý phổi có chỉ định phẫu thuật cắt thùy phổi, đủ điều kiện phẫu thuật và gây mê nội khí quản một phổi.

- U phổi lành tính: u lao, u nấm, u phổi hamatoma...

- Bệnh phổi lành tính: dẫn phế quản, phổi biệt trí, bệnh mạch máu phổi bẩm sinh

- Ung thư phổi nguyên phát giai đoạn sớm, ung thư phổi thứ phát

Loại trừ: bệnh nhân không có cắt thùy phổi nội soi.

Phương pháp nghiên cứu: Tiền cứu mô tả loạt ca

Phương pháp: Bệnh nhân được chụp X quang phổi, Chụp cắt lớp (CT Scan), nội soi phế quản, chức năng phổi, PET khi có chỉ định, các xét nghiệm tiền phẫu.

Phương pháp phẫu thuật: Bệnh nhân được gây mê nội khí quản 1 phổi, nằm nghiêng. Đặt 2 - 3 trocar qua đường rạch da khoảng 1cm: trong đó 1 trocar cho camera, khoang liên sườn 6 đường nách trước bên trái hay khoang liên sườn 7 sau đường nách sau bên phải, 1 trocar cho dụng cụ thao tác khoảng liên sườn 5 đường nách trước bên phải hay liên sườn 7 đường nách sau bên trái.

Trocar để thao tác, thường được mở rộng 3cm để thao tác khi cần thiết cũng như lấy phổi ra.

Sinh thiết lạnh trước nếu không có giải phẫu bệnh lý trước mổ.

Dùng stapler cắt phế quản, tĩnh mạch, động mạch riêng lẻ.

Lấy bệnh phẩm với túi nylon để tránh mô tiếp xúc thành ngực gây nhiễm trùng

Các biến số đánh giá: Phân tích các yếu tố: thùy phổi được cắt, dính phổi, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất trong mổ, thời gian dẫn lưu phổi, thời gian nằm viện sau mổ.

Bệnh nhân được đánh giá mức độ đau: bệnh nhân được chia theo tiêu chuẩn sử dụng thuốc giảm đau như: mức độ 1: thuốc giảm đau paracetamol, mức độ 2: Paracetamol có sử dụng thêm thuốc kháng viêm không steroid, mức độ 3: sử dụng hoàn toàn thuốc kháng viêm không steroid hay thuốc á phiện.

Đánh giá, ghi nhận các biến chứng như: tràn khí dưới da, suy hô hấp, mũ màng phổi, dò khí, viêm phổi, nhiễm trùng....

Số liệu được thống kê và phân tích dựa phần mềm SPSS 22.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 1/2013 – 12/2015, có 134 bệnh nhân bệnh phổi được PTNS cắt thùy phổi tại khoa Ngoại Lồng ngực, BV Chợ Rẫy, tất cả bệnh nhân này đều có chỉ định cắt thùy phổi.

- Nam: 86 (64.1%) Nữ: 48 (35.9%)

- Tuổi: lớn nhất: 84 tuổi; nhỏ nhất: 23; tuổi trung bình: 55.3

- Triệu chứng lâm sàng: Ho và ho ra máu: 77 bệnh nhân (57.6%); Đau ngực: 84 bệnh nhân (62.5%) Viêm nhiễm (phổi, phế quản) tái đi tái lại: 10 bệnh nhân (7.6%)

- Vị trí thùy phổi được phẫu thuật

Thùy phổi	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Thùy trên phổi phải	34	25.1
Thùy giữa phổi phải	15	10.9

Thùy dưới phổi phải	44	32.6
Thùy trên phổi trái	12	8.7
Thùy dưới phổi trái	29	21.7

- Bệnh lý phổi

Loại bệnh	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
U lao – viêm	24	17.4
Dẫn phế quản	7	5.1
U nấm	6	4.4
Hamartoma	3	2.1
Phổi biệt lập	1	0,7
Phình dò động tĩnh mạch thùy phổi	1	0.7
Ung thư phổi nguyên phát	88	65.7
Ung thư phổi thứ phát	4	2.9

- Thời gian phẫu thuật: trung bình 3,34 giờ; Lâu nhất: 6 giờ. Nhanh nhất: 2.5 giờ

- Lượng máu mất: Trung bình: 82.1ml; Nhiều nhất: 400ml; Thấp nhất: 50ml

- Thời gian dẫn lưu màng phổi sau mổ: 2.17 ngày; Lâu nhất: 7 ngày; Nhanh nhất: 2 ngày

- Thời gian nằm viện trung bình sau mổ: 4.9 ngày; Lâu nhất: 8 ngày; Nhanh nhất: 3 ngày

- Giảm đau sau mổ

Thuốc giảm đau sau mổ	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Mức độ 1	84	62.6
Mức độ 2	38	28.5
Mức độ 3	12	8.9

-Biến chứng: không ghi nhận biến chứng trầm trọng

Biến chứng	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tràn khí dưới da	9	6.7
Chảy máu sau mổ	1	0.7
Chảy máu trong mổ	5	3.7
Dò khí	3	2.2
Xẹp phổi	1	0.7
Tràn khí MP sau rút dẫn lưu	1	0.7
Không biến chứng	114	85.3

Chuyển mổ mở: 8 bệnh nhân: 5 do chảy máu từ nhánh động mạch phổi khi bóc tách, 3 do hạch dính vào động mạch không bóc tách được.

Các yếu tố ảnh hưởng	Nhóm PTNS hoàn toàn: n=126 (%)	Nhóm chuyển mổ mở: n=8 (%)	P
Vị trí thùy phổi phẫu thuật			P = 0.59
Thùy trên phải	31 (90.4%)	3 (9.6 %)	
Thùy giữa phải	15 (100%)	0 (0%)	
Thùy dưới phải	41 (93.3%)	3 (6.7%)	
Thùy trên trái	11 (90.9%)	1 (9.1%)	
Thùy dưới trái	28 (96.6%)	1 (3.4%)	
Hạch cạnh động mạch phổi			P = 0.26
Không có hạch	43 (100%)	0 (0%)	
Có hạch	83 (91.2%)	8 (8.8%)	
Bệnh lý ác tính: Bệnh lành tính	39 (92.8%)	3 (7.2%)	P = 0.64

Ung thư	87 (94.5%)	5 (5.5%)	
Rãnh liên thùy: Không hoàn toàn	95 (92.2%)	8 (7.8%)	P = 0.063
Hoàn toàn	31 (100%)	0 (0%)	
Phổi dính: Không dính	69 (95.8%)	3 (4.2%)	P = 0.43
Phổi dính	57 (91.9%)	5 (8.1%)	
Kích thước u	n= 119 (%)	n=8 (%)	P = 0.159
U < 4cm	72 (92.3%)	6 (7.7%)	
U ≥ 4cm	47 (95.9%)	2 (4.1%)	

IV. BÀN LUẬN

PTNS cắt thùy phổi lúc đầu được chỉ định áp dụng đối với các bệnh phổi lành tính có chỉ định cắt thùy, sau đó khi các phẫu thuật viên đã có nhiều kinh nghiệm, PTNS cắt thùy phổi được chỉ định cả trong ung thư phổi. PTNS cắt thùy phổi có thể thực hiện an toàn với nhiều ưu điểm như ít đau sau mổ, xuất viện sớm.

PTNS cắt thùy phổi an toàn: PTNS cắt thùy phổi hiện vẫn chưa được nhiều trung tâm áp dụng rộng rãi vì vẫn còn nhiều lo ngại về tính an toàn, kỹ thuật thực hiện, chi phí... Mặc dù kỹ thuật phẫu thuật, sự lựa chọn bệnh khác nhau, nhưng các nghiên cứu của các tác giả đều cho thấy PTNS cắt thùy phổi có tỷ lệ biến chứng thấp hơn hay tương đương mổ mở. Theo nghiên cứu của tác giả Mc Kenna, phẫu thuật mổ mở cắt thùy phổi: có tỷ lệ biến chứng từ 28 – 38%, tỷ lệ tử vong 1,2 – 2,9%, trong khi PTNS cắt thùy phổi: tỷ lệ biến chứng thay đổi từ 9 – 19%, tỷ lệ tử vong: 0,8 – 1,2% [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ biến chứng chỉ chiếm 14.7%, không có bệnh nhân tử vong.

Ưu điểm của PTNS: Thời gian nằm viện ngắn, xuất viện sớm, giảm đau sau mổ

Một trong những lí do mà PTNS cắt thùy phổi được các phẫu thuật viên ưa thích hơn, dù có những khó khăn về kỹ thuật, chính là những ưu điểm của PTNS so mổ mở: đau sau mổ ít hơn, bệnh nhân nằm viện ngắn hơn, trở lại công việc sớm hơn, tính thẩm mỹ.

Theo nghiên cứu của Todd Demmy, bệnh nhân PTNS có số ngày nằm viện sau mổ ít hơn so bệnh nhân mổ mở (5.3 ngày so với 11.3 ngày), bệnh nhân PTNS có đường mổ nhỏ, không băng ngực nên ít đau sau mổ hơn, xuất viện sớm hơn. Hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy, bệnh nhân PTNS giảm đau đáng kể sau mổ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi: Ngày nằm viện sau mổ trung bình là 4.9 ngày. Trường hợp bệnh nhân nằm viện lâu nhất là bệnh nhân bị dò khí: 8 ngày. Đa số bệnh nhân được rút dẫn lưu vào ngày hậu phẫu thứ 2. Lượng máu mất trung bình khoảng 82.1ml, thời gian mổ trung bình 3.34 giờ không quá lâu so với mổ mở. Thuốc

giảm đau: hơn 90% dùng thuốc giảm đau mức độ I, II; chỉ có 8.9 % sử dụng thuốc giảm đau mức độ III, tức thuốc giảm đau gây nghiện.

Nguyên nhân, yếu tố ảnh hưởng chuyển mổ mở: Nhiều phẫu thuật viên lồng ngực chưa dám PTNS cắt thùy phổi mà vẫn sử dụng phẫu thuật mở để cắt thùy phổi là do lo sợ về sự an toàn của phẫu thuật. Một trong những tiêu chuẩn đánh giá sự an toàn của PTNS cắt thùy chính là tỷ lệ chuyển mổ mở. Tỷ lệ chuyển mổ mở trong PTNS cắt thùy phổi thay đổi tùy theo nghiên cứu, tỷ lệ này thay đổi từ 2-6% [1]. Với kỹ năng, kỹ thuật kinh nghiệm phẫu thuật viên ngày càng được cải thiện, tỷ lệ chuyển mổ mở đã giảm dần từ 8% còn 5% sau 5 năm. Tuy nhiên, dù tỷ lệ thành công của PTNS ngày càng tăng dần, vẫn còn một tỷ lệ bệnh nhân phải chuyển mổ mở, điều này cũng nói lên vẫn còn một tỷ lệ bệnh nhân còn khó khăn khi thực hiện PTNS [5].

Theo Shigeki Sawada, nguyên nhân của PTNS chuyển phẫu thuật mở được chia làm hai nhóm:

– Nhóm 1: các nguyên nhân liên quan phương pháp PTNS như: chảy máu khi bóc tách, chảy máu do staplers bị lỗi khi cắt mạch máu.

– Nhóm 2: các nguyên nhân không liên quan PTNS như hạch dính, rãnh liên thùy không hoàn toàn, phổi dính.

Nguyên nhân thường gặp trong chuyển mổ mở nhiều nhất là chảy máu trong mổ và hạch dính, xâm lấn mạch máu không bóc tách được. Các nguyên nhân khác ít gặp hơn là do rãnh liên thùy hoàn toàn không bóc tách ĐM được, phổi dính màng phổi gây khó khăn cho phẫu thuật.

Một nguyên nhân khác chỉ định chuyển mổ mở theo một số phẫu thuật viên là khi phát hiện có hạch trung thất trong mổ, nếu có kết quả di căn hạch trong mổ nên chuyển phẫu thuật mở vì bệnh nhân ung thư phổi bị di căn N2 không thích hợp cho PTNS [5]. Theo Sawada, khi có biến chứng chảy máu trong mổ, phẫu thuật viên đề bằng tắm-bông ép trước, đánh giá xem có thể kiểm soát chảy máu với PTNS không, khi chảy máu không thể kiểm soát hay khó khăn trong khâu cầm máu thì nên chuyển mổ mở.

PTNS có lợi điểm là cho phép phẫu thuật viên nhìn thấy phẫu trường được phóng đại lớn hơn, thuận lợi cho bóc tách mạch máu hay xác định những chày máu nhỏ. Tuy nhiên, việc phải phẫu thuật trong một phẫu trường hẹp, bằng các dụng cụ nội soi khiến cho khả năng cầm máu khó khăn hơn, đòi hỏi phẫu thuật viên phải được huấn luyện, có kinh nghiệm mới tránh đưa ra quyết định chuyển mổ mở.

Mục đích của phẫu thuật là thực hiện an toàn và phẫu thuật cắt hoàn toàn tổn thương bệnh lý, một khi có sự cố trong phẫu thuật, nếu cố gắng PTNS có thể kéo dài thời gian và tăng nguy cơ phẫu thuật, vì vậy không nên do dự khi quyết định chuyển mổ mở [4],[6],[7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 8 trường hợp chuyển mổ mở, trong đó:

- 5 trường hợp do chảy máu trong mổ: 3 bệnh nhân bị tổn thương ĐM phổi khi bóc tách, một bệnh nhân chảy máu do lỗi kỹ thuật dùng staplers, một bệnh nhân bị chảy máu do tổn thương TM bất thường đổ từ phân thùy đỉnh sau thùy trên vào TM thùy giữa, không cầm được.

- 3 trường hợp chuyển phẫu thuật mở do hạch dính sát, xâm lấn ĐM cho thùy phổi không bóc tách được.

Phân tích các yếu tố liên quan chuyển phẫu thuật mở

Vị trí thùy phổi: Thùy trên phổi trái là thùy phổi được chuyển phẫu thuật mở nhiều nhất, do sự khó khăn khi bóc tách mạch máu phổi so với các thùy phổi khác[5]. Vì vậy đa số phẫu thuật viên khi bắt đầu PTNS thường chọn thùy dưới hay thùy giữa để phẫu thuật hơn là thùy trên.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ chuyển mổ mở cao nhất là ở nhóm bệnh nhân được phẫu thuật cắt thùy trên (9.6% thùy trên phải và 9.1% thùy trên trái – $P > 0.05$)

Kích thước u: Trước đây, các phẫu thuật viên thường không chỉ định PTNS khi khối u $> 6\text{cm}$, khối u phổi càng lớn thường, không gian phẫu thuật càng bị hạn chế, gây khó khăn khi thao tác trong PTNS [1]. Mặt khác sự bở u khi lấy u có thể ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật. Tuy nhiên, với kinh nghiệm phẫu thuật của phẫu thuật viên ngày càng tăng lên, kích thước khối u được PTNS cũng ngày càng lớn hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kích thước khối u chúng tôi phẫu thuật lớn nhất là 6cm , nhóm bệnh nhân có kích thước u $< 4\text{cm}$ lại có tỷ lệ chuyển mổ mở cao hơn 7.7% so nhóm có u $> 4\text{cm}$ là 4.1%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($P > 0.05$).

Rãnh liên thùy: Bệnh nhân có rãnh liên thùy không hoàn toàn, khi phẫu tích thường khó khăn hơn, dễ gây biến chứng chảy máu khi bóc tách động mạch, vì vậy nguy cơ chuyển mổ mở nhiều hơn. Ngày nay, với sự phát triển của các dụng cụ, bóc tách cầm máu như dao cắt đốt siêu âm... rãnh liên thùy chia không hoàn toàn, dù vẫn còn nguy cơ chuyển mổ mở nhưng đã không còn là chống chỉ định đối với PTNS.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các trường hợp chuyển mổ mở đều có rãnh liên thùy không hoàn toàn (7.8%) ($P > 0.05$)

Hạch cạnh động mạch thùy phổi: Hạch dính, xâm lấn mạch máu thường gây cản trở bóc tách mạch máu, dễ gây biến chứng chảy máu, ảnh hưởng kết quả PTNS, đặc biệt là hạch ung thư. Hiện nay, đây vẫn còn là nguyên nhân gây khó khăn, cần nhắc cho phẫu thuật viên quyết định PTNS hay mổ mở.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có ba trường hợp PTNS phải chuyển phẫu thuật mở, vì hạch xâm lấn, dính động mạch phổi, không bóc tách được, tất cả trường hợp chuyển mổ mở đều có hạch cạnh động mạch phổi. ($P > 0.05$)

Phổi dính: Phổi dính khoang màng phổi là một trong những khó khăn cho PTNS, ngày nay phổi dính trong khoang màng phổi không còn là một chống chỉ định cho PTNS. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ chuyển mổ mở ở nhóm phổi dính lại cao hơn so với nhóm phổi không dính (8.1% so 4.2%) nhưng không có ý nghĩa thống kê ($P > 0.05$).

Bệnh lý ác tính: Theo một số tác giả, bệnh nhân có bệnh phổi lành tính có viêm nhiễm, có nguy cơ viêm dính, hạch dính gây biến đổi giải phẫu. Vì vậy, bóc tách khi PTNS khó khăn hơn, nguy cơ chuyển mổ mở cao hơn. [3]

Trong nghiên cứu chúng tôi, chúng tôi nhận thấy có tỷ lệ chuyển mổ mở ở hai nhóm bệnh nhân bệnh lành tính và ác tính là không khác biệt có ý nghĩa thống kê. ($P > 0.05$)

V. KẾT LUẬN

PTNS cắt thùy phổi là phương pháp phẫu thuật an toàn, hiệu quả có nhiều ưu điểm, có thể chỉ định rộng rãi trong các bệnh phổi. Hai nguyên nhân chính thường gây chuyển mổ mở là chảy máu động mạch phổi khi bóc tách trong mổ và hạch dính động mạch phổi không bóc tách được. Thùy trên phổi và rãnh liên thùy không hoàn toàn là những yếu tố gây tăng nguy cơ chuyển mổ mở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Scott J Swanson and Hasan F Batirel.** (2002) Video-assisted thoracic surgery (VATS) resection for lung cancer. *The surgical clinics of North America*, p 541-561
2. **Robert J Mc Kenna, Jr, MD.**(2007). Anatomic pulmonary Resections by videoassisted Thoracic surgery. *Advanced therapy in thoracic surgery*, p68-74
3. **Raja M. Flores and Naveed Z. Alam** (2007). Video-Assisted Thorascopic Surgery. *Major Lung Resections. Difficult decision in thoracic surgery*, p 140-146
4. **Daniel G. Nicastrì, MD, J.P. Wisnivesky, MD, Jaime Yun, MD, Cynthia Chin, MD, F.R. Dembitzer, MD and S.J Swanson, MD.** Thorascopic lobectomy: Report on safety, discharge independence, pain, and chemotherapy tolerance. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2008;135:642-7
5. **Sawada S., Komori E. & Yamashita M.** (2009), "Evaluation of video-assisted thorascopic surgery lobectomy requiring emergency conversion to thoracotomy", *European Journal of Cardio-thoracic Surgery* **36**, p 487—490.
6. **Sihoe A. D. L. & Yim A. P. C.** (2008), "Video-assisted pulmonary resections", *Pearson's Thoracic and Esophageal Surgery.*, **80**, p 970-988.
7. **Gazala S., Hunt I., Valji A., Stewart K. & Be´dard E. L. R.** (2011), "A method of assessing reasons for conversion during video-assisted thorascopic lobectomy", *Interactive CardioVascular and Thoracic Surgery* **12**, p 962–964.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ CỦA CHOLESTEATOMA TẠI GIỮA TÁI PHÁT

Lê Văn Khăng*, Đoàn Thị Hồng Hoa**, Phạm Minh Thông*

TÓM TẮT

Mục đích: Nhận xét đặc điểm hình ảnh hình ảnh cộng hưởng từ của cholesteatoma tai giữa tái phát. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 33 Bệnh nhân (BN) cholesteatoma tai giữa tái phát được chụp cộng hưởng từ, được phẫu thuật và giải phẫu bệnh khẳng định có cholesteatoma tai giữa tái phát. Nghiên cứu đặc điểm các chuỗi xung T1, T2, echo planar imaging diffusion (DWI EPI), T1 sau tiêm gadolinium ở thì muộn (delayed postgadolinium imaging - DPI) và half fourier acquisition single-shot turbo spin-echo (DWI HASTE). Cholesteatoma được chia làm hai nhóm: kích thước $\leq 5\text{mm}$ và kích thước $> 5\text{mm}$. **Kết quả:** Cholesteatoma đồng và giảm tín hiệu trên T1 là 93.9%, tăng tín hiệu trên T2 là 78.8%, hạn chế khuếch tán trên DWI EPI 51.5%, không ngấm thuốc ở thì muộn 78.8%, tăng tín hiệu trên DWI HASTE 84.8%. Nhóm cholesteatoma có kích thước $\leq 5\text{mm}$: DWI EPI hạn chế khuếch tán 6.7%, không ngấm thuốc trên DPI là 20% và tăng tín hiệu trên DWI HASTE là 66.7%. Nhóm cholesteatoma có kích thước $> 5\text{mm}$: DWI EPI hạn chế khuếch tán 88.9%, không ngấm thuốc trên DPI là 94.4% và tăng tín hiệu trên DWI HASTE là 100%. **Kết luận:** Cholesteatoma tái phát được phát hiện với tỉ lệ cao bởi DWI HASTE ở cả hai nhóm kích thước $\leq 5\text{mm}$ và $> 5\text{mm}$.

SUMMARY

MR IMAGING FEATURES OF RECURRENT MIDDLE EAR CHOLESTEATOMA

Purpose: Assess the magnetic resonance imaging features of recurrent middle ear cholesteatoma. **Material and methods:** 33 patients suffered from recurrent middle ear cholesteatoma. All cholesteatomas were confirmed at surgery and by histopathology. All the sequences: T1 weighted, high resolution T2, echo planar imaging diffusion (EPI DWI), delayed postgadolinium imaging (DPI) and half fourier acquisition single-shot turbo spin-echo (HASTE DWI) were involved. Cholesteatoma were divided in two groups: the first group with cholesteatomas were smaller or equal 5mm of diameter, and the second group with cholesteatomas were bigger than 5mm of diameter. **Results:** Cholesteatomas were 93.9% iso and hyposignal on T1; 78.8% hyper signal on T2; 51.5% restricted on EPI DWI; 78.8% nonenhancement on DPI; 84.8% hypersignal on

HASTE DWI. The first group (cholesteatomas $\leq 5\text{mm}$): 6.7% restricted on EPI DWI; 20% nonenhancement on DPI, 66.7% hypersignal on HASTE DWI. The second group (cholesteatoma $> 5\text{mm}$): 88.9% restricted on EPI DWI; 94.4% nonenhancement on DPI, 100% hypersignal on HASTE DWI. **Conclusion:** The recurrent cholesteatomas were detected with higher rate by HASTE DWI in both groups with diameters $\leq 5\text{mm}$ and $> 5\text{mm}$.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cholesteatoma là bệnh lý hay gặp của tai giữa, ăn mòn chuỗi xương con và thành hòm tai, có thể gây nhiều biến chứng tai trong và nội sọ nguy hiểm. Cholesteatoma có cấu tạo dạng nang: trung tâm nang là chất sừng, thành nang chính là màng má (matrix) là biểu mô vảy lát tầng sừng hóa, tổ chức quanh màng má (perimatrix) là tổ chức hạt quanh màng má, tiết ra nhiều enzyme tiêu protein có khả năng tiêu xương. Phương pháp điều trị là phẫu thuật. Sau phẫu thuật có tỉ lệ tái phát cao dao động từ 10 – 30 tùy theo nghiên cứu. Đánh giá tái phát của cholesteatoma sau phẫu thuật trên nội soi tai có thể gặp khó khăn khi bệnh nhân được phẫu thuật kín hoặc cholesteatoma nằm ở vị trí sâu. Cắt lớp vi tính không có khả năng phân biệt được giữa tổ chức xơ sau mổ và cholesteatoma tái phát. Trong thập niên gần đây: các nghiên cứu trên thế giới đã cho thấy cộng hưởng có thể chẩn đoán cholesteatoma tái phát với giá trị cao, có thể giúp tránh được phẫu thuật thì hai với mục đích để kiểm tra xem có cholesteatoma tái phát hay không. Các chuỗi xung có khả năng chẩn đoán cholesteatoma tai giữa tái phát là DWI EPI, T1 sau tiêm thuốc đối quang từ ở thì muộn (DPI) và DWI HASTE. Trên MRI, cholesteatoma có hình ảnh điển hình là nốt tăng tín hiệu trên T2, đồng hoặc giảm tín hiệu trên T1, tăng tín hiệu trên DWI, không ngấm thuốc sau tiêm. Hiện tại ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về hình ảnh cộng hưởng của cholesteatoma tai giữa tái phát, vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để đánh giá đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ của cholesteatoma tai giữa tái phát.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tổng số 33 bệnh nhân cholesteatoma tai giữa đã mổ thì một, có chụp MRI trên máy 1.5 Tesla với đầy đủ chuỗi xung T1, T2, DWI EPI, DWI

*Bệnh viện Bạch Mai

**Viện Tai Mũi họng TW

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Khăng

Email: drkhng2006@yahoo.com

Ngày nhận bài: 25.3.2018

Ngày phản biện khoa học: 26.4.2018

Ngày duyệt bài: 9.5.2018

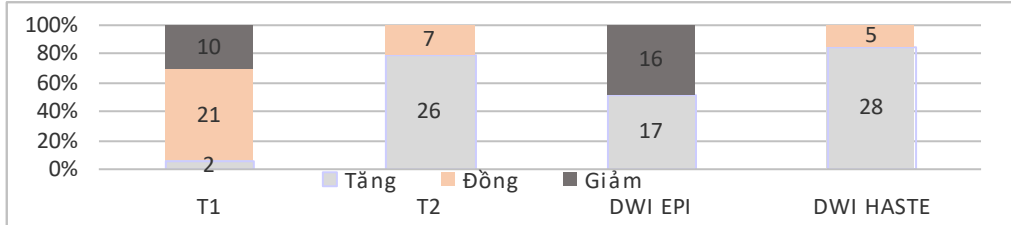
HASTE và DPI, được mổ thì hai có kết quả mổ và giải phẫu bệnh là cholesteatoma.

Tiêu chuẩn loại trừ: các bệnh nhân không được chụp MRI đầy đủ các chuỗi xung, không được phẫu thuật.

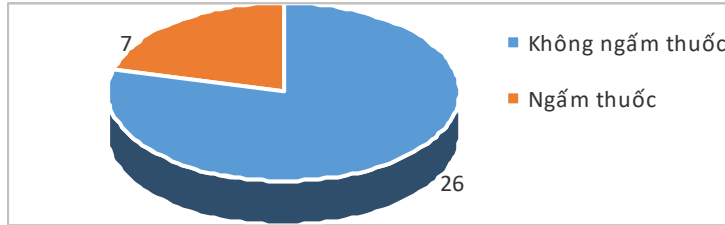
Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh cholesteatoma tai giữa tái phát theo hai nhóm: nhóm 1 có kích thước nhỏ hơn hoặc bằng 5mm, nhóm 2 có kích thước lớn 5mm. Nghiên cứu mô tả từng ca, từ tháng 7/2011 tới tháng 12/2015

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tín hiệu của cholesteatoma trên các chuỗi xung



Biểu đồ 1. Tín hiệu các chuỗi xung trên cộng hưởng tử của 33 BN cholesteatoma



Biểu đồ 2. Tín hiệu của cholesteatoma trên chuỗi xung T1 sau tiêm thuốc ở thì muộn (DPI). Không ngấm thuốc có 26 BN (chiếm 78.8%).

3.2. Hình ảnh chuỗi xung T1

Bảng 1. Hình ảnh chuỗi xung T1 theo nhóm kích thước

		Cholesteatoma				Tổng	p
		≤ 5mm		> 5 mm			
		n	%	n	%		
Tín hiệu T1	Tăng	2	13.3	0	0.0	2	0.06
	Đồng	12	80.0	9	50.0	21	
	Giảm	1	6.7	9	50.0	10	
Tổng		15	100%	18	100%	33	

Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tín hiệu trên chuỗi xung T1 với cholesteatoma theo hai nhóm kích thước (p = 0.06)

3.3. Hình ảnh chuỗi xung T2

Bảng 2. Hình ảnh chuỗi xung T2 theo nhóm kích thước

		Cholesteatoma				Tổng	p
		≤ 5mm		> 5 mm			
		n	%	n	%		
Tín hiệu T2	Tăng	13	86.7	13	72.2	26	0.283
	Đồng	2	13.3	5	27.8	7	
Tổng		15	100%	18	100%	33	

Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tín hiệu trên chuỗi xung T2 với cholesteatoma theo hai nhóm kích thước (p = 0.283)

3.4. Hình ảnh chuỗi xung Diffusion echo planar imaging (DWI EPI)

Bảng 3. Hình ảnh chuỗi xung DWI EPI theo nhóm kích thước

		Cholesteatoma				Tổng	p
		≤ 5mm		> 5 mm			
		n	%	n	%		
Tín hiệu DWI EPI	Không hạn chế	14	93.3	2	11.1	16	< 0.01
	Hạn chế khuếch tán	1	6.7	16	88.9	17	
Tổng		15	100%	18	100%	33	

Có mối liên quan giữa tín hiệu trên chuỗi xung DWI EPI với cholesteatoma theo hai nhóm kích thước có ý nghĩa thống kê ($p < 0.01$)

3.5. Hình ảnh chuỗi xung T1 sau tiêm thuốc ở thì muộn (DPI)

Bảng 4. Hình ảnh chuỗi xung DPI theo nhóm kích thước.

		Cholesteatoma				Tổng	p
		≤ 5mm		> 5 mm			
		n	%	n	%		
Tín hiệu DPI	Không ngấm	3	20.0	17	94.4%	20	< 0.01
	Ngấm thuốc	12	80%	1	5.6%	13	
Tổng		15	100%	18	100%	33	

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tín hiệu cholesteatoma theo hai nhóm kích thước ($p < 0.01$)

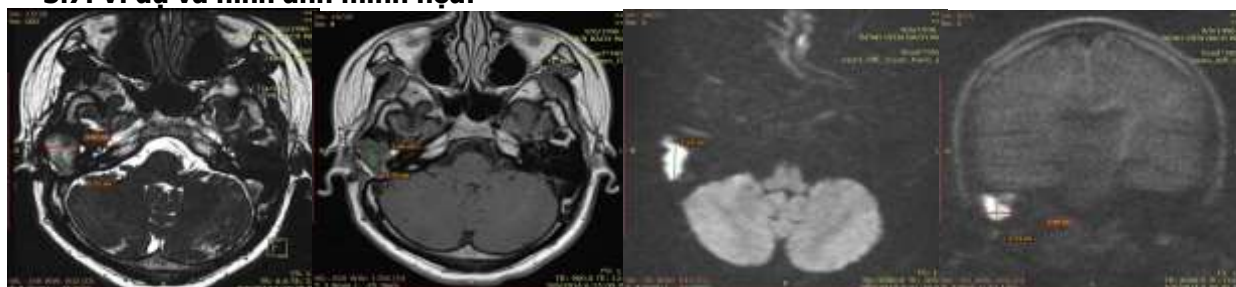
3.6. Hình ảnh chuỗi xung DWI HASTE

Bảng 5. Hình ảnh chuỗi xung DWI HASTE theo nhóm kích thước.

		Cholesteatoma				Tổng	p
		≤ 5mm		> 5 mm			
		n	%	n	%		
Tín hiệu DWI HASTE	Tăng	10	66.7	18	100	28	0.013
	Đông	5	33.3	0	0	5	
Tổng		15	100%	18	100%	33	

Có mối liên quan giữa tín hiệu DWI HASTE với cholesteatoma theo hai nhóm kích thước có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$)

3.7. Ví dụ và hình ảnh minh họa:



T2 phân giải cao: tăng tín hiệu T1 chụp muộn sau tiêm: không ngấm thuốc DWI EPI: tăng tín hiệu DWI HASTE: tăng tín hiệu

Hình ảnh MRI các chuỗi xung khác nhau của cholesteatoma tai giữa phải tái phát trên cùng bệnh nhân

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tín hiệu của cholesteatoma trên các chuỗi xung: Trong tổng số 33 BN cholesteatoma tai giữa tái phát. Cholesteatoma chủ yếu là đồng tín hiệu (63.6%) và giảm tín hiệu (30.3%) trên T1, tăng tín hiệu trên T2 (78.8%). Đây là các chuỗi xung không đặc hiệu của cholesteatoma, tổ chức xơ sau mổ cũng có tín hiệu tương tự như cholesteatoma trên các chuỗi xung này.

Cholesteatoma tăng tín hiệu trên DWI là đặc điểm đặc trưng để nhận biết, tuy nhiên tỉ lệ phát hiện được trên DWI EPI chỉ là 51.5%, phát hiện được trên DWI HASTE có tỉ lệ cao hơn khác biệt (84.8%). DWI HASTE có độ nhạy cao hơn DWI EPI, do DWI HASTE không bị nhiễu ảnh ở vùng xương thái dương, đồng thời độ phân giải cao hơn và độ dày lớp cắt mỏng hơn.

Tỉ lệ cholesteatoma không ngấm thuốc đối quang tử sau tiêm ở thì muộn là 78.8% so sánh

với của Venail F là 90% và De Foer D là 56.7%.

4.2. Hình ảnh chuỗi xung Diffusion echo planar imaging (DWI EPI): Cholesteatoma đặc trưng là hạn chế khuếch tán, tăng tín hiệu trên DWI và giảm tín hiệu trên ADC. Theo bảng 3, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm cholesteatoma theo kích thước, DWI EPI phát hiện cholesteatoma có kích thước > 5mm là 88.9% trong khi đó chỉ phát hiện được cholesteatoma ≤ 5mm chỉ là 6.7%. Theo Venail F thì khả năng phát hiện được cholesteatoma của chuỗi xung DWI EPI là 60%. Nói chung các nghiên cứu khác cũng chỉ ra rằng cholesteatoma càng lớn thì càng dễ dàng phát hiện trên DWI EPI.

4.3. Hình ảnh chuỗi xung T1 sau tiêm thuốc ở thì muộn (DPI): Thông thường cholesteatoma điển hình không ngấm thuốc ở thì muộn. Theo bảng 4, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm không ngấm thuốc ở thì

muộn giữa hai nhóm cholesteatoma theo kích thước, ở nhóm kích thước $\leq 5\text{mm}$ có 20% số cholesteatoma không ngấm thuốc trong khi đó ở nhóm kích thước $>5\text{mm}$ có tới 94.4% số cholesteatoma không ngấm thuốc. Theo Venail F thì tỉ lệ cholesteatoma không ngấm thuốc là 90%, theo De Boer D là 56.7%. Sự khác biệt về tỉ lệ ngấm thuốc giữa hai nhóm có thể được giải thích là do khi cholesteatoma kích thước nhỏ có tổ chức xơ xung quanh ngấm thuốc, che lấp cholesteatoma ở trung tâm. Còn khi cholesteatoma có kích thước lớn, thì việc ngấm thuốc của tổ chức xơ xung quanh không che lấp được cholesteatoma ở trung tâm.

4.4. Hình ảnh chuỗi xung DWI HASTE:

Chuỗi xung DWI HASTE nhạy hơn trong việc phát hiện cholesteatoma 84.8%. Theo bảng 5, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ tăng tín hiệu trên DWI HASTE của cholesteatoma giữa nhóm kích thước $\leq 5\text{mm}$ là 66.7% so với nhóm $> 5\text{mm}$ là 100%. Khi kích thước $> 5\text{mm}$ thì DWI HASTE đã không bỏ sót bất cứ một cholesteatoma nào. Tuy nhiên bản thân trong nhóm cholesteatoma kích thước $\leq 5\text{mm}$, thì DWI cũng phát hiện cholesteatoma tốt hơn so với DWI EPI (6.7%) và DPI (20%).

V. KẾT LUẬN

Các chuỗi xung T1 và T2 không đặc hiệu cho cholesteatoma tai giữa. Tín hiệu cholesteatoma trên các chuỗi xung này tương tự như các tổn thương khác không phải cholesteatoma như tổ chức xơ, nù hạt.

Cholesteatoma đặc hiệu trên các chuỗi xung DWI EPI, DPI và DWI HASTE. Trong nghiên cứu

này, cholesteatoma hạn chế khuếch tán trên DWI EPI là 51.5%, không ngấm thuốc trên DPI là 78.8%, tăng tín hiệu trên DWI HASTE là 84.4%.

Nhóm cholesteatoma có kích thước $\leq 5\text{mm}$: DWI EPI hạn chế khuếch tán 6.7%, không ngấm thuốc trên DPI là 20% và tăng tín hiệu trên DWI HASTE là 66.7%.

Nhóm cholesteatoma có kích thước $> 5\text{mm}$: DWI EPI hạn chế khuếch tán 88.9%, không ngấm thuốc trên DPI là 94.4% và tăng tín hiệu trên DWI HASTE là 100%.

Như vậy chuỗi xung DWI HASTE có khả năng phát hiện cholesteatoma tốt nhất trong cả nhóm kích thước $\leq 5\text{mm}$ và nhóm kích thước $> 5\text{mm}$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Ngọc Liễu (2016)**, "Cholesteatoma" *Bệnh học Tai Mũi Họng*, Nhà xuất bản y học, 74-76.
2. **Nguyễn Tân Phong (2015)**, "Viêm tai giữa nguy hiểm" *Tai Mũi Họng*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, Bộ Y Tế.
3. **Peter M. Som (2003)**, *Head and Neck Imaging*, 4, Mosby, 1055 - 1374.
4. **De Foer B et al (2010)**, "Middle ear cholesteatoma: non-echo-planar diffusion-weighted MR imaging versus delayed gadolinium-enhanced T1-weighted MR imaging--value in detection", *Radiology*. 255(3), 866-72.
5. **Bonafe A Venail F, Poirrier V, et al, (2008)**, "Comparison of echo-planar diffusionweighted imaging and delayed postcontrast T1-weighted MR imaging for the detection of residual cholesteatoma", *AJNR Am J Neuroradio*(29), 1363- 68.
6. **K. Barath et al (2011)**, "Neuroradiology of Cholesteatomas", *AJNR Am J Neuroradio*(32), 221-29.
7. **Mudit Jindal et al (2011)**, "A Systematic Review of Diffusion-Weighted Magnetic Resonance Imaging in the Assessment of Postoperative Cholesteatoma", *Otology & Neurology*. 32, 1243-1249

KẾT QUẢ MÔ HÌNH KIỂM SOÁT MỘT SỐ NHÓM BỆNH LIÊN QUAN ĐẾN BIẾN ĐỔI KHÍ HẬU DỰA VÀO CỘNG ĐỒNG TẠI XÃ AN LÃO, HUYỆN BÌNH LỤC, TỈNH HÀ NAM

Nguyễn Văn Hiến¹, Lê Thị Tài¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu với mục tiêu: "Đánh giá kết quả bước đầu của mô hình kiểm soát một số nhóm bệnh có liên quan đến biến đổi khí hậu (BĐKH) dựa vào cộng đồng tại xã An Lão, huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam". Phương

¹*Viện Đào tạo Y học Dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội.*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Hiến

Email: nguyenvanhien@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.3.2018

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2018

Ngày duyệt bài: 11.5.2018

pháp: Nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng, được thực hiện tại 2 xã của huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam là xã An Lão (xã can thiệp) và xã Đôn Xá (xã chứng). Kết quả nghiên cứu cho thấy hoạt động can thiệp đã thu hút được các cấp chính quyền, ban ngành đoàn thể và người dân tham gia, góp phần hạn chế BĐKH và phòng chống dịch bệnh liên quan đến BĐKH. Một số chỉ số hiệu quả can thiệp (HQCT) đạt được đáng chú ý là tỷ lệ người dân có điểm kiến thức đạt $\geq 50\%$ mức điểm kiến thức mong đợi về một số bệnh khá cao như với bệnh: Cúm A/H5N1; Cúm A/H1N1; Tay-Chân-Miệng; Tăng huyết áp, sỏi thận với HQCT tương ứng là: 2090,0%; 628,3%; 2107,8%; 2090,0%; 67,7%. Chỉ số hiệu quả can thiệp về điểm thực hành

đạt $\geq 50\%$ mức điểm mong đợi về một số bệnh như Cúm A/H5N1; Cúm A/H1N1; Tay-Chân-Miệng; Sốt Xuất Huyết với chỉ số HQCT tương ứng là: 1460,0%; 742,8%; 1228,9%; 232,5%. Mô hình can thiệp đã được các bên tham gia đánh giá cao và có khả năng duy trì bền vững, người dân đã có các hành động cụ thể để phòng chống BDKH và dịch bệnh liên quan.

Từ khóa: Biến đổi khí hậu; Bệnh dịch liên quan; Kiến thức; Thực hành; Hiệu quả can thiệp.

SUMMARY

THE RESULTS OF INTERVENTION MODEL TO CONTROL SOME DISEASES RELATED TO CLIMATE CHANGE BASED ON COMMUNITY IN AN LAO COMMUNE, BINH LUC DISTRICT, HA NAM PROVINCE

Institute for Preventive Medicine and Public Health, Hanoi Medical University. The study aims to: "Develop intervention model and evaluate the initial results of the community-based model of controlling some diseases related to climate change in An Lao commune, Binh Luc district, Ha Nam Province". Methods: A community-controlled intervention study conducted in two communes of Binh Luc district, Ha Nam province, An Lao commune (intervention commune) and Don Xa commune (control commune). The results show that interventions have attracted the participation of authorities, sectoral organizations and people in intervention activities, that contribute to limitation of climate change and prevention diseases related to climate change. Some intervention effective indicators are notable: the percentage of people with knowledge score of $\geq 50\%$ of the expected knowledge level on some diseases are quite high, such as Flu A/H5N1; Flu A/H1N1; Hand-Foot-Mouth disease; Hypertension; Kidney stones with the corresponding intervention effective indicators are: 2090.0%; 628.3%; 2107.8%; 2090.0%; 67.7%. The percentage of people with practice score of $\geq 50\%$ of the expected practice level on some diseases are quite high, such as Flu A/H5N1; Flu A/H1N1; Hand-Foot-Mouth disease; Dengue fever with the corresponding intervention effective indicators are: 1460.0%; 742.8%; 1228.9%; 232.5%. Intervention model have been highly appreciated by stakeholders and can be maintained sustainably and people have taken specific actions to prevent and respond to climate change.

Keywords: Climate Change; Related Diseases; Knowledge; Practice; Effective of intervention.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Biến đổi khí hậu (BDKH) là thách thức lớn nhất hiện nay mà loài người đang phải đối mặt. Ảnh hưởng của BDKH luôn là vấn đề nóng trong diễn đàn Hội nghị Thượng đỉnh Liên hợp quốc về trái đất hàng năm. Hội nghị Thượng đỉnh Liên hợp quốc về biến đổi môi trường khí hậu (gọi tắt là COP21) được tổ chức tháng 12/2015 tại thủ đô Paris của Cộng hòa Pháp, là một điểm mốc đáng ghi nhớ, hội nghị đã đạt được thỏa thuận quan trọng, được coi là bước ngoặt lịch sử về

bảo vệ hành tinh của chúng ta, lần đầu tiên 195 nước tham gia Công ước khung của Liên hợp quốc về chống BDKH đã đi đến một thỏa thuận, buộc tất cả các nước cắt giảm lượng khí thải nhà kính, nhằm mục tiêu giữ mức tăng nhiệt độ toàn cầu trong thế kỷ XXI dưới 2°C . Tại Việt Nam, Đảng, Chính phủ, Ngành Y tế cũng đã có những quan tâm đặc biệt về phòng chống BDKH và đã có những Nghị quyết, Chương trình hành động đối phó với BDKH [1],[2],[3]. Biến đổi khí hậu có ảnh hưởng đến mọi mặt của đời sống xã hội. Nghiên cứu về dịch tễ học một số bệnh, đã chỉ ra mối tương quan giữa BDKH với dịch bệnh và ảnh hưởng tới sức khỏe. Nhiệt độ tăng do BDKH đã tác động trực tiếp đến bệnh tật và sức khỏe. Hiện nay phòng, chống dịch bệnh và các vấn đề sức khỏe do BDKH gây ra được quan tâm ở nhiều nước trên thế giới [4],[5]. Thu hút cộng đồng tham gia trong phòng chống dịch bệnh liên quan đến BDKH là yêu cầu không thể thiếu. Cộng đồng luôn có khả năng và sức mạnh tiềm tàng, nếu biết khai thác, cộng đồng có thể tham gia giải quyết các vấn đề sức khỏe và dịch bệnh liên quan đến BDKH [6]. Xây dựng mô hình can thiệp dựa vào cộng đồng như thế nào nhằm ứng phó với BDKH và phòng chống dịch bệnh liên quan đến BDKH? Liệu mô hình có đem lại hiệu quả không? Góp phần trả lời cho câu hỏi này chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu: *Kết quả mô hình kiểm soát một số nhóm bệnh liên quan đến biến đổi khí hậu dựa vào cộng đồng tại xã An Lão, huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam*. Mục tiêu nghiên cứu: "Đánh giá hiệu quả bước đầu của mô hình kiểm soát một số nhóm bệnh có liên quan đến biến đổi khí hậu dựa vào cộng đồng tại xã An Lão, huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam 2015".

Đây là một đề tài nhánh trong khuôn khổ đề tài độc lập cấp Nhà nước, mã số: ĐTDL.2012-G/32: "Nghiên cứu thực trạng, xây dựng mô hình dự báo, kiểm soát một số nhóm bệnh có liên quan đến biến đổi khí hậu ở Việt Nam".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Đối tượng nghiên cứu: Người dân từ 18 tuổi trở lên, đại diện cho hộ gia đình, đang sinh sống ở 2 xã An Lão và Đồn Xá, huyện Bình Lục, Tỉnh Hà Nam.

Địa điểm nghiên cứu: Xã An Lão và xã Đồn Xá, huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam.

Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp: Từ 7/2014-7/2015.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp cộng đồng có đối chứng.

2.3. Chọn mẫu và cỡ mẫu cho nghiên cứu:

Chọn huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam để can thiệp và tại huyện Bình Lục chọn ngẫu nhiên 2 xã, xã An Lão can thiệp và xã Đồn Xá làm đối chứng. Tiến hành can thiệp toàn thể người dân trong xã An Lão. Cỡ mẫu để đánh giá kiến thức, thực hành của người dân trước và sau can thiệp về một số bệnh lây và không lây do ĐBKH đã tính được là 400 đại diện hộ gia đình ở xã can thiệp và xã chứng.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu

- Sử dụng phần mềm Epidata 3.1 để nhập số liệu và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

- Cách tính điểm kiến thức/thực hành: đối với mỗi câu hỏi về kiến thức/thực hành, mỗi ý trả lời/thực hành đúng được tính 1 điểm, có bao nhiêu ý trả lời/thực hành đúng thì được bấy nhiêu điểm.

- Đánh giá kết quả can thiệp bằng chỉ số hiệu quả (CSHQ) và hiệu quả can thiệp (HQCT).

+ Chỉ số hiệu quả:

$$CSHQ (\%) = \frac{|p_1 - p_2|}{p_1} \times 100$$

- p₁: tỷ lệ chỉ số nghiên cứu trước can thiệp
- p₂: tỷ lệ chỉ số nghiên cứu sau can thiệp
- + Hiệu quả can thiệp:
- HQCT (%) = CSHQ_{CT} - CSHQ_{ĐC}; (CSHQ_{CT} và CSHQ_{ĐC}: chỉ số hiệu quả nhóm can thiệp và nhóm chứng).

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Đây là một phần nội dung nghiên cứu của đề tài nhánh trong đề tài nghiên cứu cấp Nhà nước, được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Hà Nội chấp thuận. Bản Chấp thuận Số 122/HĐĐĐ – ĐHYHN ngày 28 tháng 2 năm 2013.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số hoạt động can thiệp chính đã thực hiện

1. Thành lập Ban chỉ đạo phối hợp thực hiện đề tài cấp Nhà nước: Sở y tế Hà Nam, Ủy ban nhân dân huyện Bình Lục, Ủy ban nhân dân xã An Lão, huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam đã ra quyết định thành lập Ban chỉ đạo phối hợp với Trường Đại học Y Hà Nội thực hiện đề tài độc lập cấp Nhà nước mã số: ĐTĐL.2012.G/32.

2. Tổ chức hội thảo xây dựng mô hình can thiệp với sự tham gia các bên liên quan: Đại diện chính quyền, ban ngành đoàn thể, y tế tỉnh, huyện, xã, nhóm nghiên cứu đề tài cấp Nhà nước.

3. Lập kế hoạch các hoạt động can thiệp cụ thể: Soạn thảo tài liệu đào tạo, tài liệu truyền thông giáo dục sức khỏe (TT-GDSK), xây dựng kế hoạch thực hiện các hoạt động đào tạo, TT-GDSK, quy định về giao ban, báo cáo thông tin, hoạt động vận động cộng đồng tham gia.

4. Soạn thảo tài liệu đào tạo về ĐBKH, ảnh hưởng của ĐBKH và dịch bệnh liên quan đến ĐBKH. Soạn thảo tài liệu TT-GDSK cho cộng đồng (sách mỏng và tờ rơi).

5. Thực hiện các hoạt động can thiệp theo kế hoạch.

6. Định kỳ giao ban, báo cáo thông tin về hoạt động can thiệp với Ban chỉ đạo các cấp.

7. Nâng cao năng lực thực hiện nhiệm vụ cho cán bộ trạm y tế, lồng ghép các hoạt động tư vấn, TT-GDSK vào trong công tác hàng ngày của cán bộ trạm y tế xã. Xây dựng quy định về hành động kiểm soát, ứng phó nhanh với dịch bệnh liên quan đến ĐBKH của cán bộ trạm y tế.

8. Điều tra, đánh giá sau can thiệp, khuyến nghị bổ sung mô hình và mở rộng mô hình ra các xã khác sau thực hiện can thiệp.

3.2. Kết quả của mô hình can thiệp đến thay đổi kiến thức, thực hành của dân về một số bệnh lây và không lây liên quan đến biến đổi khí hậu

3.2.1. Một số hiệu quả can thiệp đạt được với thay đổi kiến thức về một số bệnh lây và không lây của xã can thiệp so với xã chứng

Bảng 1. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có mức kiến thức đạt ≥50% điểm mong đợi về một số bệnh lây và không lây của xã can thiệp và xã đối chứng (N=400 mỗi xã)

Bệnh	Xã An Lão (can thiệp)		Xã Đồn Xá (chứng)		HQCT (%)
	Trước CT(%)	Sau CT(%)	Trước(%)	Sau(%)	
Cúm A/H5N1	1,8	56,7	0,5	5,3	2090,0
Cúm A/H1N1	5,0	41,2	2,3	4,5	628,3
Tiêu chảy cấp	35,5	76,8	44,0	70,5	56,1
Tay-Chân-Miệng	2,5	64,5	1,8	8,5	2107,8
Sốt xuất huyết	14,0	78,7	11,8	55,0	96,0
Viêm não Nhật Bản	0,2	14,7	0,5	7,5	5850,0
Tăng huyết áp	1,6	68,2	0	4,8	2090,0
Đột quy não	1,8	61,7	0	35,5	-
Sỏi thận	13,2	22,9	7,0	7,4	67,7

Nhận xét: Kết quả bảng 1 cho thấy hiệu quả can thiệp về kiến thức một số bệnh lây và không lây đạt khá cao. Cao nhất là hiệu quả can thiệp về kiến thức bệnh Tay – Chân – Miệng đạt tới 2107,8%, thấp nhất là hiệu quả can thiệp về kiến thức bệnh tiêu chảy cấp đạt 56,1%.

Bảng 2. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có mức thực hành đạt $\geq 50\%$ điểm mong đợi về một số bệnh lây và không lây tại xã can thiệp và xã đối chứng (n=400 ở mỗi xã)

Bệnh	Xã An Lão (can thiệp)		Xã Đôn Xá (chứng)		HQCT (%)
	Trước CT (%)	Sau CT (%)	Trước (%)	Sau (%)	
Cúm A/H5N1	0,2	32,2	0,2	3,0	1460,0
Cúm A/H1N1	4,3	36,5	3,3	3,5	742,8
Tiêu chảy cấp	38,0	74,5	36,5	50,5	57,7
Tay-Chân-Miệng	3,8	82,8	2,2	20,9	1228,9
Sốt xuất huyết	4,0	65,3	2,2	30,8	232,5
Viêm não Nhật Bản	0	21,0	0,2	4,5	-
Tăng huyết áp	0	29,3	0	1,5	-
Đột quy não	1,2	31,2	0	2,2	-
Sỏi thận	3,6	43,6	3,2	3,8	0

Nhận xét: Kết quả bảng 2 cho thấy HQCT về thực hành một số bệnh lây và không lây ở xã An Lão (can thiệp) so với xã Đôn Xá (xã chứng) đạt cũng khá cao. Cao nhất là hiệu quả can thiệp về thực hành với bệnh cúm A/H5N1 là 1460,0%, thấp nhất là hiệu quả can thiệp đối với bệnh tiêu chảy cấp đạt 57,7%.

Bảng 3.3. Một số việc cụ thể các hộ gia đình đã thực hiện để ứng phó với biến đổi khí hậu và dịch bệnh liên quan đến biến đổi khí hậu (N = 400 hộ gia đình)

STT	Những việc cụ thể đã làm	N	Tỷ lệ %
1	Thu gom, xử lý rác thải	264	66,5
2	Vệ sinh gia đình, sắp xếp nhà cửa gọn gàng	235	59,2
3	Trồng cây xanh	172	43,0
4	Bảo vệ và sử dụng tiết kiệm nguồn nước sạch	162	40,8
5	Sử dụng tiết kiệm điện	154	38,8
6	Hạn chế sử dụng bao túi ni lon	142	35,8
7	Hạn chế đốt rơm rạ/vàng mã tại gia đình	90	22,7
8	Thu gom bao bì hóa chất trừ sâu/Thuốc bảo vệ thực vật.	84	21,2
9	Tiết kiệm không để thức ăn thừa	77	19,4
10	Không vứt xác súc vật chết bừa bãi	68	17,1
11	Chưa làm gì thêm	37	9,3

Nhận xét: Tỷ lệ hộ gia đình đã thực hiện thu gom, xử lý rác thải là cao nhất (66,5%), tiếp đến là tỷ lệ hộ gia đình đã thực hiện vệ sinh gia đình, sắp xếp nhà cửa gọn gàng (59,2) và trồng cây xanh (43%). Số gia đình chưa thực hiện việc làm gì chiếm 9,3%.

IV. BÀN LUẬN

Ngành y tế đã có kế hoạch hành động phòng chống BDKH [3], để triển khai kế hoạch hành động này cần quan tâm đến nghiên cứu xây dựng các mô hình phòng chống dịch bệnh liên quan đến BDKH cho phù hợp. Đáp ứng nhu cầu thực tế, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu: *Xây dựng mô hình kiểm soát một số nhóm bệnh liên quan đến biến đổi khí hậu dựa vào cộng đồng tại huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam*. Quá trình xây dựng mô hình và hoạt động can thiệp ở xã An Lão, trong khuôn khổ đề tài cấp Nhà nước đã

đạt được những kết quả cụ thể và hiệu quả bước đầu. Can thiệp được người dân đánh giá cao, mặc dù thời gian chưa dài, chỉ trong vòng một năm. Các hoạt động can thiệp mà trọng tâm là thực hiện TT-GDSK đã đem đến lợi ích thiết thực cho người dân trong phòng chống dịch bệnh. Có thể nhận thấy các bên liên quan, bao gồm chính quyền, ban ngành đoàn thể, cán bộ y tế và đặc biệt là người dân đã tiếp nhận và tích cực tham gia các hoạt động can thiệp, trong đó có việc nâng cao kiến thức và hướng dẫn thực hành phòng chống một số bệnh lây và không lây do BDKH. Một điểm quan trọng trong hoạt động can

thiệt là đã chú ý sử dụng giải pháp đẩy mạnh sự tham gia của cộng đồng. Việc sử dụng giải pháp tham gia của cộng đồng đã thu hút được sự chỉ đạo của chính quyền các cấp và hành động của các ban ngành đoàn thể. Sự chỉ đạo của chính quyền là một nhân tố rất quan trọng, nếu không có sự quan tâm của chính quyền thì cũng khó có thể giáo dục và huy động được cộng đồng tích cực tham gia.

Với cán bộ y tế qua tham dự đào tạo, họ đã nhận thức rõ về BDKH và ảnh hưởng của BDKH, nhận ra trách nhiệm của mình, gương mẫu, tích cực trong giáo dục cộng đồng, lồng ghép TT-GDSK trong công việc hàng ngày, đã góp phần tạo ra được các hoạt động cụ thể, lan tỏa trong cộng đồng.

Truyền thông giáo dục sức khỏe là một giải pháp quan trọng trong chăm sóc sức khỏe cộng đồng mà có nghiên cứu can thiệp cộng đồng đã áp dụng đạt hiệu quả [7]. Trong can thiệp chúng tôi đặc biệt quan tâm đến hoạt động TT-GDSK, coi đây là hoạt động cốt lõi. Chúng tôi chú ý soạn thảo thông điệp phù hợp thực tế, thực hiện TT-GDSK lồng ghép, phối hợp nhiều bên liên quan, tổ chức thường xuyên, liên tục. Tài liệu truyền thông quan trọng được biên soạn là cuốn sách mỏng: Chuẩn bị và ứng phó với biến đổi khí hậu dựa vào cộng đồng. Sách mỏng có hướng dẫn những việc làm cụ thể mà cộng đồng cần làm, có thể và làm được để giảm thiểu tác động của BDKH và phòng chống dịch bệnh, bảo vệ môi trường sống xanh, sạch đẹp, phát triển cộng đồng bền vững. Chúng tôi cũng đã chú ý giáo dục ý thức trách nhiệm của cộng đồng với các thể hệ mai sau, bằng cách nêu rõ ảnh hưởng cả trước mắt và lâu dài của BDKH, chỉ ra những việc làm gây ô nhiễm môi trường, ảnh hưởng xấu đến sức khỏe của cá nhân, gia đình và cộng đồng hiện tại và tương lai. Lồng ghép, giáo dục các khía cạnh như vậy góp phần thiết thực bảo vệ môi trường xanh sạch, đẹp, giữ cân bằng sinh thái, phát triển cộng đồng bền vững, đã tác động đến tâm lý, suy nghĩ và tình cảm của người dân, từ đó dẫn đến thay đổi hành vi, thể hiện bằng các việc làm cụ thể. Từ thực tế các hoạt động này, cho thấy nếu đề cập hợp lý, suy nghĩ và tìm ra các thông điệp phù hợp trong TT-GDSK, có thể đem lại hiệu quả tốt, dẫn đến cộng đồng thực hành hành vi sức khỏe lành mạnh.

Chúng tôi cho rằng để thực hiện mục tiêu Quốc gia về ứng phó với BDKH theo Nghị quyết của Chính phủ [2], thì việc xây dựng và duy trì các mô hình can thiệp dựa vào cộng đồng là cần

thiết. Để duy trì mô hình can thiệp ở xã An Lão và mở rộng ra các xã khác, yếu tố không thể thiếu được đó là tiếp tục đẩy mạnh TT-GDSK, hướng dẫn cộng đồng hành động. Có quy định cho cán bộ y tế xã, thôn, những người trực tiếp thực hiện CSSKBĐ lồng ghép giáo dục sức khỏe cho dân trong công việc hàng ngày, tạo được thói quen nghề nghiệp về TT-GDSK.

V. KẾT LUẬN

- Mô hình kiểm soát một số nhóm bệnh liên quan đến biến đổi khí hậu dựa vào cộng đồng tại xã An Lão, huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam đã thu hút sự tham gia của cộng đồng, lồng ghép, phối hợp hoạt động; Chú trọng hoạt động đào tạo cho cán bộ y tế và TT-GDSK về phòng chống BDKH và dịch bệnh liên quan đến BDKH; Hướng dẫn việc làm cụ thể để dân hiểu ý nghĩa và làm được; Tổ chức giao ban định kỳ, theo dõi, giám sát, ghi nhận các kết quả đạt được của can thiệp.

- Hiệu quả can thiệp đạt được khá rõ với việc nâng cao kiến thức và thực hành của dân về phòng chống một số bệnh liên quan đến BDKH như Cúm A/H1N1, Cúm A/H5N1; Bệnh TCM, Bệnh Tăng huyết áp... Mô hình có khả năng duy trì và nhân rộng ra các xã khác của huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Ban chấp hành Trung ương Đảng (2013);** *Nghị quyết số 24-NQ/TW ngày 3/6/2013 Hội nghị Trung ương 7 khóa 11 về chủ động ứng phó với biến đổi khí hậu, tăng cường quản lý tài nguyên và bảo vệ môi trường.*
- Thủ tướng Chính phủ (2011),** *Chiến lược quốc gia về biến đổi khí hậu;* Ban hành kèm theo Quyết định số 2139/QĐ-TTg ngày 05 tháng 12 năm 2011 của Thủ tướng Chính phủ.
- Bộ Y tế (2010);** *Quyết định số 3557/QĐ-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế;* Ban hành ngày 27/9/2010 về việc Kế hoạch hành động ứng phó với biến đổi khí hậu của ngành Y tế giai đoạn 2010-2015.
- Anthony J. McMichael (2013);** *Globalization, climate change and human health;* The New England Journal of Medicine 368:14.
- Phillippa H.C et al. (2010).** Climate change & human health: impacts & adaptation issues for New Zealand. In: Climate change adaptation in New Zealand: future scenarios and some sector perspectives. New Zealand Climate Change Centre, Wellington, pp 112-121.
- Kristie L. Ebi, Jan C. Semenza (2008);** *Community – Based Adaptation to the Health Impacts of Climate change;* Am J Prev Med; 35 (5).
- Trần Thị Nga và cộng sự (2011);** *Ảnh hưởng của can thiệp truyền thông giáo dục sức khỏe đến kiến thức, thực hành về một số vấn đề bệnh tật của người dân xã An Mỹ, huyện Bình Lục, Tỉnh Hà Nam.* Tạp chí Nghiên cứu Y học, Tập 75, Số tháng 8-2011.

THỰC TRẠNG VÉC TƠ TRUYỀN BỆNH SỐT RÉT KHU VỰC ĐỒNG BẰNG VEN BIỂN NAM BỘ

Trần Kiên¹, Trần Quang Trung¹

TÓM TẮT

Chúng tôi tiến hành điều tra cơ sở dữ liệu về điều kiện thời tiết khí hậu và điều tra về muỗi *Anopheles* truyền bệnh sốt rét tại 7 tỉnh khu vực đồng bằng ven biển Nam bộ năm 2014, gồm: Kiên Giang, Cà Mau, Bạc Liêu, Sóc Trăng, Trà Vinh, Bến Tre và Tiền Giang, nhằm phân tích mối liên quan giữa véc tơ truyền bệnh sốt rét và khí hậu thời tiết; đồng thời xác định thành phần, tỷ lệ các loài *Anopheles*: Nhiệt độ giảm từ tháng 10/2013 đến tháng 2/2014, số lượng muỗi tăng từ tháng 9 đến tháng 12/2013 (tương quan nghịch với $r = -0,83$). Độ ẩm tăng từ tháng 8/2013 đến 1/2014, số lượng muỗi tăng từ tháng 9 đến 12/2013 (tương quan thuận với $r = 0,68$). Lượng mưa tăng từ tháng 8 đến 11/2013, số lượng muỗi tăng từ tháng 9 đến 12/2013 (với $r=0,32$). Thu thập được 5860 cá thể bọ gây thuộc 6 loài *Anopheles minimus*, *Anopheles varuna*, *Anopheles barbirostris*, *Anopheles sinensis*, *Anopheles subpictus*, *Anopheles vagus*. Số lượng loài *Anopheles* ở đây chiếm 10,2% số lượng loài *Anopheles* có tại Việt Nam. *Anopheles minimus* là loài chiếm ưu thế, thu thập được 2210 (37,7%), *Anopheles varuna* có số lượng cá thể 2090 (35,7%). Còn lại là những loài *Anopheles* có vùng phân bố rộng, thường gặp như *Anopheles barbirostris*, *Anopheles sinensis*, *Anopheles subpictus*, *Anopheles vagu* có số lượng cá thể ít hơn (26,6%).

Từ khóa: Véc tơ truyền bệnh sốt rét, nhiệt độ, độ ẩm, lượng mưa, bọ gây.

SUMMARY

THE STATUS OF MALARIA VECTORS IN THE COASTAL ZONE OF MEKONG RIVER DELTA

In 2014, we conducted a research from databases of climatic conditions and investigated anopheline mosquitoes transmitting malaria in seven provinces in the coastal zone of mekong river delta, including Kien Giang, Ca Mau, Bac Lieu, Soc Trang, Tra Vinh, Ben Tre and Tien Giang, in order to analyze the relationship between malaria vectors and climate, and to determine *Anopheles* species composition. The temperature decreased from October 2013 to February 2014; the number of mosquitoes increased from September to December 2013. The temperature was inversely correlated with the number of mosquitoes ($r = -0.83$). Moisture increased from August 2013 to January 2014; the number of mosquitoes increased from September to December 2015. Moisture was positively correlated with the number of mosquitoes ($r=0.68$). The rainfall increased from August to 11/2013; the number of mosquitoes

increased from September to December 2013. The rainfall was positively correlated with the number of mosquitoes ($r=0.32$). A total of 5,860 *Anopheles* larvae was collected (6 species: *Anopheles minimus*, *Anopheles varuna*, *Anopheles barbirostris*, *Anopheles sinensis*, *Anopheles subpictus*, *Anopheles vagus*). The number of *Anopheles* larvae in this area amounted to 10.2% of the number of *Anopheles* larvae in Vietnam. *Anopheles minimus* is the dominant species, collected 2210 (37.7%). The number of *Anopheles varuna* is 2090 (35.7%). The rest are broad-spectrum anopheles such as *Anopheles barbirostris*, *Anopheles sinensis* and *Anopheles subpictus* and *Anopheles vagu* (26.6%).

Key words: malaria vectors, temperature, humidity, rainfall, larvae.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những tác động của biến đổi khí hậu, hiện tượng nóng ẩm toàn cầu, mở rộng những vùng có nhiệt độ trung bình trên 16°C là yếu tố khiến vùng phân bố của các loài muỗi truyền bệnh ngày càng mở rộng. Bệnh sốt rét đã được chứng minh là bị ảnh hưởng bởi biến đổi khí hậu, hàng năm trên thế giới có khoảng trên 200 triệu người bị sốt rét, có tới trên 1 triệu người chết do sốt rét. Sốt rét nặng nhất là ở châu Phi chiếm tới 80% số người mắc sốt rét trên thế giới, sau đó là vùng Nam Á và Đông Nam Á. Nhiều nước vùng nhiệt đới, cận nhiệt đới do đặc điểm khí hậu thuận lợi cho muỗi truyền bệnh phát triển. Tại Việt Nam, từ năm 1987 bệnh sốt rét đã quay trở lại ở hầu hết các tỉnh vùng rừng núi và ven biển với tốc độ nhanh và nghiêm trọng, với khoảng 80% dân số sống trong vùng sốt rét (57 triệu người). Năm 1991, có 144 vụ dịch, gần 5 nghìn người chết do sốt rét và trên 1 triệu người mắc sốt rét. Toàn quốc có 190 huyện có sốt rét lưu hành nhẹ và 70 huyện có sốt rét lưu hành nặng, vừa. Sốt rét không chỉ ảnh hưởng lên sức khỏe cá nhân mà còn ảnh hưởng tới phát triển kinh tế xã hội. Việt Nam là một trong các quốc gia chịu ảnh hưởng nặng nề của biến đổi khí hậu và là vùng lưu hành nhiều dịch bệnh như sốt rét, sốt dengue và thường có khả năng phát triển mạnh thành dịch. Do vậy, nghiên cứu tập tính, phân bố của các loài muỗi truyền bệnh sốt rét tại các tỉnh đồng bằng ven biển là rất cần thiết để ngành y tế có kế hoạch phòng chống bệnh này hiệu quả.

Mục tiêu nghiên cứu: Phân tích mối liên quan giữa đặc điểm thời tiết, khí hậu đến sự phân bố của các loài muỗi truyền bệnh sốt rét tại khu vực đồng bằng ven biển Nam bộ.

¹Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Trần Kiên
Email: kientranhvqy@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 18.3.2018
Ngày phản biện khoa học: 4.5.2018
Ngày duyệt bài: 15.5.2018

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. *Đối tượng nghiên cứu:* Cơ sở dữ liệu về điều kiện thời tiết khí hậu tại các tỉnh nghiên cứu, gồm: nhiệt độ, độ ẩm, lượng mưa trung bình. Muỗi *Anopheles* truyền bệnh sốt rét.

2. *Địa điểm nghiên cứu:* Khu vực đồng bằng ven biển Nam bộ, gồm: tỉnh Kiên Giang, Cà Mau, Bạc Liêu, Sóc Trăng, Trà Vinh, Bến Tre và Tiền Giang.

3. *Thời gian nghiên cứu:* Từ 6/2013 đến 12/2014.

4. *Nội dung nghiên cứu:* Mối liên quan giữa muỗi *Anopheles* và điều kiện thời tiết khí hậu tại khu vực đồng bằng ven biển Nam bộ.

5. *Phương pháp nghiên cứu:* Phương pháp khảo sát các yếu tố môi trường, phương pháp điều tra *Anopheles* và thu thập bọ gậy.

- Khảo sát các yếu tố môi trường: Đo nhiệt độ, ẩm độ bằng máy đo TESTO 635; Đo tốc độ gió bằng máy đo SIBATA Model ISA-80; Đo cường độ ánh sáng bằng máy đo SIBATA Model ANA-F11.

- Điều tra *Anopheles*: Mỗi người trong nhà; Mỗi người ngoài nhà; Soi trong nhà ngày; Soi chuồng gia súc. Mật độ muỗi được tính bằng số lượng muỗi một người thu thập được trong một giờ (con/giờ/người).

- Thu thập bọ gậy: Mỗi loại thủy vực điều tra 100 bát. Mật độ bọ gậy được tính bằng số lượng bọ gậy thu thập được trong 100 bát (con/100 bát).

6. *Thu thập và xử lý số liệu:* Số liệu điều tra được điền vào các biểu mẫu thiết kế sẵn và xử lý theo phần mềm Epi-Info 6.0.

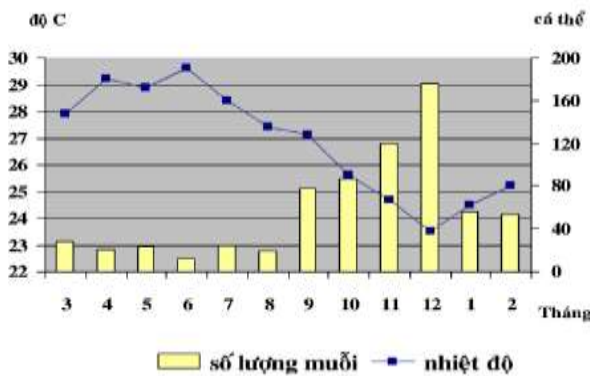
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Liên quan giữa véc tơ truyền bệnh sốt rét và khí hậu thời tiết tại đồng bằng ven biển Nam bộ

Bảng 1. Biến động của môi trường và số lượng muỗi *Anopheles minimus* trong năm

Tháng/năm	Nhiệt độ (°C)	Độ ẩm (%)	Lượng mưa (mm)	SL muỗi thu thập (cá thể)
3/2013	27,9	67	0	28
4/2013	29,2	69	32,3	21
5/2013	28,9	75	95,1	23
6/2013	29,6	72	62,3	12
7/2013	28,4	76	85,2	25
8/2013	27,4	82	176,5	19
9/2013	27,1	84	180,1	78
10/2013	25,6	89	245,4	87
11/2013	24,7	87	204,0	120
12/2013	23,5	84	75,6	176
1/2014	24,5	82	0	56
2/2014	25,2	75	29,9	54

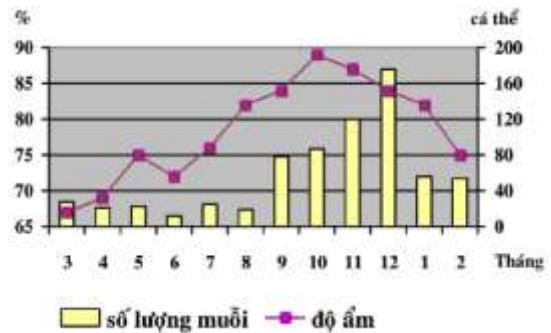
Tại 7 tỉnh khu vực đồng bằng ven biển Nam bộ có: Nhiệt độ tăng cao từ tháng 3 đến 9/2013; Độ ẩm tăng từ 8/2013 đến 01/2014; Lượng mưa tăng từ tháng 8 đến 11/2013 và số lượng muỗi thu thập được tăng từ tháng 9 đến 12/2013.



Biểu đồ 1. Sự tương quan giữa nhiệt độ và số lượng muỗi *Anopheles minimus*

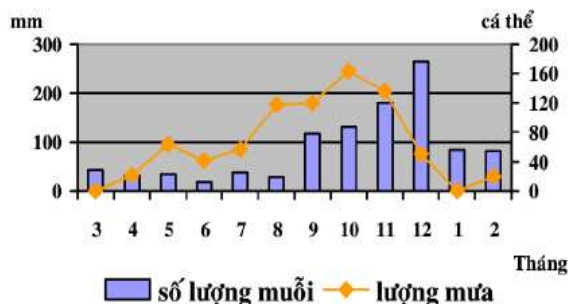
Nhiệt độ giảm từ tháng 10/2013 đến tháng 2/2014, số lượng muỗi thu thập tăng từ tháng 9 đến 12/2013. Sử dụng hệ số tương quan phân

tích số liệu nhiệt độ về số lượng muỗi thu thập từ tháng 3/2013 đến tháng 2/2014 xác định có sự tương quan nghịch $r = -0,83$ giữa nhiệt độ và số lượng muỗi thu thập được.



Biểu đồ 2. Sự tương quan giữa độ ẩm và số lượng muỗi *Anopheles minimus*

Độ ẩm tăng từ tháng 8/2013 đến tháng 1/2014, số lượng muỗi thu thập tăng từ tháng 9 đến 12/2013. Sử dụng hệ số tương quan phân tích số liệu độ ẩm và số lượng muỗi thu thập từ tháng 3/2013 đến tháng 2/2014 xác định có sự tương quan thuận giữa độ ẩm và số lượng muỗi thu thập ($r = 0,68$).



Biểu đồ 3. Sự tương quan giữa lượng mưa và số lượng muỗi *Anopheles minimus*

Lượng mưa tăng từ tháng 8 đến 11/2013, số lượng muỗi thu thập tăng từ tháng 9 đến 12/2013, sử dụng hệ số tương quan r phân tích số liệu từ tháng 3/2013 đến tháng 2/2014 xác định giữa lượng mưa và số lượng muỗi thu thập có $r = 0,32$.

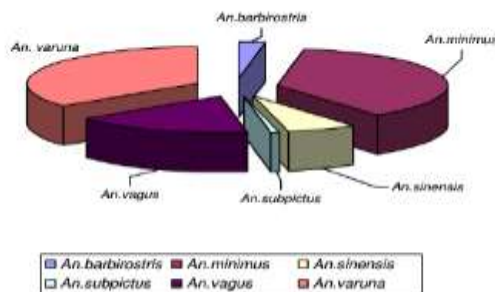
2. Thành phần, tỷ lệ các loài *Anopheles* tại đồng bằng ven biển Nam bộ

Bảng 2. Kết quả điều tra thành phần loài *Anopheles* tại đồng bằng ven biển Nam bộ

Thành phần loài	SL thu thập	Tỷ lệ%
<i>An. barbirostris</i> Van der Wulp, 1884	140	2,38
<i>An. minimus</i> , Theobald, 1901	2210	37,71
<i>An. sinensis</i> Wiedemann, 1828	3800	6,48
<i>An. subpictus</i> Grassi, 1899	60	1,02
<i>An. vagus</i> Doenitz, 1902	980	16,72
<i>An. varuna</i> Iyengar, 1924	2090	35,66

Bọ gậy *Anopheles* tại các thủy vực của điểm nghiên cứu được thu thập để xác định thành phần, tỷ lệ giữa các loài *Anopheles*. Kết quả điều tra từ tháng 3/2013 đến tháng 2/2014 thu thập được 5860 cá thể bọ gậy thuộc 6 loài *Anopheles minimus*, *Anopheles varuna*, *Anopheles barbirostris*, *Anopheles sinensis*, *Anopheles subpictus*, *Anopheles vagus*. Số lượng loài *Anopheles* tại đây chiếm 10,2% số lượng loài *Anopheles* có tại Việt Nam. *Anopheles minimus* chiếm ưu thế với số lượng cá thể bọ gậy thu thập được 2210 (37,71%), *Anopheles varuna* có số lượng cá thể thu thập được 2090 (35,7%). Còn lại những loài *Anopheles* có vùng phân bố rộng, thường gặp như *Anopheles barbirostris*,

Anopheles sinensis, *Anopheles subpictus*, *Anopheles vagus*... có số lượng cá thể thu thập ít hơn (26,62%).



Biểu đồ 4. Tỷ lệ các loài *Anopheles* tại đồng bằng ven biển Nam bộ

Tỷ lệ các loài *Anopheles minimus* (37,7%), *Anopheles varuna* (35,7%), các loài còn lại chiếm 26,6%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, mùa phát triển của *Anopheles* có liên quan với tình hình dịch sốt rét tại địa phương. Sự có mặt của *Anopheles minimus* quanh năm tại đồng bằng ven biển Nam bộ với mật độ cao chứng tỏ chúng đã thích nghi với môi trường ở đây, và chúng là một loài có vùng phân bố rộng như nhận định của Garros. Quần thể *Anopheles minimus* chịu ảnh hưởng các yếu tố nhiệt độ và ẩm độ của môi trường, phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Tuyên Quang tại Khánh Phú. Số lượng cá thể muỗi thu thập tăng vào các tháng cuối mùa mưa chứng tỏ mưa cũng có tác động đến quần thể *Anopheles minimus* tại đây, nhận định có sự tương quan thuận giữa lượng mưa và mật độ một số loài muỗi như *Anopheles philippinensis*, *Culex tritaeniorhynchus* ở ngưỡng lượng mưa tối đa là 150mm trong 7 ngày.

Nghiên cứu của chúng tôi tại 7 tỉnh thuộc khu vực đồng bằng ven biển Nam bộ cho thấy: Nhiệt độ tăng cao từ tháng 3 đến 9/2013; Độ ẩm tăng từ 8/2013 đến 01/2014; Lượng mưa tăng từ tháng 8 đến 11/2013 và số lượng muỗi thu thập được tăng từ tháng 9 đến 12/2013. Sử dụng hệ số tương quan phân tích số liệu nhiệt độ và số lượng muỗi thu thập xác định có sự tương quan nghịch ($r = -0,83$) và xác định có sự tương quan thuận giữa độ ẩm và số lượng muỗi thu thập ($r = 0,68$). Lượng mưa tăng từ tháng 8 đến 11/2013, số lượng muỗi thu thập tăng từ tháng 9 đến 12/2013, có hệ số tương quan $r = 0,32$. Kết quả điều tra từ tháng 3/2013 đến tháng 2/2014 cho thấy số lượng loài *Anopheles* tại đây chiếm 10,2%

số lượng loài *Anopheles* có tại Việt Nam. *Anopheles minimus* chiếm ưu thế (37,71%), *Anopheles varuna* có 35,7%. Còn lại những loài *Anopheles* có vùng phân bố rộng, có tỷ lệ ít hơn (26,62%).

Vấn đề tác động của thay đổi khí hậu đến bệnh tật còn kể đến các tác động khác nhau của nó đến môi trường sống, môi trường sinh thái phức tạp của con người. Sự thay đổi về khí hậu và mực nước biển dâng ảnh hưởng lớn đến môi trường sống của các trung gian truyền bệnh đặc biệt là các loài muỗi.

V. KẾT LUẬN

Đồng bằng ven biển Nam bộ là nơi có nhiệt độ cao và ẩm độ thấp. Người dân đã trồng cây mù u chắn gió biển, trồng nhiều loại cây ăn quả, đào các mương nước tưới cho cây, quá trình này đã cải tạo các yếu tố môi trường với các đặc điểm sau: Nhiệt độ dao động từ 23 đến 30°C. Ẩm độ trong khoảng 67 đến 89%. Tốc độ gió thay đổi từ 1,3 đến 3,8m/s. Cường độ ánh sáng đo được từ 170 đến 280 lux. Các yếu tố môi trường này phù hợp cho sự sinh trưởng của *Anopheles minimus* và điều đó giải thích cho sự phát triển của quần thể *Anopheles minimus* tại đây.

Quần thể *Anopheles minimus* tại đồng bằng ven biển Nam bộ phát triển quanh năm, có mật độ cao vào các tháng 10,11,12. Quần thể này có

tập tính vào nhà đốt máu người, mật độ đốt mỗi cao trước 22 giờ. *Anopheles minimus* tại đồng bằng ven biển Nam bộ nhiễm ký sinh trùng sốt rét với tỉ lệ là 1,72% và chúng tăng sức chịu đựng với hóa chất đang sử dụng trong chương trình Phòng chống Sốt rét Quốc gia.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Tài nguyên và Môi trường (2009), *Kịch bản biến đổi khí hậu và nước biển dâng cho Việt Nam*.
2. Trương Văn Có (2005), "Sự phân bố và tập tính sinh học của 2 phức hợp loài *Anopheles minimus*, Theobald, 1901 và *Anopheles dirus*, Peyton và Harrison 1979 ở khu vực Miền Trung - Tây Nguyên", *Tạp chí Y học Thực hành*, Bộ Y Tế xuất bản, số 511: tr 67-74.
3. Vũ Đình Chử, Lương Xuân Dũng, Phạm Thị Hoan (2006), "Kỹ thuật nuôi cấy chủng *Anopheles minimus* trong phòng thí nghiệm", *Công trình nghiên cứu khoa học Viện Sốt rét Ký sinh trùng và Côn trùng*, Nxb Y học, Hà Nội, tập 1: tr 406-413.
4. Nguyễn Thọ Viên, Nguyễn Sơn Hải, Nguyễn Tuyên Quang (1997), "Những nhận xét về sinh thái muỗi trưởng thành truyền sốt rét chủ yếu ở xã Khánh Phú, tỉnh Khánh Hòa, miền Trung Việt Nam", *Dự án nghiên cứu sốt rét Khánh Phú*, Nxb Y học, Hà Nội, tr 59-68.
5. Van Bortel W., Trung H.D., Roelands P., Harbach R.E., Backeljau T., Cooseman M., (2000), "Molecular identification of *Anopheles minimus* s.l. beyond distinguishing the members of the species complex", *Insect Molecular Biology* 9, pp. 335-340.

ĐÁNH GIÁ TƯƠNG QUAN GIỮA CHỈ SỐ CHỨC NĂNG THÔNG KHÍ PHỔI VÀ MỨC ĐỘ NẶNG BỆNH HEN TRÊN BỆNH NHI HEN PHẾ QUẢN

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành trên 49 trẻ hen phế quản tuổi từ 6-13, nghiên cứu các triệu chứng lâm sàng hen và chức năng thông khí phổi, dựa theo GINA 2014 phân loại các mức độ nặng của hen, từ đó đánh giá mối tương quan giữa mức độ nặng của hen với chỉ số chức năng thông khí phổi. Kết quả cho thấy 22.5% trẻ trong nhóm nghiên cứu mắc hen mức độ trung bình, 77.5% mức độ nhẹ. FEV1 mức trên và dưới 80% ở nhóm mắc hen nhẹ và trung khác biệt không có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên nhóm mắc hen trung bình có nguy cơ có FEV1 < 80% gấp 2.4 lần so với nhóm có kiểm soát. Có mối tương quan chặt giữa PEF và mức độ nặng của hen, Nhóm hen mức độ trung bình có

Nguyễn Thị Bình¹, Nguyễn Thị Diệu Thuý¹

nguy cơ có PEF < 60% cao gấp 5,68 lần so với nhóm hen mức độ nhẹ.

Từ khóa: hen phế quản, FEV1, PEF

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN LUNG FUNCTION INDEXES AND ASTHMA MANAGEMENT

This study was conducted to evaluate the changes of lung function indexes in asthma diagnostic patient and the relationship between those changes and the level of asthma classified upon GINA 2014 criterion. The results showed: 22.5% patients in studying group were in asthma level 3 (moderate), 77.5% were in mild group (level 1 and 2). Patients in moderate asthma group have a risk of having FEV1 below 80% 3.19 times higher as compared with mild asthma child, but the different have no significant. There is strong relationship between mild and moderate asthma groups for PEF value, the moderate patients have a risk of PEF below 60% is 7.29 times higher than those have mild asthma.

Keywords: Asthma, FEV1, PEF

¹Trường Đại học Y Hà nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Bình

Email: binh.bu@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.3.2018

Ngày phản biện khoa học: 4.5.2018

Ngày duyệt bài: 16.5.2018

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hen phế quản (HPQ) là một bệnh viêm mạn tính đường hô hấp, tăng phản ứng phế quản, co thắt cơ trơn phế quản và dẫn đến tắc nghẽn đường dẫn khí có hồi phục [1]. Thăm dò chức năng thông khí phổi giúp đánh giá các thể tích của phổi, sự thông thoáng đường thở, mức độ tắc nghẽn đường dẫn khí, sự đáp ứng với test giãn phế quản vì thế là xét nghiệm giúp chẩn đoán hen, theo dõi quá trình tiến triển và đáp ứng điều trị của bệnh nhân.

Trong hen phế quản có sự gia tăng kháng lực đường dẫn khí do co thắt cơ trơn phế quản, tăng tiết nhầy và viêm mạn tính cho nên có sự giảm các lưu lượng đường dẫn khí, đặc biệt là đường dẫn khí gần, vì thế lưu lượng đỉnh PEF, chỉ số đánh giá sự tắc nghẽn đường dẫn khí thì thở ra, là chỉ số được sử dụng làm tiêu chuẩn chẩn đoán của hen phế quản [2], [3]. PEF có thể giảm nhiều giờ, thậm chí là vài ngày trước khi có triệu chứng báo hiệu của một cơn hen cấp.

Theo GINA đánh giá mức độ nặng của hen dựa trên lâm sàng, chia thành các bậc bao gồm nhẹ từng cơn, nhẹ dai dẳng, trung bình dai dẳng và nặng dai dẳng với các biểu hiện lâm sàng cơn cấp có thể ảnh hưởng đến hoạt động thể lực hoặc hạn chế hoạt động thể lực, tần xuất xuất hiện cơn hen cùng với giá trị lưu lượng đỉnh. Phân loại mức độ hen giúp bác sỹ lâm sàng lựa chọn phác đồ kiểm soát, điều trị hen hiệu quả, tránh suy giảm chức năng thông khí phổi.

Nghiên cứu được thực hiện nhằm phân loại mức độ hen trong nhóm trẻ nghiên cứu và đánh giá tương quan giữa mức độ nặng của hen với các chỉ số chức năng thông khí phổi trên bệnh nhi hen phế quản.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 4 đến tháng 12 năm 2016, có 49 trẻ hen phế quản tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Trẻ hen phế quản:

- Bệnh nhân dưới 5 tuổi được chẩn đoán hen theo GINA 2014 [4].
- Bệnh nhân đang có cơn hen phế quản cấp.
- Trẻ và gia đình bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân hen phế quản mắc thêm bệnh nặng khác như: Cường giáp, loạn nhịp tim, tim bẩm sinh, thấp tim, cao huyết áp...

- Gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang

- Các chỉ tiêu nghiên cứu được thu thập theo một mẫu bệnh án thống nhất.

Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện, tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được mời tham gia nghiên cứu.

Các bước tiến hành nghiên cứu:

- Hỏi gia đình trẻ về bệnh sử, tiền sử, khám lâm sàng để đánh giá mức độ nặng của cơn hen cấp.

- Đo chức năng thông khí phổi: Giải thích cho đối tượng các thao tác và cách tiến hành để đạt được kết quả chính xác nhất; nhập tên, ngày tháng năm sinh, chiều cao, cân nặng. Tiến hành đo, bệnh nhân thở bình thường vài nhịp (thường 3 nhịp) rồi sau đó hít vào tối đa, thở ra nhanh, mạnh hết khả năng; kết thúc bằng một thì hít vào tối đa. Đo như vậy 3 lần rồi lấy kết quả cao nhất. Kết quả ghi nhận khi được thực hiện đúng kỹ thuật. Đường cong lưu lượng thể tích đảm bảo 7 tiêu chuẩn (Đối tượng hiểu được các chỉ dẫn thực hiện; Hít vào được thực hiện với gắng sức cao nhất; Thở ra trôi chảy và liên tục; Thở ra có đỉnh; Thời gian thở ra tối thiểu 6s với trẻ >10 tuổi, 3s với trẻ <10 tuổi; Kết thúc đo đường cong lưu lượng thở ra có bình nguyên kéo dài 1s; Việc bắt đầu đo có thoả đáng) và 3 yếu tố lặp lại (Chênh lệch giữa FVC lớn nhất và thứ hai nhỏ hơn 150ml hoặc 100ml khi FVC<1l; Sự chênh lệch giữa FEV1 lớn nhất và thứ hai nhỏ hơn 150ml; hoặc khi FEV1<1l; Có bằng chứng giải thích cho việc thiếu khả năng có thể lặp lại).

Đạo đức nghiên cứu: Trẻ tham gia nghiên cứu đều được phép của gia đình bệnh nhân. Các gia đình của trẻ đều được giải thích về ý nghĩa của nghiên cứu. Mọi thông tin thu thập được đảm bảo bí mật, chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số 49 đối tượng tham gia nghiên cứu, có 32 bệnh nhân nam chiếm 65.3%, 17 nữ chiếm tỷ lệ 34.7%. Tuổi trung bình 9,63 ±1,9 (từ 6 đến 13 tuổi)

3.1. Mức độ hen

Bảng 3.1 Phân loại mức độ nặng theo bậc hen GINA

Mức độ nặng		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bậc 1	Hen nhẹ	13	26.5
Bậc 2		25	51
Bậc 3	Hen trung bình, nặng	11	22.5

22.5% đối tượng của nhóm nghiên cứu ở bậc hen trung bình, 77.5% mắc hen ở mức nhẹ.

3.2. Đánh giá chức năng thông khí phổi

Bảng 3.2. Giá trị trung bình của thông số chức năng hô hấp

Thông số (%)	Trước test giãn PQ			Sau test giãn PQ			P
	Max	Min	Trung bình	Max	Min	Trung bình	
FVC	136	63	97,4 ± 2,27	143	72	99,8 ± 2,18	0,363
FEV1	120	57	92,1 ± 1,94	128	66	97,3 ± 1,83	0,000
PEF	99	38	72,6 ± 1,97	104	51	77,5 ± 2,0	0,001
FEV1/FVC	1.0	0.67	0,86 ± 0,01	1.0	0.69	0,89 ± 0,01	0,080

FVC trước test giãn PQ là 97,4% ± 2,27; sau test là 99,8% ± 2,18, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Cả FEV1 và PEF đều tăng có ý nghĩa thống kê sau test (p < 0,001)

3.3. Tương quan giữa mức độ nặng của hen và FEV1

Bảng 3.3. Tương quan giữa mức độ nặng của hen và FEV1

Bậc hen FEV1	Trung bình và nặng (n/%)	Nhẹ (n/%)	
<80%	3 (27.3%)	4 (10.5%)	OR= 3.19 p> 0.05
≥ 80%	8 (72.7%)	34 (89.5%)	
Tổng (n)	11 (100%)	38 (100%)	

Tỷ lệ phần trăm FEV1 mức trên và dưới 80% ở nhóm mắc hen nhẹ và nhóm mắc trung bình và nặng khác biệt không có ý nghĩa thống kê, tuy nhiên nhóm hen nặng và trung bình có nguy cơ có FEV1 < 80% gấp 3.19 lần so với nhóm mắc hen nhẹ.

3.4. Tương quan giữa mức độ nặng của hen và PEF

Bảng 3.4. Tương quan giữa mức độ kiểm soát hen và PEF

Bậc hen PEF	Trung bình và nặng (n)	Nhẹ (n)	
<60%	4 (36.4%)	4 (10.5%)	OR= 4.86 p=0.04
≥ 60%	7 (63.6%)	34 (89.5%)	
Tổng (n)	11 (100%)	38 (100%)	

Nhóm hen nhẹ có chỉ số chức năng thông khí phổi PEF ≥ 60% cao hơn ở nhóm hen trung bình và nặng, lần lượt là 89,5% và 63,6%. Ngược lại sự suy giảm PEF < 60% gặp ở nhóm hen trung bình và nặng cao hơn ở nhóm hen nhẹ (36,4% so với 10,5), khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Nguy cơ nhóm hen trung bình và nặng suy giảm PEF < 60% cao gấp 4,86 lần so với nhóm hen nhẹ.

IV. BÀN LUẬN

Đo chức năng hô hấp là một kỹ thuật quan trọng trong chẩn đoán và phân loại hen phế quản, tuy nhiên, kỹ thuật này đòi hỏi có sự phối

hợp của bệnh nhân nên thường chỉ thực hiện được trên trẻ lớn [5]. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng, thể tích thở ra tối đa trong giây đầu tiên của người bị hen phế quản thấp hơn người khỏe mạnh [6]. Bệnh nhân hen phế quản mức độ trung bình và nặng, thể tích thở ra tối đa trong giây đầu tiên thường nhỏ hơn 80% giá trị dự tính. Tỷ số FEV1/FVC của bệnh nhân hen phế quản cũng nhỏ hơn 80%. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi cả FEV1 và tỷ số FEV1/FVC các chỉ số này vẫn cao hơn 80% giá trị dự tính. Theo GINA 2006, FEV1 ở trẻ hen phế quản nhóm không thường xuyên và nhóm thường xuyên vẫn đạt được ít nhất 80% giá trị dự tính [3], 95% hen phế quản ở trẻ em là thể không thường xuyên và thể thường xuyên [7], điều này lý giải tại sao trong nghiên cứu này cả FEV1 và tỷ số FEV1/FVC của trẻ hen phế quản vẫn nằm trong giới hạn bình thường. Đo chỉ số chức năng thông khí phổi để phân loại mức độ nặng của bệnh chỉ tiến hành khi bệnh nhân ở ngoài cơn HPQ, không tiến hành đo trong khi bệnh nhân đang có triệu chứng của cơn HPQ cấp. PEF của nhóm đối tượng nghiên cứu nhỏ hơn 80% so với giá trị dự tính, nghiên cứu của Tôn Thị Minh, Vũ Khắc Đại cũng cho kết quả tương tự. Theo GINA, sự cải thiện về chỉ số PEF ở bệnh nhân HPQ xảy ra chậm hơn, ít nhất sau 6 tháng điều trị dự phòng so với chỉ số FEV1 cải thiện sau khoảng 2 tháng điều trị dự phòng [3]. Chính vì vậy chỉ số PEF có ý nghĩa quan trọng trong theo dõi và đánh giá kết quả điều trị bệnh lâu dài hơn so với việc dùng chỉ số FEV1.

Về mức độ nặng của hen trên lâm sàng theo tiêu chuẩn của GINA 2014, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận ở nhóm bệnh nhân mắc hen mức độ nhẹ, 89,5% thuộc nhóm này có PEF ≥ 60% cũng như FEV1 ≥ 80%. Trong khi so với nhóm mức độ trung bình và nặng, PEF ≥ 60%, FEV1 ≥ 80% chỉ lần lượt là 63,6% và 72,7%. Khi đánh giá tương quan, ở nhóm bệnh nhân có mức độ hen trung bình và nặng có nguy cơ suy giảm PEF dưới 60% cao gấp 4,86 lần so với nhóm hen nhẹ (OR = 4,86; 95% CI, 0,97 – 24,23; p <

0,05). Tuy nhiên FEV1 và mức độ hen không có sự tương quan ($p > 0,05$) nhưng chúng tôi cũng nhận thấy xu hướng ở những bệnh nhân hen trung bình và nặng có nguy cơ suy giảm FEV1 dưới 80% gấp 3,19 lần so với nhóm hen nhẹ. Nghiên cứu của Bùi Bình Bảo Sơn và cộng sự ở cả 2 nhóm trẻ tuổi từ 4 – 11 tuổi và 12 – 15 tuổi đều có tương quan thuận mức độ trung bình giữa mức độ nặng của hen trên lâm sàng và PEF ($r = 0,36$; $r = 0,52$; $p < 0,05$ lần lượt ở hai nhóm). Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Trương Phạm Hoàng Quyên (2009), theo đó tương quan giữa bậc HPQ trên lâm sàng với PEF có hệ số tương quan $r = 0,458$. Ngược lại, khi đánh giá mối tương quan giữa bậc HPQ với FEV1, Liam và cộng sự (2001) nghiên cứu trên 64 bệnh nhân HPQ ở Kuala Lumpur, Malaysia cũng cho thấy tương quan không chặt giữa triệu chứng lâm sàng và FEV1 ($r = 0,256$; $p < 0,05$). Trong khi đó, nghiên cứu của Mitra và cộng sự (2002) trên 64 trẻ HPQ đưa ra kết luận không có sự tương quan đáng kể giữa chỉ số FEV1 với mức độ nặng của HPQ theo triệu chứng lâm sàng.

Ở bệnh nhân HPQ nếu không được kiểm soát các triệu chứng lâm sàng sẽ xuất hiện ngày càng nặng lên và thường xuyên hơn dẫn đến tổn thương đường dẫn khí gây suy giảm chức năng thông khí phổi tiến triển. Vì vậy việc đánh giá mức độ nặng trên lâm sàng có giá trị dự báo nguy cơ tương lai của chức năng thông khí, đặc biệt là PEF. Điều này được GINA nhấn mạnh trong hướng dẫn cho các bác sĩ lâm sàng phải

chẩn đoán đúng, phân loại mức độ để lựa chọn phác đồ kiểm soát theo bậc hiệu quả, tiến hành sớm và quản lý đầy đủ để tránh suy giảm chức năng thông khí phổi trong tương lai [5].

V. KẾT LUẬN

FEV1 không tương quan với mức độ hen, nhưng có xu hướng giảm ở bệnh nhân mắc hen nặng hơn. PEF tương quan chặt với mức độ hen.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin chân thành cảm ơn các bác sĩ, điều dưỡng tại khoa Miễn dịch – Dị ứng, bệnh viện Nhi Trung ương đã giúp chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Global initiative for asthma GINA 2008**
2. **Nguyễn Thị Yên (2007)** Thăm dò chức năng hô hấp ở trẻ hen phế quản. Cập nhật về hen phế quản, Hội thảo khoa học cập nhật kiến thức nhi khoa lần thứ V: 26 – 29.
3. **Lanfant C (2006)** *GINA 2006*.
4. **GINA (2014)** *Global Strategy for the Diagnosis and Management Asthma in Children 5 years and younger*, Medical Communications Resources, Inc: 1–16.
5. **National Asthma Council Australia. Asthma Management Handbook. 2006**.
6. **Nelson BV, Sears S, Woods J, Ling CY, Hunt J, Clapper LM, et al (1997)** *Expired nitric oxide as a marker for childhood asthma*, *J Pediatric* 130(3): 423-7.
7. **Francisco Javier Alvarez Gutierrez J.F.M.-G.** Relationship of the Asthma Control Test (ACT) with Lung function, level of exhaled nitricoxide and Control According to the Global Initiative for Asthma (GINA). severity: objective versus subjective measure, *J Asthma*, 44 (9) 711 - 5.

MỘT SỐ BỆNH ĐƯỜNG HÔ HẤP MẠN TÍNH CỦA NGƯỜI LAO ĐỘNG CÔNG TY CỔ PHẦN SUPE PHỐT PHÁT VÀ HÓA CHẤT LÂM THAO NĂM 2017

Nguyễn Ngọc Anh¹, Lê Thanh Huyền², Nguyễn Thị Hoa²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu cắt ngang nhằm mô tả thực trạng bệnh đường hô hấp mạn tính ở người lao động Công ty cổ phần Supe và hóa chất Lâm Thao. **Phương pháp:** Thu thập số liệu bằng trực tiếp khám phát hiện chẩn đoán bệnh mạn tính ở đường hô hấp của người lao động được thực hiện bởi các bác sĩ chuyên khoa bệnh nghề nghiệp. **Kết quả:** Thực trạng bệnh hô hấp mạn tính ở người lao động Công ty cổ

phần Supe phốt phát và hóa chất Lâm Thao là: Tỷ lệ mắc viêm mũi xoang mạn tính là 1,0%. Tỷ lệ viêm họng mạn tính là 47,0%, có sự gia tăng tỷ lệ mắc theo nhóm tuổi đời và tuổi nghề, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ mắc viêm phế quản mạn tính là 2,25%, có sự gia tăng tỷ lệ mắc viêm phế quản mạn tính theo tuổi nghề ($p < 0,05$), nhóm tuổi nghề có tỷ lệ mắc cao nhất là trên 20 năm chiếm 4,1%. Tỷ lệ người lao động có suy giảm chức năng thông khí phổi là 8,9%. **Kết luận:** Tỷ lệ mắc bệnh hô hấp mạn tính ở người lao động cao, cần có biện pháp dự phòng hữu hiệu.

Từ khóa: bệnh hô hấp mạn tính, bệnh hô hấp ở người lao động, lao động ngành hóa chất

SUMMARY

¹Viện ĐT YHDP và YTCC, Đại học Y Hà Nội
² Trung tâm Y tế - Môi trường lao động Công thương
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Anh
 Email: ngocanh0407hmu@gmail.com
 Ngày nhận bài: 29.3.2018
 Ngày phản biện khoa học: 7.5.2018
 Ngày duyệt bài: 14.5.2018

SOME CHRONIC RESPIRATORY DISEASES OF WORKERS IN LAMTHAO FERTILIZERS AND CHEMICALS JOINT STOCK COMPANY IN 2017

Objectives: A cross-sectional study was applied to describe the chronic respiratory diseases of workers in Lamthao Fertilizers and Chemicals Joint Stock Company.

Methods: The data were collected by direct examination and diagnosis of chronic respiratory disease in workers. The performers are occupational disease doctors. **Results:** The percentage of chronic sinusitis of workers in Lamthao Fertilizers and Chemicals Joint Stock Company is 1.0%. The percentage of chronic pharyngitis is 47.0%, the chronic pharyngitis percentage increase in higher age group, longer worked time ($p < 0.05$). The percentage of chronic bronchitis was 2.25%. The longer of occupational age is, the higher the chronic bronchitis percentage is ($p < 0.05$), the chronic bronchitis percentage of over working 20 year group is highest (4.1%). The rate of decreased respiratory function in worker is 8.9%. **Conclusion:** The prevalence of chronic respiratory disease in workers is high, so effective prevention measures are needed.

Key words: chronic respiratory disease, respiratory disease in workers, chemical workers.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ô nhiễm môi trường lao động đã ảnh hưởng đến sức khỏe người lao động, đặc biệt là bộ máy hô hấp, từ hô hấp trên như các bệnh về mũi, họng, đến hô hấp dưới như các bệnh phổi, phế quản đều có xu thế gia tăng. Theo số liệu điều tra của Bộ Công thương Việt Nam và cơ quan hợp tác quốc tế Nhật Bản (JICA), năm 2013 cả nước có 3.311 nhà máy đã được xác định là nguyên nhân gây ô nhiễm môi trường. Trong đó, công nghiệp hoá chất chiếm tỉ lệ khá cao, 432 nhà máy (chiếm 12,3%). Mặc dù vậy phát triển công nghiệp là sự tất yếu của xã hội trong đó có ngành công nghiệp hóa chất. Ngành công nghiệp hóa chất đóng vai trò lớn trong sự phát triển các ngành, lĩnh vực khác nhưng đây cũng là ngành có nhiều nguy cơ gây ô nhiễm môi trường, ảnh hưởng sức khỏe người lao động.

Trong một nghiên cứu thuần tập trong 2 năm của Tô Văn Anh (2007) về một số chỉ số sức khỏe của của người lao động 18 – 45 tuổi làm việc trong môi trường ô nhiễm styren, kết quả cho thấy có 26,7% người lao động khó ngủ và mất ngủ; biến đổi điện não đồ chủ yếu ở điện thế thấp tăng lên gần 20% sau 2 năm [2].

Công ty cổ phần Supe phốt phát và Hóa chất Lâm Thao được khánh thành và đi vào sản xuất từ tháng 6 năm 1962 cho đến nay. Trong quá trình phát triển, để phù hợp nhu cầu thị trường phân bón, hóa chất Việt Nam, Công ty đã có nhiều thay đổi, thêm nhiều sản phẩm mới. Vấn đề nâng cao năng suất lao động và bảo vệ chăm

lo sức khỏe người lao động của Công ty luôn được quan tâm song song. Nghiên cứu tìm ra các đặc trưng bệnh liên quan môi trường lao động của Công ty sẽ góp phần trong sự nghiệp chăm sóc sức khỏe người lao động nơi đây hiệu quả hơn, vì vậy đề tài đã thực hiện nhằm mục tiêu: *"Mô tả thực trạng một số bệnh đường hô hấp mạn tính ở người lao động Công ty cổ phần Supe phốt phát và hóa chất Lâm Thao năm 2017"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Đảm bảo đầy đủ các tiêu chuẩn sau:

- Người lao động trực tiếp làm việc tại các dây chuyền sản xuất Công ty cổ phần Supe phốt phát và hóa chất Lâm Thao.

- Có thời gian làm việc trực tiếp tại Công ty từ 3 năm trở lên (thông thường các bệnh mạn tính có liên quan đến môi trường làm việc thường xuất hiện sau thời gian tiếp xúc với yếu tố nguy cơ ít nhất từ 3 năm trở lên),

- Tham gia khám sức khỏe định kỳ phát hiện bệnh nghề nghiệp năm 2017 đầy đủ các nội dung theo yêu cầu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, thiết kế cắt ngang

2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu người lao động

Cỡ mẫu toàn bộ, chọn toàn bộ đối tượng đáp ứng tiêu chuẩn chọn mẫu

Chọn mẫu chủ đích những người lao động trực tiếp làm việc tại các dây chuyền sản xuất

Thực tế lựa chọn được 1200 người lao động đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn qua đợt khám sức khỏe định kỳ phát hiện sớm bệnh nghề nghiệp do Công ty tổ chức vào tháng 3 năm 2017. Trong đó lựa chọn và chỉ định 500 người lao động đo chức năng hô hấp.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu: Trực tiếp khám phát hiện chẩn đoán bệnh mạn tính ở đường hô hấp của người lao động được thực hiện bởi các bác sỹ chuyên khoa, đặc biệt chuyên khoa bệnh nghề nghiệp có kinh nghiệm lâu năm của Trung tâm Y tế - Môi trường lao động công thương và Bộ môn sức khỏe nghề nghiệp Đại học Y Hà Nội.

3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2017 đến 12/2017, thời gian thu thập số liệu tháng 3/2017

4. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu sau khi thu thập được làm sạch, nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0.

5. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện sau khi được thông qua Hội đồng chăm đề cương luận văn của Viện Đào tạo Y học

dự phòng và Y tế công cộng – Trường Đại học Y Hà Nội và được sự đồng ý của Công ty cổ phần supe và hóa chất Lâm Thao.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Tỷ lệ mắc bệnh đường hô hấp mãn tính ở người lao động (n = 1200)

Bệnh mạn tính	Số lượng	Tỷ lệ %
Viêm mũi xoang mạn	12	1,0

Viêm họng mạn	564	47,0
Viêm phế quản mạn	27	2,25

Bảng 3.1 cho thấy tỷ lệ mắc bệnh mạn tính ở đường hô hấp của người lao động, kết quả cho thấy tỷ lệ mắc viêm họng mạn tính của người lao động tại đây là rất cao, chiếm 47,0%, tỷ lệ mắc viêm phế quản mạn thấp chiếm 2,25%, 1,0% người lao động bị viêm mũi xoang mạn.

Bảng 3.2. Tỷ lệ mắc các bệnh mũi xoang mạn tính của người lao động theo tuổi đời, tuổi nghề (n=1200)

Nhóm tuổi đời, tuổi nghề	Bệnh mũi xoang mạn		Không bệnh		Có bệnh		
	SL	%	SL	%	SL	%	
Tuổi đời (tuổi): 18-29 (n=107)	107	100	0	0	0	0	
30-39 (n=312)	310	99,4	2	0,6			
40-50 (n=636)	630	99,1	6	0,9			
>50 (n=145)	141	97,2	4	2,8			
p	>0,05						
Tuổi nghề (năm): 3-5 (n=133)	133	100	0	0	0	0	
6-10 (n=225)	224	99,6	1	0,4			
11-15 (n=76)	75	98,7	1	1,3			
16-20 (n=275)	272	98,9	3	1,1			
>20 (n=491)	484	98,6	7	1,4			
p	>0,05						

Bảng 3.2 cho thấy có sự gia tăng tỷ lệ mắc bệnh mũi xoang theo tuổi đời. Trong đó độ tuổi >50 chiếm tỷ lệ cao nhất, tuy nhiên sự gia tăng này không có ý nghĩa thống kê, ($p>0,05$). So sánh tỷ lệ mắc các bệnh mũi xoang mạn tính của người lao động theo tuổi nghề cũng cho thấy ở những người có tuổi nghề càng cao thì tỷ lệ mắc càng cao, chiếm 1,4% ở người trên 20 năm tuổi nghề. Sự gia tăng này không có ý nghĩa thống kê, $p>0,05$.

Bảng 3.3. Tỷ lệ mắc viêm họng mạn của người lao động theo tuổi đời, tuổi nghề (n=1200)

Nhóm tuổi đời, tuổi nghề	Viêm họng mạn		Không bệnh		Có bệnh		
	SL	%	SL	%	SL	%	
Tuổi đời (tuổi): 18-29 (n=107)	81	75,7	26	24,3			
30-39 (n=312)	210	67,3	102	32,7			
40-50 (n=636)	300	47,2	336	52,8			
>50 (n=145)	45	31,0	100	69,0			
p	<0,05						
Tuổi nghề (năm): 3-5 (n=133)	92	69,2	41	30,8			
6-10 (n=225)	163	72,4	62	27,6			
11-15 (n=76)	49	64,5	27	35,5			
16-20 (n=275)	112	40,7	163	59,3			
>20 (n=491)	220	44,8	271	55,2			
p	<0,05						

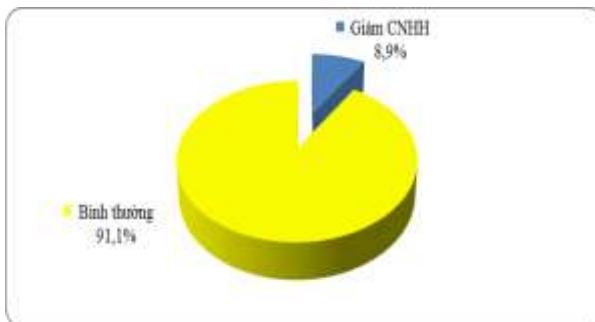
Bảng 3.3 cho thấy có 47,0% người lao động bị mắc bệnh viêm họng mạn, trong đó có 69,0% người lao động có độ tuổi trên 50 và 52,8% là tuổi từ 40-50. Ở độ tuổi 18-29 thì ít gặp hơn chỉ 24,3%, có sự gia tăng về tỷ lệ mắc bệnh viêm họng mạn với tuổi đời, $p<0,05$. So sánh về tỷ lệ mắc viêm họng mạn theo tuổi nghề thấy tỷ lệ mắc cao nhất ở người có thâm niên từ 16-20 năm và >20 năm lần lượt chiếm 59,3% và 55,2% và thấp là thâm niên từ 6-10 năm, chiếm 27,6%. Có sự gia tăng về tỷ lệ mắc viêm họng mạn theo tuổi nghề, $p<0,05$.

Bảng 3.4. Tỷ lệ mắc viêm phế quản mạn của người lao động theo tuổi đời, tuổi nghề (n=1200)

Nhóm tuổi đời, tuổi nghề	Viêm phế quản mạn		Không bệnh		Có bệnh	
	SL	%	SL	%	SL	%
Tuổi đời (tuổi): 18-29 (n=107)	106	99,1	1	0,9		
30-39 (n=312)	310	99,4	2	0,6		
40-50 (n=636)	616	96,9	20	3,1		

>50 (n=145)	141	97,2	4	2,8
p	>0,05			
Tuổi nghề (năm): 3-5 (n=133)	131	98,5	2	1,5
6-10 (n=225)	224	99,6	1	0,4
11-15 (n=76)	75	98,7	1	1,3
16-20 (n=275)	272	98,9	3	1,1
>20 (n=491)	471	95,9	20	4,1
p	<0,05			

Bảng 3.4 cho thấy cho thấy có sự gia tăng tỷ lệ mắc bệnh viêm phế quản mạn ở người lao động theo tuổi đời, trong đó tuổi đời từ 40-50 tuổi chiếm nhiều nhất 3,1%. Sự gia tăng không có ý nghĩa (p>0,05). Có sự gia tăng tỷ lệ mắc bệnh viêm phế quản mạn theo tuổi nghề, trong đó tuổi nghề trên 20 năm chiếm nhiều nhất 4,1% (p<0,05)



Hình 3.1. Tỷ lệ người lao động có suy giảm chức năng hô hấp (n=500)

Trong số 500 người lao động được lựa chọn chỉ định đo đánh giá chức năng hô hấp thì thấy phần lớn người lao động có CNHH trong giới hạn bình thường, chiếm 91,1%, chỉ có 8,9% có suy giảm chức năng hô hấp nhẹ.

IV. BÀN LUẬN

Trong quá trình làm việc tại công ty với tính chất sản xuất acid, sản xuất supe, phân lân nung chảy, NPK, các công đoạn trong quá trình sản xuất hầu như đều có sự phát sinh ra bụi và hơi khí độc,... đã làm thay đổi các yếu tố môi trường lao động như vi khí hậu, các yếu tố hoá học, các yếu tố bụi. Các yếu tố trên làm cho môi trường lao động bị ô nhiễm nghiêm trọng, gây ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe người lao động, đặc biệt là các bệnh trong hệ thống đường hô hấp. Hàng ngày khi làm việc người lao động luôn phải tiếp xúc các yếu tố ô nhiễm này sẽ làm bệnh mắc đi mắc lại nhiều lần và trở thành các bệnh mạn tính.

Tỷ lệ bệnh mũi họng và hô hấp ở người lao động sản xuất hóa chất và phân bón có thể do một số nguyên nhân. Trước hết là do đặc điểm Việt Nam là nước có khí hậu nóng ẩm, đặc biệt mùa đông miền Bắc, nhiệt độ thay đổi đột ngột nên tỷ lệ bệnh mũi - họng và đường hô hấp cao. Ngoài ra, còn do ô nhiễm bụi và hơi khí độc trong môi trường lao động. Bên cạnh đó, quy

trình công nghệ phát sinh bụi nhiều, mặt bằng sản xuất tuy rộng nhưng kín, bụi phát sinh ra mặc dù sử dụng hệ thống quạt và thông gió xong vẫn chưa hoàn toàn triệt để, người lao động vẫn thường xuyên tiếp xúc phải, chính vì vậy kết quả nghiên cứu tại bảng 3.1 cho thấy tỷ lệ viêm họng mạn rất cao chiếm 47,0%, viêm phế quản mạn chiếm 2,25%, viêm mũi xoang chiếm 1,0%.

Kết quả nghiên cứu tại bảng 3.2 cho thấy trong 1,0% trường hợp có viêm mũi xoang thì nhóm tuổi trên 50 tuổi mắc nhiều nhất, chiếm 2,8%, tiếp theo là nhóm 40-50 tuổi chiếm 0,9% và thấp nhất là nhóm 18-29 tuổi không có trường hợp nào. Kết quả trên cho thấy có sự gia tăng về tỷ lệ mắc bệnh theo tuổi đời. Theo nhiều nghiên cứu cho thấy tuổi càng cao tỷ lệ mắc bệnh mũi xoang càng tăng [3], [4]. Điều này có thể do mũi là cơ quan nhạy cảm và tiếp xúc với môi trường ngoài trước tiên, chính vì vậy chỉ cần tiếp xúc với các yếu tố dị nguyên sau một thời gian viêm nhiễm tái phát nhiều lần thì dễ dàng có thể chuyển sang giai đoạn mạn tính. Điều này cũng thể hiện rõ trong sự gia tăng tỷ lệ mắc mũi xoang mạn với tuổi nghề của người lao động. Trong đó tuổi nghề trên 20 chiếm cao nhất 1,4%, tiếp theo nhóm tuổi nghề 11-15 năm và 16-20 năm chiếm lần lượt là 1,3% và 1,1%. Điều này cũng cho thấy tuổi nghề càng cao thì tỷ lệ mắc càng cao, tuy nhiên sự gia tăng này không có ý nghĩa thống kê p>0,05.

Song hành cùng các bệnh về mũi xoang mạn tính là bệnh lý về họng, kết quả cho thấy có sự gia tăng về tỷ lệ mắc bệnh viêm họng mạn tính với tuổi đời của người lao động tại đây, sự gia tăng có ý nghĩa thống kê, p<0,05. Trong số viêm họng mạn tính thì có 69,0% trường hợp gặp ở người lao động có tuổi đời trên 50, tiếp sau đó là độ tuổi 40-50 chiếm 52,8%, thấp nhất là tuổi 18-29 tuổi chiếm 24,3%. Điều này có thể những người có tuổi thường có sức đề kháng kém hơn so với người trẻ, kết hợp với môi trường có bụi và hóa chất dẫn đến tỷ lệ mắc ở người có tuổi

thường cao hơn so với người trẻ. Mặt khác về giải phẫu họng cũng là nơi mà khí, bụi, thức ăn... đi qua bằng đường mũi, miệng, do đó chịu tác động của rất nhiều yếu tố vì vậy thời gian tiếp xúc càng nhiều, tuổi đời càng cao thì tỷ lệ mắc càng cao. Ngoài ra còn thấy có sự gia tăng về tỷ lệ mắc viêm họng mạn tính với tuổi nghề của người lao động và sự gia tăng này có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Tại đây những người lao động có thâm niên từ 16-20 năm và trên 20 năm mắc nhiều nhất chiếm lần lượt là 59,3% và 55,2%. Khi so sánh với một số nghiên cứu về tỷ lệ mắc bệnh mũi họng ở công nhân mỏ của Lê Thị Thanh Hoa cho thấy tỷ lệ mắc của người lao động trong ngành mỏ là cao hơn, do người lao động trong hầm mỏ phải tiếp xúc với một lượng bụi là khá lớn, đặc biệt là công nhân khoan và nổ mìn trong hầm mỏ [5].

Trong thực tiễn lao động và sản xuất hàng ngày, môi trường lao động bị ô nhiễm. Các yếu tố nguy cơ từ môi trường lao động như vi khí hậu, thiếu oxy, sự tồn tại của các loại hóa chất và các stress tác động rất lớn đến sức khỏe người lao động, làm rối loạn chức năng hô hấp và các bệnh đường hô hấp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ mắc viêm phế quản mạn ở người lao động làm việc tại công ty supe phốt phát và hóa chất Lâm Thao là 2,25%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của một số tác giả khác trong ngành xây dựng như theo tác giả Scarselli A và cộng sự [6] đã điều tra ảnh hưởng sức khỏe, triệu chứng đường hô hấp, chức năng phổi ở công nhân xây dựng khi tiếp xúc với bụi, khí thải diesel thấy tỷ lệ viêm phế quản mạn tính là 11,4%. Điều này có thể do môi trường lao động trong ngành xây dựng khắc nghiệt hơn, công nhân xây dựng thường xuyên làm việc ngoài trời phải chịu tác động của vi khí hậu xấu rất nhiều, kèm theo đó là bụi có trong môi trường, quy trình mang tính chất mở không theo hệ thống kín nên sẽ bị tác động nhiều.

Khi xem xét tỷ lệ mắc bệnh viêm phế quản mạn tính người lao động theo tuổi đời và tuổi nghề tại bảng 3.4 thấy có sự gia tăng tỷ lệ mắc bệnh theo tuổi đời và tuổi nghề, trong đó tuổi đời từ 40-50 và trên 50 tuổi là cao nhất chiếm lần lượt là 3,1% và 2,8%; tuổi nghề tỷ lệ mắc cao nhất ở những người có thâm niên trên 20 năm chiếm 4,1%, ở nhóm tuổi nghề sự gia tăng có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy được vai trò quan trọng của các yếu tố môi trường đối với bệnh lý đường hô hấp, trong đó môi trường lao động tác động sâu sắc tới bệnh lý đường hô hấp, các nghiên

cứu đã chỉ ra rằng làm việc trong môi trường khắc nghiệt, có điều kiện vi khí hậu, bụi, khí độc cao trong thời gian dài, ở người già có sức đề kháng kém... sẽ là yếu tố nguy cơ làm gia tăng các bệnh lý đường hô hấp, trong đó phải kể đến bệnh lý viêm phế quản mãn tính.

Tại biểu đồ 3.1 thấy có 8,9% trường hợp người lao động có giảm chức năng hô hấp và tất cả các trường hợp này đều là rối loạn thông khí hạn chế. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn rất nhiều so với các nghiên cứu ở những ngành nghề khác. Nghiên cứu của Nguyễn Minh Hiếu và cộng sự cho thấy tỷ lệ công nhân tiếp xúc với bụi talc có rối loạn thông khí là 23,3% và nhóm không tiếp xúc trực tiếp với bụi talc có tỷ lệ rối loạn thông khí thấp hơn chiếm 1,7% [7].

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ mắc viêm mũi xoang mạn tính là 1,0%.
- Tỷ lệ viêm họng mạn tính là 47,0%, có sự gia tăng tỷ lệ mắc theo nhóm tuổi đời và tuổi nghề, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).
- Tỷ lệ mắc viêm phế quản mạn tính là 2,25%, có sự gia tăng tỷ lệ mắc viêm phế quản mạn tính theo tuổi nghề ($p < 0,05$), nhóm tuổi nghề có tỷ lệ mắc cao nhất là trên 20 năm chiếm 4,1%.
- Tỷ lệ người lao động có suy giảm chức năng thông khí phổi là 8,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Toán và cs (2007), *Ảnh hưởng của TNT đến sức khỏe công nhân ngành hóa chất mỏ. Kỳ yếu công trình nghiên cứu khoa học Viện Y học lao động và môi trường*, NXB Y học 2007, Tr 303 – 304.
2. Tô Văn Anh (2007), *Đánh giá ảnh hưởng của styren tới sức khỏe công nhân chế tạo vật liệu polime-composit. Kỳ yếu công trình nghiên cứu khoa học Viện Y học lao động và môi trường*, NXB Y học 2007, Tr 332 – 333
3. Engdahl B., Tambs K. (2010). Occupation and the risk of hearing impairment-results from the Nord-Trøndelag study on hearing loss. *Scand J Work Environ Health*, 36(3), 250-257.
4. Nguyễn Đức Trọng (2005), *"Nghiên cứu ảnh hưởng của điều kiện lao động tới sức khỏe công nhân giấy Phú Hà - Đề xuất các giải pháp dự phòng"*, Báo cáo khoa học toàn văn, Hội nghị Y học lao động toàn quốc lần thứ VI, Nxb Y học, Hà Nội, tr. 494-501.
5. Lê Thị Thanh Hoa (2017), *Thực trạng bệnh đường hô hấp, yếu tố liên quan và hiệu quả một số giải pháp can thiệp trên công nhân mỏ than Phần Mễ, Thái Nguyên*. Luận án Tiến sĩ Y học, Đại Học Thái Nguyên.
6. Scarselli A., Binazzi A., Forastiere F. et al (2011). Industry and job-specific mortality after occupational exposure to silica dust. *Occup. Med (Lond)*, 61(6), pp. 422-429.
7. Nguyễn Minh Hiếu, Nguyễn Thị Minh Châu (2010), *Nghiên cứu chức năng thông khí phổi của*

công nhân sản xuất sảm lốp cao su tiếp xúc trực tiếp với bụi Talc. Tạp chí Y Dược học quân sự, số 5, tr 7-12

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA VIÊN NANG Y10 TRÊN NAM QUÂN NHÂN SUY GIẢM TINH TRÙNG

Lê Minh Hoàng¹, Nguyễn Hoàng Ngân²,
Phạm Xuân Phong³, Nguyễn Duy Bắc²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá được tính an toàn và tác dụng cải thiện khả năng sinh tinh của viên nang Y10 trên nam quân nhân suy giảm tinh trùng (SGTT). **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu trên 30 nam quân nhân có SGTT. Bệnh nhân uống viên nang Y10 mỗi ngày 04 viên, chia 2 lần, sau khi ăn 2 giờ, liên tục trong 2 tháng. Đánh giá so sánh trước và sau điều trị trên các chỉ tiêu về tính an toàn và tác dụng cải thiện khả năng sinh tinh. **Kết quả nghiên cứu:** Viên nang Y10 làm tăng nồng độ testosterone huyết thanh, điều hòa bài tiết LH và FSH. Làm tăng số lượng và chất lượng tinh trùng trên nam quân nhân bị suy giảm tinh trùng, cải thiện các triệu chứng của bệnh. Không gây ra các tác dụng không mong muốn trên lâm sàng; không làm biến đổi các chỉ số sinh hóa, huyết học; **Kết luận:** Viên nang Y10 ở liều 4 viên/ngày, uống trong hai tháng có tính an toàn và tác dụng tốt trong điều trị nam quân nhân bị suy giảm tinh trùng.

Từ khóa: viên nang Y10, lộc nhung, đông trùng hạ thảo, suy giảm tinh trùng.

SUMMARY

STUDY ON THE EFFECT OF Y10 CAPSULES ON MALE SOLDIERS WITH SPERM DEPLETION

Purpose: Evaluation of safety and efficacy of spermatozoa enhancement of Y10 capsules on male soldiers with sperm depletion. **Methods:** A prospective study of 30 male soldiers with sperm depletion. Patients were given Y10 4 capsules a day, divided into 2 times, after 2 hours of feeding, during 2 months. Comparative assessment before and after treatment on safety and efficacy of spermatozoa enhancement.

Results: Y10 capsules increases serum testosterone levels, regulates LH and FSH secretion. Increase the number and quality of sperm in male soldiers with sperm depletion, improve the symptoms of the disease. Do not cause undesirable effects in clinical; do not change the biochemical and hematology index.

Conclusions: Y10 capsules 4 capsules/day, taken for 2 months, are safe and effective in the treatment of male soldiers with sperm depletion.

Keywords: Y10 capsules, velvet deer, Cordyceps militaris, sperm depletion

¹Đại học Y dược Cần Thơ

²Học viện Quân y

³Viện Y học cổ truyền Quân đội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Bắc

Email: bac_hvqy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 11.3.2018

Ngày phản biện khoa học: 7.5.2018

Ngày duyệt bài: 16.5.2018

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vô sinh, hiếm muộn đang có tỷ lệ ngày càng tăng cao [2,3,4]. Trong Quân đội, những quân nhân làm nhiệm vụ thuộc nhóm nghề nặng nhọc, độc hại; làm nhiệm vụ vùng khó khăn, gian khổ...là những yếu tố làm tăng nguy cơ hiếm muộn, vô sinh [2]. Hỗ trợ, giúp đỡ và tìm cách điều trị vô sinh, hiếm muộn là việc làm có ý nghĩa về đạo lý, trách nhiệm, tình cảm, mang tính nhân văn sâu sắc. Lộc nhung và đông trùng hạ thảo (*Cordyceps militaris*) là hai vị thuốc quý [1, 4], được Học viện Quân y nghiên cứu bào chế ra viên nang Y10 nhằm chăm sóc sức khỏe sinh sản cho quân nhân nam cũng như cho nhân dân. Các kết quả nghiên cứu tiền lâm sàng cho thấy viên nang Y10 có tính an toàn và có tác dụng rõ trong cải thiện khả năng kích thích sinh tinh trên động vật thực nghiệm. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục tiêu đánh giá tính an toàn và tác dụng cải thiện khả năng sinh tinh của viên nang Y10 trên nam quân nhân suy giảm tinh trùng (SGTT).

II. CHẤT LIỆU, ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu nghiên cứu: Viên nang Y10 được sản xuất tại Trung tâm nghiên cứu và sản xuất thuốc - Học viện Quân y, đạt TCCS. Chế phẩm được bào chế từ Lộc nhung thu mua tại Hương Sơn - Hà Tĩnh và Đông trùng hạ thảo (*Cordyceps militaris*) nuôi cấy tại Học viện Quân y.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Các nam quân nhân, số lượng 30 người, bị SGTT đến khám tại Trung tâm Đào tạo và Nghiên cứu công nghệ phôi - Học viện Quân y, đạt đủ các tiêu chuẩn, tự nguyện hợp tác.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng mở, so sánh sự khác biệt trước và sau điều trị. Các bệnh nhân SGTT qua thăm khám bằng YHHĐ và YHCT, làm đầy đủ các xét nghiệm nếu đủ tiêu chuẩn sẽ được chọn vào nhóm nghiên cứu.

2.3.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Chọn 30 bệnh nhân có tiêu chuẩn sau

*Tiêu chuẩn theo y học hiện đại: Tuổi: 18 đến 56 tuổi; Có SGTT theo tiêu chuẩn và cách

đánh giá tinh dịch đồ thực hiện theo WHO (2010) [5,6,7].

**Tiêu chuẩn theo y học cổ truyền:* SGTT do thận tinh khuy tổn: Chóng mặt, choáng váng, ù tai, lưng gối yếu mỏi, tai ù, tinh thần mệt mỏi hay quên, trí nhớ giảm sút, lượng tinh dịch ít, số lượng tinh trùng ít, mạch xích trầm tế.

c. Các bệnh nhân tự nguyện hợp tác, đã ngừng sử dụng các thuốc làm ảnh hưởng đến số lượng, chất lượng tinh trùng ít nhất 75 ngày.

2.3.2. Tiêu chuẩn loại trừ

**Theo y học hiện đại:* Những bệnh nhân đang mắc các bệnh nhiễm khuẩn; đang sử dụng liệu pháp điều trị hoặc thuốc ảnh hưởng đến sự sản sinh tinh trùng; những bệnh nhân vô sinh do tắc ống dẫn tinh, dị tật, giãn tĩnh mạch thừng tinh... chưa được phẫu thuật; bệnh nhân vô sinh do prolactin, hoặc estradiol tăng cao; bệnh nhân không có tinh trùng.

**Theo y học cổ truyền:* bệnh nhân SGTT do tỳ hư tinh tổn; can khí uất kết, khí trệ huyết ú; thấp nhiệt hạ tiêu.

*Những bệnh nhân không đồng ý hợp tác.

*Những bệnh nhân không chấp hành nghiêm ngặt phác đồ điều trị hoặc bỏ điều trị

2.3.3. Liệu lượng và cách dùng thuốc:

Uống mỗi ngày 04 viên, chia 2 lần, sau khi ăn 2 giờ, uống liên tục trong 2 tháng.

2.3.4. Phương pháp thăm khám và theo dõi lâm sàng

**Y học hiện đại:* Khám lâm sàng toàn diện để loại trừ các bệnh về tâm thần, tim mạch, xơ gan, suy thận, đái tháo đường...

Khám bộ phận sinh dục ngoài và tuyến tiền liệt để loại trừ các tổn thương thực thể tại dương vật, tinh hoàn, u xơ tuyến tiền liệt, giãn tĩnh mạch thừng tinh, tinh hoàn ẩn, không có ống dẫn tinh, tắc ống dẫn tinh...

**Y học cổ truyền:* Khám theo tứ chẩn (vọng, vấn, vấn, thiết), quy nạp các hội chứng bệnh theo bát cương, tạng phủ rồi biện chứng để xác định bệnh nhân SGTT thuộc thể thận tinh khuy tổn.

2.3.5. Các chỉ tiêu đánh giá

- Một số đặc điểm dịch tể của nhóm nghiên cứu.
- Một số dấu hiệu lâm sàng do tác dụng không mong muốn của thuốc: nổi mụn, rối loạn tiêu hoá (phân nát, táo bón...), chóng mặt...
- Các triệu chứng lâm sàng do thận tinh khuy tổn trước và sau điều trị.
- ALT, AST, urê, creatinin huyết thanh trước và sau điều trị.
- Nồng độ testosterone, LH, FSH huyết thanh trước và sau điều trị.
- Tinh dịch đồ trước và sau điều trị. Phân loại theo bảng dưới đây

- Tỷ lệ các bệnh nhân có vợ mang thai và sinh con sau điều trị.

**Điều kiện làm tinh dịch đồ:* Kiêng giao hợp 3-5 ngày; giữ tinh thần thoải mái trước khi lấy tinh dịch. Lấy tinh dịch tại phòng lấy tinh dịch của khoa phòng, thực hiện bằng tay, không dùng biện pháp giao hợp gián đoạn vì có thể gây nhiễm bẩn tinh trùng. Hoặc phải mang tới phòng xét nghiệm trong vòng 30 phút, mẫu thử được giữ ấm từ 20-40^oC trong thời gian mang tới phòng xét nghiệm.

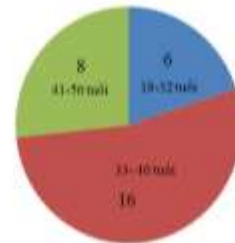
Mẫu thử được lấy toàn bộ (việc xuất tinh hoàn tất). Bệnh nhân phải đi tiểu, rửa tay và rửa sạch dương vật trước khi phóng tinh vào lọ vô trùng. Nếu rửa bằng xà phòng phải rửa nước thật sạch để không làm ảnh hưởng đến tinh trùng. Tinh dịch đựng trong lọ vô khuẩn được ghi tên, tuổi, giờ lấy mẫu, để ủ ấm 37^oC trong khoảng 20-30 phút cho đến khi ly giải hoàn toàn. Đọc kết quả trong vòng 1 giờ sau khi xuất tinh. Chúng tôi chọn phương pháp “đọc mù”: người làm xét nghiệm không biết bệnh nhân đang được nghiên cứu điều trị.

2.4. Xử lý số liệu: Các số liệu nghiên cứu được xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học, bằng phần mềm thống kê SPSS.17.0. Các số liệu được trình bày dưới dạng $\bar{x} \pm SD$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Một số đặc điểm dịch tể của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

3.1.1. Phân bố bệnh nhân theo lứa tuổi: Hầu hết bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có độ tuổi 33-40, chiếm 16/30 = 53,33%. (biểu đồ 1).



Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo lứa tuổi (n=30)

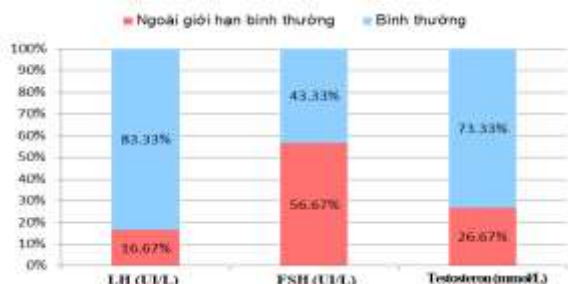
3.1.2. Phân bố bệnh nhân theo loại vô sinh: Kết quả được trình bày ở bảng 1

Bảng 1. Tỷ lệ vô sinh I và vô sinh II (n= 30)

Loại vô sinh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Vô sinh I	25	83,33
Vô sinh II	05	16,67
Tổng	30	100

Tỷ lệ vô sinh I chiếm chủ yếu trong nhóm nghiên cứu (80,39%).

3.2. Kết quả nồng độ testosterone, LH, FSH huyết thanh: Kết quả được trình bày ở biểu đồ 2 và bảng 2, bảng 3.



Biểu đồ 2. Phân loại tỉ lệ testosterone, LH, FSH huyết thanh bình thường và ngoài giá trị bình thường trước điều trị (n=30)

Kết quả từ biểu đồ 2 cho thấy: Tỉ lệ bệnh nhân có rối loạn nội tiết tố LH (> 9,8IU/l) là 16,67%, FSH (>5 IU/l) là 56,67%, testosterone (< 9,8 nmol/l) là 26,67%. Còn lại các bệnh nhân có giá trị LH, FSH, testosterone trong giới hạn sinh lý bình thường.

Bảng 2. So sánh nồng độ testosterone, LH, FSH huyết thanh trước và sau điều trị (n= 30)

Chỉ số	Trước điều trị		Sau điều trị		P _{trước-sau}
	x	SD	x	SD	
LH (IU/l)	6,02	2,14	5,08	2,06	< 0,05
FSH (IU/l)	8,16	4,01	6,85	3,69	< 0,05
Testosteron (nmol/l)	14,65	6,27	16,89	6,42	< 0,05

Kết quả từ bảng 2 cho thấy: Nồng độ LH và FSH huyết thanh sau điều trị giảm so với trước điều trị, nồng độ testosterone huyết thanh sau điều trị tăng so với trước điều trị. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Ở các bệnh nhân có rối loạn nội tiết tố, LH và FSH huyết thanh tăng cao trong khi testosterone huyết thanh giảm. Sau điều trị LH và FSH huyết thanh giảm, testosterone huyết thanh tăng là sự thay đổi có tính tích cực, đưa nồng độ các hormon sinh dục này về lại trong giới hạn sinh lý bình thường.

Bảng 3. So sánh theo phân loại nồng độ testosterone, LH, FSH huyết thanh trước và sau điều trị (n=30)

Chỉ số	Trước điều trị				Sau điều trị		P _{trước-sau}
	Phân loại	n	x	SD	x	SD	
LH (IU/l)	> 9,80	5	10,26	0,45	7,09	1,06	< 0,01
	2,50-9,80	25	5,22	1,07	4,68	1,98	> 0,05
FSH (IU/l)	> 5	17	10,98	3,09	8,86	3,92	< 0,01
	1,20-5,00	13	4,49	0,60	4,37	1,27	> 0,05
Testosteron (nmol/l)	< 9,80	8	6,12	2,32	12,68	5,62	< 0,01
	≥ 9,80	22	17,76	3,82	18,43	6,09	> 0,05

Kết quả bảng trên cho thấy, ở các nhóm bệnh nhân có nồng độ LH, FSH huyết thanh trước điều trị trên giá trị sinh lý (LH >9,8IU/l; FSH > 5IU/l), sau điều trị nồng độ các hormon này giảm có ý nghĩa thống kê (p < 0,01). Ở các nhóm bệnh nhân có nồng độ testosterone huyết thanh trước điều trị thấp dưới giá trị sinh lý (< 9,8nmol/l), sau điều trị nồng độ hormon này giảm tăng ý nghĩa thống kê (p < 0,01). Ở các nhóm bệnh nhân có nồng độ LH, FSH, testosterone huyết thanh trước điều trị ở mức sinh lý, sau điều trị

nồng độ LH, FSH giảm nhẹ, nồng độ Testosteron tăng nhẹ nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị (p > 0,05).

3.3. Kết quả tinh dịch đồ ở bệnh nhân nghiên cứu: Sau thời gian điều trị, tất cả các bệnh nhân đều có cải thiện về tinh dịch đồ, trong đó có 5 bệnh nhân (chiếm 16,67%) có tinh dịch đồ về bình thường. Kết quả so sánh các chỉ số về tinh dịch đồ trước và sau điều trị được trình bày ở bảng 4 và bảng 5.

Bảng 4. So sánh thể tích tinh dịch, độ pH, số lượng bạch cầu trước và sau điều trị (n=30)

Chỉ số	Trước điều trị		Sau điều trị		P _{trước-sau}
	x	SD	x	SD	
Thể tích	2,00	1,05	2,34	1,02	< 0,05
Độ pH	7,42	1,35	7,51	0,27	> 0,05
Số BC	6,79	1,26	6,34	1,49	< 0,05

Kết quả từ bảng 4 cho thấy: So với trước điều trị, thể tích tinh dịch sau điều trị tăng, số lượng bạch cầu sau điều trị giảm so, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ pH tinh dịch sau điều trị so với trước điều trị.

Bảng 5. So sánh các chỉ số tinh dịch đồ trước và sau điều trị (n=30)

Chi số		Mật độ (T/ml hoặc %)	TT sống (%)	TT tiến tối (%)	TT di động nhanh (%)	Hình dạng TT BT (%)
Trước điều trị	\bar{x}	13,54	38,48	24,05	8,26	24,75
	SD	10,62	19,77	16,94	5,86	11,00
Sau điều trị	\bar{x}	22,96	46,98	31,94	14,03	34,12
	SD	12,65	20,26	18,26	6,98	12,93
$p_{\text{trước-sau}}$		< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01	< 0,01

T: triệu/ml; TT: tinh trùng; TTBT: tinh trùng bình thường

Kết quả từ bảng 5 cho thấy: Mật độ tinh trùng, tỉ lệ tinh trùng sống, tỉ lệ tinh trùng tiến tới, tỉ lệ tinh trùng di động nhanh, tỉ lệ tinh trùng có hình dạng bình thường sau điều trị tăng so với trước điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

3.4. Kết quả sự cải thiện các triệu chứng theo y học cổ truyền

Bảng 6. Sự biến đổi sau điều trị so với trước điều trị của các triệu chứng theo YHCT (n=30)

Các triệu chứng	Trước điều trị		Sau điều trị		$p_{\text{trước-sau}}$
	n	Tỉ lệ %	n	Tỉ lệ %	
Chóng mặt, choáng váng	22	73.33	4	13,33	< 0,01
U tai	24	80.00	2	6,67	< 0,01
Lưng gối yếu mỏi	20	66.67	3	10,00	< 0,01
Tinh thần mệt mỏi hay quên	8	26.67	1	3,33	< 0,01
Mạch xích trầm tế	26	86.67	7	23,33	< 0,01
Lượng tinh dịch ít	15	50,00	7	23,33	< 0,05
Số lượng tinh trùng ít	20	66,67	12	40,00	< 0,05

Kết quả từ bảng 6 cho thấy: Tất cả các dấu hiệu lâm sàng do thận tinh khuy tổn đều cải thiện rõ rệt sau điều trị ($p < 0,01$ và $p < 0,05$).

3.5. Kết quả đánh giá tính an toàn của viên nang Y10 trên lâm sàng

3.5.1. Các dấu hiệu lâm sàng không mong muốn: Các tác dụng không mong muốn

của thuốc trên lâm sàng bao gồm nôn, táo/lỏng, mẫn ngứa... được theo dõi trong suốt quá trình điều trị. Kết quả tất cả các bệnh nhân nghiên cứu không bệnh nhân nào gặp phải tác dụng không mong muốn trên lâm sàng.

3.5.2. Kết quả xét nghiệm sinh hóa, huyết học: Kết quả được trình bày ở bảng 7, bảng 8:

Bảng 7. Kết quả xét nghiệm huyết học (n=30)

Chỉ số	Trước điều trị	Sau điều trị	$p_{\text{trước-sau}}$
Số lượng hồng cầu ($\times T/l$)	5,49 \pm 0,64	5,38 \pm 0,56	> 0,05
Hàm lượng huyết sắc tố (g/dL)	13,20 \pm 2,37	14,04 \pm 3,99	> 0,05
Hematocrit (%)	38,96 \pm 4,63	40,10 \pm 4,18	> 0,05
Thể tích trung bình hồng cầu (fl)	85,80 \pm 1,99	86,10 \pm 4,25	> 0,05
Số lượng bạch cầu (G/l)	6,16 \pm 3,86	6,25 \pm 3,92	> 0,05
Số lượng tiểu cầu (G/l)	326,86 \pm 82,32	341,02 \pm 91,36	> 0,05

Bảng 8. Kết quả xét nghiệm sinh hóa chức năng gan thận (n=30)

Chỉ số	Trước điều trị	Sau điều trị	$p_{\text{trước-sau}}$
AST (UI/l)	31,28 \pm 6,46	29,86 \pm 8,21	> 0,05
ALT (UI/l)	38,42 \pm 11,63	36,95 \pm 11,74	> 0,05
Urê (mmol/l)	4,36 \pm 1,02	4,43 \pm 0,98	> 0,05
Creatinin ($\mu\text{mol/l}$)	86,29 \pm 12,63	85,03 \pm 12,61	> 0,05

Kết quả từ bảng 8 và bảng 9 cho thấy: Các chỉ số huyết học và các chỉ số sinh hóa đánh giá chức năng gan, thận của bệnh nhân sau điều trị khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị.

IV. KẾT LUẬN

Viên nang Y10 ở liều 4 viên/ngày, uống hai tháng có tính an toàn và tác dụng tốt trong điều trị bệnh nhân bị suy giảm tinh trùng thể thận tinh khuy tổn. Cụ thể, viên nang Y10 làm tăng

nồng độ testosterone huyết thanh, điều hòa bài tiết LH và FSH; Làm tăng số lượng và chất lượng tinh trùng trên bệnh nhân bị suy giảm tinh trùng; Cải thiện các triệu chứng của bệnh theo y học cổ truyền; Không gây ra các tác dụng không

mong muốn trên lâm sàng; không là biến đổi các chỉ số sinh hóa AST, ALT, Ure, Creatinin; không làm thay đổi các chỉ số huyết học của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Tất Lợi** (2001), *Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam*, NXB Y học, Hà Nội, tr. 309, 837, 848, 850, 863, 862, 878, 911, 937-45.
2. **Lê Trung Hải** (2015), "Vô sinh, hiếm muộn và một số vấn đề cần quan tâm trong các đơn vị Quân đội", *Tạp chí y học Quân sự*, số 305 (3-4/2015).
3. **Trần Quán Anh, Nguyễn Hữu Triều, Trần Thị Trung Chiến, Tôn Thất Bách, Phan Thị Phi Phi, Trần Thị Chính, Lê Văn Vệ, Nguyễn Phương Hồng** (2005) "Bước đầu nghiên cứu nguyên nhân và đánh giá kết quả điều trị vô sinh nam giới", *Tạp chí y học Việt Nam*, tập 313, số đặc biệt, tr. 886-93.
4. **Viện Y học cổ truyền quân đội** (2002) "Chứng bệnh vô sinh do nam giới", *Kết hợp đông, tây y chữa một số bệnh khó*, NXB Y học, tr. 278-87.
5. **Speroff L, Fritz M** (2005). Male infertility. In: Speroff L, Fritz M, eds. *Clinical Gynecologic Endocrinology and infertility*. Lippincott Williams and Wilkins; 1135-74.
6. **Trevor G. Cooper, Elizabeth Noonan, Sigrid von Eckardstein, Jacques Auger, H. W. Gordon Baker, Hermann M. Behre, Trine B. Haugen, Thinus Kruger, Christina Wang, Michael T. Mbizvo, and Kirsten M. Vogelsong** (2010), "World Health Organization reference values for human semen characteristics", *Human Reproduction*, 16(3), pp. 231-45.
7. **World Health Organization (2010)**. Laboratory manual for the examination and processing of human semen. Cambridge: Cambridge University Press.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ TUYẾN ỨC Ở BỆNH NHÂN NHƯỢC CƠ

Nguyễn Đức Thuận¹, Nguyễn Hồng Hoàn², Lê Trung Đức¹

Từ khóa: nhược cơ, u tuyến ức.

TÓM TẮT

Mục tiêu: nhận xét đặc điểm lâm sàng và các test chẩn đoán ở bệnh nhân nhược cơ; mô tả hình ảnh tuyến ức trên phim cộng hưởng. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 50 bệnh nhân nhược cơ có chụp cộng hưởng từ tuyến ức tại khoa Nội thần kinh và Phẫu thuật lồng ngực, Bệnh viện Quân y 103 từ 1/2016 tới 7/2017. **Kết quả:** tuổi trung bình $40,82 \pm 15,68$; tuổi khởi phát trung bình $37,6 \pm 17,41$; tỷ lệ nữ/nam 2/1; sụp mí lúc khởi phát (90%) và hiện tại (92%) là triệu chứng hay gặp nhất. Phân loại lâm sàng theo Osserman: nhóm I (42%), nhóm II_a (36%), nhóm II_b (22%). Test prostigmin (+) 93,49%; test kích thích lặp lại liên tục (+) 75,0%; test nước đá (+) 95,25%. Kết quả chụp cộng hưởng từ lồng ngực: hình ảnh u tuyến ức (22,73%) thường là một khối phát triển hay gặp ở một thùy, cạnh thẳng, có bao xơ, chỉ số chuyển đổi hóa học (CSR: chemical shift ratio) là $1,0 \pm 0,7$; tăng sản tuyến ức (43,18%) thường gặp to lan tỏa hai thùy, cạnh lồi, không có bao xơ, chỉ số CSR $0,57 \pm 0,1$; tuyến ức bình thường (39,65%) hay có hình tam giác, teo nhỏ hai thùy, cạnh lõm, không có bao xơ, chỉ số CSR $0,52 \pm 0,12$. **Kết luận:** Các test lâm sàng chẩn đoán bệnh nhược cơ đều có tỉ lệ dương tính cao (> 90%) và u tuyến ức gặp ở khoảng 1/5 số bệnh nhân (22,73%), có chỉ số CRS ($1,0 \pm 0,7$) cao hơn có nghĩa thống kê so CRS ở tăng sản tuyến ức và tuyến ức bình thường với $p < 0,05$.

SUMMARY

STUDY OF CLINICAL FEATURES AND MAGNETIC RESONANCE IMAGING OF THYMUS IN MYASTHENIA GRAVIS PATIENT

Subjects: assessment of clinical features and diagnostic testes in patient with myasthenia gravis; describing of thymic characteristics in magnetic resonance imaging and relation between thymic imaging and clinical features in myasthenia gravis patient. **Methods:** a cross-sectional study on 50 myasthenia gravis patients with magnetic resonance imaging of thymus at Neurology Department and Thoracic Surgery Department, Military Hospital 103, from 1/2016 to 7/2017. **Results:** an average age 40.82 ± 15.68 ; an average age of onset 37.62 ± 17.41 ; female/male ratio 2/1; ptosis of onset (90%) and study time (92%) was mostly seen. Myasthenia gravis Osserman classification: class I (42%), class II_a (36%), class II_b (22%). prostigmin test (+) 93.49%; repetitive stimulation test (+) 75.0%; ice pack test (+) 95.25%. Features of thymic magnetic resonance imaging: thymic tumor (22.73%) more often appeared with a focal mass mainly in one thymic lobe, smooth contour and with a complete capsule and chemical shift ratio 1.0 ± 0.7 ; thymic hyperplasia (43.18%) was usually described by as diffuse symmetric enlargement of the thymus, irregular contour, without capsule and CRS 0.57 ± 0.1 ; normal thymus (39.65%) showed a triangular shape, diffuse symmetric atrophy, convex contour, lack of a capsule and CRS 0.52 ± 0.12 . **Conclusion:** the clinical diagnostic testes of myasthenia gravis showed a high positive value (>90%) and patient with thymic tumor accounted for 1/5 (22.73%), CRS (1.0 ± 0.7) significant higher than that in patient with thymic hyperplasia and normal thymus ($p < 0.05$).

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

²Bệnh viện Quân y 9, Quận khu 2

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Thuận

Email: thuanneuro82@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.3.2018

Ngày phản biện khoa học: 7.5.2018

Ngày duyệt bài: 17.5.2018

Key words: myasthenia gravis, thymic tumor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhược cơ (Myasthenia Gravis: MG) là một bệnh tự miễn mắc phải của quá trình dẫn truyền thần kinh cơ liên quan tới tổn thương thụ cảm thể acetylcholine ở màng sau khe sinap thần kinh cơ, dẫn tới tình trạng giảm hoặc mất dẫn truyền thần kinh cơ. Bệnh có biểu hiện lâm sàng đặc biệt: yếu cơ dao động trong ngày, tăng lên sau khi gắng sức, giảm khi nghỉ ngơi và sử dụng các thuốc kháng men cholinesterasase. Tuy là bệnh hiếm gặp, nhưng nhược cơ là một bệnh mạn tính nặng ảnh hưởng nặng nề tới chất lượng cuộc sống của người bệnh cho nên việc nghiên cứu để chẩn đoán và điều trị về căn bệnh này có ý nghĩa rất lớn. Bệnh đã được biết từ lâu có liên quan mật thiết với tuyến ức trong đó hay gặp nhất là tình trạng bệnh lý u và tăng sản tuyến ức. Để có chỉ định điều trị phù hợp cần có chẩn đoán chính xác dựa vào đặc điểm lâm sàng, các test chẩn đoán bệnh nhược cơ như test kích thích lặp lại liên tục, test prostigmin và đánh giá tình trạng bệnh lý của tuyến ức. Chụp cộng hưởng từ là phương pháp chẩn đoán hình ảnh hiện đại, không xâm phạm có giá trị chẩn đoán cao các bệnh lý tuyến ức.

Ở Việt Nam đã có nhiều công trình nghiên cứu về lâm sàng bệnh nhược cơ, tuy nhiên còn ít đề tài nghiên cứu về đặc điểm tuyến ức trên phim cộng hưởng từ và mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng với đặc điểm tuyến ức trên phim cộng hưởng từ ở bệnh nhân nhược cơ.

Xuất phát từ lí do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu sau: 1) *Nhận xét đặc điểm lâm sàng và các test chẩn đoán ở bệnh nhân nhược cơ.* 2) *Mô tả hình ảnh tuyến ức trên phim cộng hưởng từ và mối liên quan giữa tuyến ức với một số đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân nhược cơ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 50 bệnh nhân được chẩn đoán nhược cơ điều trị nội trú tại khoa Nội Thần kinh và Khoa Phẫu thuật lồng ngực-Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 1/2016 tới 7/2017.

2. Phương pháp nghiên cứu

a. **Nghiên cứu mô tả cắt ngang**, tiến cứu kết hợp với hồi cứu.

b. **Nội dung nghiên cứu:** Các bệnh nhân nghiên cứu được khám, thu thập các số liệu về lâm sàng (tuổi, giới, nghề nghiệp, khởi phát bệnh, thời gian mắc bệnh, các biểu hiện sụp mi, yếu cơ chi thể, cơ hầu họng, cơ hô hấp, phân

loại nhóm bệnh theo Osserman), các xét nghiệm cận lâm sàng (test kích thích lặp lại liên tục; hình ảnh cộng hưởng từ tuyến ức) và làm các nghiệm pháp lâm sàng (test prostigmin; test nước đá) theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

3. Xử lý số liệu: Các dữ liệu thu thập được được phân tích bằng phần mềm thống kê Epiinfo 2013.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm về tuổi và giới tính

- **Phân bố về tuổi:** Bệnh nhân nhược cơ phân bố tuổi khá rộng thấp nhất là 16 tuổi, cao nhất là 72; tuổi trung bình là $40,82 \pm 15,68$. Tuổi trung bình trong nghiên cứu này tương tự như nghiên cứu N.T. Cúc (42,7); P.T. Hiếu (44,9). Trong đó, tuổi trẻ và trung niên (20-49) có tỷ lệ mắc nhược cơ cao nhất 58%, kết quả của chúng tôi tương tự công bố của M.V. Viện với lứa tuổi bị bệnh hay gặp là từ 20-49 với tỷ lệ 64,9%.

- **Phân bố về giới tính:** Trong số 50 bệnh nhân nghiên cứu thì tỷ lệ nữ/nam = 2/1, kết quả này phù hợp với y văn là bệnh nhược cơ thường thấy nữ mắc nhược cơ nhiều hơn nam và tỷ lệ này cũng tương đương với nhiều nghiên cứu khác trên thế giới và trong nước như: M.V. Viện 2004 (1,64/1); N.T. Cúc 2017 (1,89/1).

Thời gian mắc bệnh: Thời gian mắc bệnh trung bình trong nghiên cứu này là $3,18 \pm 4,14$ (năm), thời gian mắc bệnh trung bình của nam là $3,36 \pm 4,32$, thời gian mắc bệnh trung bình của nữ là $3,11 \pm 4,11$. Kết quả này tương tự nghiên cứu của N.T. Cúc ($3,43 \pm 3,69$) và cao hơn so với nghiên cứu của P.T. Hiếu ($2,38 \pm 3,67$).

2. Đặc điểm lâm sàng

- **Sụp mi** là một trong những triệu chứng thường gặp của bệnh nhược cơ, là dấu hiệu chỉ điểm cho định hướng chẩn đoán. Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận sụp mi với tỷ lệ 92%. Đây là một dấu hiệu hay gặp ở bệnh nhân nhược cơ, kết quả tương tự cũng gặp ở các nghiên cứu khác: Đ.T. Hải (86,11%) và nghiên cứu của M.V. Viện (78,1%); Azhar M.S (90,62% (nam) và 84,37% (nữ)).

- **Nhìn đôi** cũng là một biểu hiện của yếu ở vận nhãn gặp ở 2% trong nghiên cứu này. Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Đ.T. Hải (30,56%), N.T. Cúc (40,6%).

- **Triệu chứng thể hiện yếu nhóm cơ hầu họng:** chủ yếu là triệu chứng nói khó (34%), nuốt nghẹn (28%). Những biểu hiện này gặp nhiều hơn so với nghiên cứu của M.V. Viện với nói khó (19,6%), khó nuốt (15,9%) nghẹn sặc (6,3%) nhưng lại thấp hơn so với nghiên cứu của N.T. Cúc tỷ lệ nói khó (50%), nuốt nghẹn

(28,6%). Nghiên cứu của Au W.L có tỷ lệ yếu cơ hầu hống là 22,6%.

- *Triệu chứng yếu nhóm cơ chi thể:* Bệnh nhân của nghiên cứu này có biểu hiện yếu mọi cơ chi (40%) đa phần yếu cơ chi trên và dưới, rất ít bệnh nhân yếu mọi chi trên hoặc chi dưới riêng lẻ. So sánh với nghiên cứu của M.V.Viện, P.T. Hiếu thì tỷ lệ của chúng tôi thấp hơn. Kết quả nghiên cứu của Azhar M.S và cộng sự có tỷ lệ yếu cơ chi ở nam là 24,19% và ở nữ là 32,25%.

- *Triệu chứng yếu nhóm cơ hô hấp:* Trong nghiên cứu của chúng tôi yếu cơ hô hấp chiếm tỷ lệ thấp 20%, thấp nhất so với các nhóm cơ khác do bệnh nhân nhóm II_b chiếm tỷ lệ thấp. Tỷ lệ trong nghiên cứu của P.T. Hiếu là 34,78% cao hơn của chúng tôi có thể do số lượng bệnh nhân của chúng tôi ít hơn. Trong khi đó kết quả của Au W.L và cộng sự tỷ lệ yếu cơ hô hấp là 6,8%. Kết quả có sự khác nhau giữa các nghiên cứu có thể do cách tuyển bệnh nhân khác nhau,

một số trung tâm khi bệnh nhân có biểu hiện yếu cơ hô hấp thì nằm điều trị tại đơn vị hồi sức tích cực nên thường không được tuyển vào nghiên cứu.

- *Phân loại lâm sàng:* Theo phân loại nhóm bệnh nhược cơ của Osserman, đối tượng bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là nhóm I chiếm 42% số còn lại là nhóm II_a chiếm 36% và nhóm II_b chiếm 22%, không có bệnh nhân ở nhóm III hoặc IV. Nghiên cứu của P.T. Hiếu với cùng cách phân loại theo Osserman thì nhóm II_b chiếm tỷ lệ cao nhất (40,22%). Kết quả nghiên cứu của Au W.L và cộng sự với cùng cách phân loại của Osserman là nhóm I: 55%, nhóm II_a: 13%, nhóm II_b: 7%, nhóm III: 14%, nhóm IV: 5%. Sự khác nhau này có thể do số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi ít hơn và do bệnh nhân nặng (nhóm III và IV) đã được điều trị ở những đơn vị hồi sức cấp cứu.

3. Đặc điểm các test chẩn đoán nhược cơ

Bảng 1. Đặc điểm test prostigmin và test kích thích lặp lại liên tục

Kết quả	Test prostigmin (n=46)		Test kích thích lặp lại liên tục (n=36)		Test nước đá (n=21)	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Dương tính	43	93,49	27	75,0	20	95,23
Âm tính	3	6,51	9	25,0	1	4,77
Tổng	46	100	36	100	21	100

Theo một số nghiên cứu khác thì test prostigmin dương tính từ 88,04% tới 97,22%; test kích thích lặp lại liên tục dương tính từ 69,3% tới 87,8%; test nước đá dương tính 61,5% tới 96,8%. Như vậy kết quả của chúng tôi cũng nằm trong khoảng giá trị dương tính như các nghiên cứu khác. Đây là những test thường được thực hiện để chẩn đoán bệnh nhược cơ, điều kiện thực hiện thường dễ dàng đặc biệt là test prostigmin và test nước đá với giá trị chẩn đoán cao. Khi phân tích về giá trị dương tính trong chẩn đoán bệnh theo các nhóm bệnh lâm sàng Osserman chúng tôi nhận thấy tỉ lệ dương tính của test prostigmin và test nước đá không khác biệt giữa các nhóm bệnh ($p > 0,05$), còn test kích thích lặp lại liên tục dương tính ở nhóm II_a (100%), II_b 85,71% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm I (60%). Kết quả này cũng tương tự nhận xét của P.T. Hiếu 2009.

4. Đặc điểm cộng hưởng từ tuyến ức

Trong nghiên cứu của chúng tôi tăng sản tuyến ức chiếm tỷ lệ cao nhất 43,18%, tuyến ức bình thường 34,09%, thấp nhất là u tuyến ức 22,73%, kết quả này có sự khác biệt so với nghiên cứu của P.T. Hiếu với tỷ lệ thấp nhất là tăng sản 20,69%, trong khi đó u tuyến ức và

tuyến ức bình thường đều có tỷ lệ là 39,65%. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu khác nhau. Về đặc điểm hình dạng tuyến ức trên phim cộng hưởng từ trong nghiên cứu này nhận thấy tuyến ức bình thường hay gặp nhất là hình tam giác teo nhỏ hai thùy, tăng sản tuyến ức thường có hình tam giác hoặc hình hai thùy to lan tỏa hai thùy, theo dõi u tuyến ức thường có dạng hình khối nằm ở một thùy. Tuy nhiên chưa thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm hình dạng tuyến ức, kết quả của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của P.A. Tuấn không thể dựa vào hình dạng của tuyến ức để phân biệt tăng sản, bình thường và các trường hợp u to lan tỏa. Các trường hợp có hình ảnh dạng u hay có bao xơ (70%), trong khi tăng sản và tuyến ức bình thường không gặp có bao xơ, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Trong kích thước của tuyến ức chiều dày của tuyến có ý nghĩa nhất. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuyến ức tăng sản có chiều dày $13,70 \pm 2,31$ mm, tuyến ức bình thường $13,83 \pm 5,98$, u tuyến ức to lan tỏa kích thước tuyến ức ($12,08 \pm 2,58$) lại nhỏ hơn nhóm không có u tuyến ức, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Do vậy rất khó phân

biệt giữa nhóm có hình dạng u và không u tuyến ức nếu chỉ dựa vào đặc điểm này. Điều này phù hợp với nghiên cứu của P.A. Tuấn, khi u tuyến ức to lan tỏa khó phân biệt với tăng sản nếu chỉ dựa vào hình dạng và kích thước, khi đó phải dựa vào chỉ số chuyển đổi hóa học (CSR: chemical shift ratio. Khi đó hiện tượng suy giảm tín hiệu trên hình nghịch pha so với hình đồng pha rất có giá trị. Hiện tượng này có thể định tính bằng quan sát trực tiếp và có thể định lượng bằng cách tính chỉ số CSR.

Bảng 2. Đặc điểm chỉ số CSR (n=44)

	Dạng u (n=10) (1)	Tăng sản (n=19) (2)	Bình thường (n=15) (3)	p(1-2); (1-3)
Chỉ số CSR	1,0 ± 0,7	0,57 ± 0,1	0,52 ± 0,12	< 0,05

Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ số này ở nhóm theo dõi u cao hơn hẳn nhóm không có u (p< 0,05). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Poba G.A và cộng sự với chỉ số CSR ở nhóm u là 1,0398 ± 0,0244 và nhóm không u là 0,4964 ± 0,1841 (p=0,0028). Theo P.A. Tuấn chỉ số CSR ở nhóm u là 1,01±0,06, nhóm không u là 0,64±0,11, sử dụng chỉ số CSR để chẩn đoán u tuyến ức có độ nhạy 100% độ đặc hiệu 94,1%. Inaoka T cũng chỉ ra rằng có sự khác biệt về chỉ số CSR ở bệnh nhân tăng sản và u tuyến ức với p<0,05.

5. Môi liên quan giữa đặc điểm tuyến ức với một số đặc điểm lâm sàng: Chúng tôi nhận thấy, bệnh nhân nhược cơ có hình ảnh dạng u tuyến ức thường khởi phát bệnh trong độ tuổi 20- 49 (50%) và hay gặp ở nữ, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05. Kết quả nghiên cứu của Azhar M.S cũng cho thấy nữ hay có u tuyến ức hơn nam (8/34 và 6/34). Sự khác biệt có thể do cỡ mẫu khác nhau giữa các nghiên cứu.

Bảng 3. Môi liên quan giữa triệu chứng lâm sàng hiện tại với đặc điểm tuyến ức

Nhóm	Không u (n=34)	Dạng u (n=10)	p
Nhóm cơ mặt	32(94,12%)	10(100%)	>0,05
Nhóm cơ hầu họng	11(32,36%)	4(40%)	
Nhóm cơ chi	15(44,12%)	2(20%)	
Nhóm cơ hô hấp	7(20,59%)	2(20%)	

Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân nhược cơ có u tuyến ức triệu chứng lâm sàng hiện tại gặp nhiều nhất ở nhóm cơ ổ mắt trong đó hay gặp nhất là sụp mi, các triệu chứng lâm sàng nhóm cơ khác ít gặp hơn. Điều này có thể giải thích do phần lớn bệnh nhân có u tuyến ức trong nghiên cứu của chúng tôi mới khởi phát

bệnh nên triệu chứng lâm sàng chưa biểu hiện đầy đủ ở các nhóm cơ, tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có u so với nhóm không có u tuyến ức (p>0,05).

Bảng 4. Môi liên quan giai đoạn bệnh với đặc điểm tuyến ức

Giai đoạn bệnh theo Osserman	Không u (n=34)	Theo dõi u (n=10)	p
Giai đoạn I	14(41,18%)	7 (70%)	> 0,05
Giai đoạn II _a	13(38,24%)	1 (10%)	
Giai đoạn II _b	7 (20,58)	2 (20%)	

Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân nhược cơ có u tuyến ức có tỷ lệ cao ở nhóm I và hay gặp ở nhóm có mức độ bệnh nhẹ. Tuy nhiên sự khác biệt về giai đoạn bệnh giữa nhóm theo dõi u và không có u chưa có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Trong khi đó nghiên cứu của P.T. Hiếu và N.T. Cúc thì bệnh nhân có u tuyến ức hay gặp ở nhóm bệnh nhân có mức độ lâm sàng nặng hơn tuy nhiên cũng chưa thấy được mối liên quan giữa mức độ bệnh và tình trạng tuyến ức.

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng và các test chẩn đoán ở bệnh nhân nhược cơ: Tuổi và giới tính: tuổi trung bình 40,82 ± 15,68, tỷ lệ nữ/nam: 2/1. Bệnh nhân có bảng lâm sàng điển hình của bệnh nhược, sụp mi là triệu chứng khởi phát và triệu chứng lâm sàng hiện tại hay gặp nhất. Phân loại lâm sàng theo Osserman: nhóm I (42%), nhóm II_a (36%), nhóm II_b (22%). Test Prostigmin: dương tính 93,49%, test nước đá: dương tính 95,25%, test kích thích lặp lại liên tục: dương tính 75%, nhóm II_a dương tính cao nhất, có sự khác biệt về kết quả giữa các nhóm nhược cơ theo phân loại của Osserman (p<0,05).

2. Nhận xét hình ảnh cộng hưởng từ tuyến ức: Kết quả hình ảnh cộng hưởng từ: u tuyến ức (22,73%), tăng sản (43,18), bình thường (39,65%). Hình ảnh dạng u tuyến ức thường là một khối phát triển hay gặp ở một thùy, cạnh thẳng, có bao xơ chỉ số CSR cao hơn so với nhóm bệnh nhân không có u tuyến ức (p<0,01); tăng sản tuyến ức thường gặp tuyến to lan tỏa hai thùy, cạnh lồi không có bao xơ, chỉ số CSR thấp hơn u tuyến ức (p<0,05); tuyến ức bình thường hay có hình tam giác, teo nhỏ hai thùy cạnh lõm không có bao xơ, chỉ số CSR thấp hơn u tuyến ức (p<0,05).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Mai Văn Viện (2004), "Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, xquang và mô bệnh học tuyến ức liên**

- quan đến kết quả điều trị ngoại khoa bệnh nhược cơ", Luận án tiến sĩ y học, Học viện quân y, HN.
2. **Nguyễn Thị Cúc** (2017), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh tuyến ức và một số yếu tố tiên lượng nặng ở bệnh nhân nhược cơ", Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Học viện quân y, Hà Nội.
 3. **Phùng Anh Tuấn** (2017), "Đặc điểm hình ảnh và giá trị của cộng hưởng từ trong đánh giá tổn thương tuyến ức ở bệnh nhân nhược cơ", Báo cáo hội nghị khoa học chuyên đề cập nhật chẩn đoán và điều trị bệnh nhược cơ, 105-110.
 4. **Phan Thanh Hiếu** (2016), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nồng độ kháng thể kháng thụ cảm thể acetylcholin trong bệnh nhược cơ", Luận án tiến sĩ y học, Học viện quân y, Hà Nội.
 5. **Au W. L., Asha D., T.T.M Helen** (2003), "Myasthenia gravis in Singapore", *Neurological journal of South East Asia*, 34-40.
 6. **Azhar M.S, Amjad M, al et** (2009), "Myasthenia gravis : A Comparision ò Clinical Presentation and Diagnostic Tests among diferent Gender Group in Parkistan population", *Parkistan Institute of Medical Sciences*, 186-190.
 7. **Park J. Y., Yang H. K., Hwang J. M.** (2017), "Diagnostic value of repeated ice tests in the evaluation of ptosis in myasthenia gravis", *PLoS One*, 12(5), e0177078.

NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT MAZE ĐIỀU TRỊ RUNG NHĨ KẾT HỢP BỆNH LÝ VAN TIM

Lâm Triều Phát¹, Trần Quyết Tiến¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Rung nhĩ là rối loạn nhịp tim thường gặp, có thể đưa đến một số biến chứng nguy hiểm, nhất là tai biến mạch máu não và suy tim. Trong các bệnh lý về tim mạch, rung nhĩ thường gặp ở bệnh nhân có bệnh lý van tim, khoảng 40-75% các bệnh nhân hẹp van hai lá tại thời điểm can thiệp có rung nhĩ đi kèm. Mục tiêu của bài báo cáo này đánh giá hiệu quả và an toàn của phẫu thuật Cox-Maze điều trị rung nhĩ trên bệnh nhân có bệnh lý van tim. **Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả gồm 45 bệnh nhân được điều trị rung nhĩ bằng phẫu thuật Cox-Maze kết hợp phẫu thuật van tim tại khoa Phẫu Thuật tim bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 06/2016 đến tháng 08/2017. **Kết quả:** Trong 45 bệnh nhân, có 15 nam (33%), 30 nữ (67%), tuổi trung bình 47±9 (23-70) tuổi. 06 trường hợp có tiền căn đột quỵ trước phẫu thuật chiếm 13%. Huyết khối trong nhĩ trái 21(46.7%). Tất cả các bệnh nhân đều có bệnh lý van hai lá, tỉ lệ hở van ba lá kèm theo 36 (80%). 100% BN được thực hiện phẫu thuật Cox-Maze với các đường đốt theo sơ đồ lập trước, không có vị trí nào trong sơ đồ định sẵn không thể đốt được. Tỉ lệ hồi phục nhịp xoang sau phẫu thuật 67%. 02 trường hợp cần phải đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn tỉ lệ 4.4%. Tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật, tỉ lệ hồi phục nhịp xoang 80%, không trường hợp nào bị đột quỵ. **Kết luận:** Phẫu thuật Cox-Maze điều trị rung nhĩ được thực hiện an toàn và khả thi với kết quả sớm tốt trên bệnh nhân phẫu thuật van tim.

Từ khóa: Rung nhĩ, phẫu thuật Cox-Maze, bệnh van hai lá, sửa/thay van hai lá.

SUMMARY

¹BV Chợ Rẫy, TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Triều Phát

Email: trphat2008@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 12.4.2018

Ngày duyệt bài: 23.4.2018

EVALUATION THE APPLICATION OF COX MAZE PROCEDURE IN TREATMENT FOR ATRIAL FIBRILLATION COMBINED WITH VALVE DISEASE

Objective: Atrial fibrillation is a common arrhythmia, which can lead to some serious complications, particularly stroke and heart failure. In cardiovascular diseases, atrial fibrillation is more common in patients with valvular heart disease, about 40-75% of patients with mitral stenosis at the time of intervention have atrial fibrillation. The objective of this report is to evaluate the effectiveness and safety of Cox-Maze surgery for atrial fibrillation in patients with valve disease. **Methods:** A cross-sectional descriptive study of 45 patients is treated for atrial fibrillation by Cox-Maze procedure combined with valve surgery at Open Heart Surgery Department of Cho Ray Hospital from June 2016 to August 2017. **Results:** In 45 patients, 15 males (33%), 30 females (67%), mean age 47 ± 9 (23-70) years. 06 cases (13%) were preoperation stroke history. Thrombus in left atrial was 21 cases (46.7%). All patients had mitral valve disease, tricuspid valve regurgitation accompanied by 36 (80%). 100% of patients underwent Cox-Maze procedure was succeed with planed schema cryoblation. Recovery rate of sinus rhythm after surgery 67%. 02 patients need to put on a permanent pacemaker (4.4%). At the time of 6 months after surgery, 80% sinus rhythm recovery rate, no stroke. **Conclusion:** Cox-Maze procedure treatment for atrial fibrillation is safe and feasible with good early results in patients with heart valve surgery.

Key word: Atrial fibrillation, Cox Maze procedure, mitral valve disease, mitral valve repair/replacement.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rung nhĩ là loại rối loạn nhịp tim thường gặp trong các bệnh lý tim mạch và là nguyên nhân chủ yếu gây đột quỵ, suy tim, đột tử. Tỉ lệ rung nhĩ ước tính gần 3% ở người lớn từ 20 tuổi trở lên, tỉ lệ này cao hơn ở người cao tuổi và bệnh nhân có

tăng huyết áp, suy tim, bệnh mạch vành, bệnh van tim, đái tháo đường, bệnh thận mạn. Gần 30% bệnh nhân rung nhĩ có bệnh van tim (5).

Từ khi ra đời từ cuối những năm 80 của thế kỉ XX. Phẫu thuật Cox-Maze III được coi như tiêu chuẩn vàng điều trị rung nhĩ. Tuy nhiên Cox-Maze III được thực hiện với kĩ thuật "cắt và khâu" nên nguy cơ chảy máu cao và kĩ thuật phức tạp, do đó kĩ thuật Cox-maze IV dựa trên sơ đồ phẫu thuật Cox-maze III đã dần phổ biến và chứng minh tính hiệu quả cao trong phục hồi nhịp xoang và dự phòng huyết khối, cải thiện triệu chứng rung nhĩ đem lại chất lượng cuộc sống tốt hơn cho bệnh nhân (7). Cox-maze IV sử dụng các nguồn năng lượng như nhiệt lạnh, sóng cao tần đơn cực và lưỡng cực, vi sóng, sóng siêu âm, laser. Kĩ thuật Cox-maze IV có thể áp dụng đơn lẻ hoặc thường gặp nhất là phối hợp với các phẫu thuật tim khác nhất là phẫu thuật điều trị bệnh lý van 2 lá.

Tại Việt nam hiện nay, bệnh lý van tim được phẫu thuật khá phổ biến, tuy nhiên phẫu thuật Cox-Maze IV mới chỉ áp dụng bước đầu tại một vài trung tâm phẫu thuật tim như Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Bệnh viện Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh, Viện Tim thành phố Hồ Chí Minh. Chính vì vậy, chúng tôi làm nghiên cứu này xem tính khả thi và hiệu quả của phẫu thuật Cox-maze sử dụng máy cắt đốt tần số cao để điều trị rung nhĩ ở bệnh nhân có phẫu thuật van tim khoa Phẫu thuật tim Bệnh viện Chợ Rẫy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang tất cả các bệnh nhân được làm phẫu thuật Cox Maze cùng với phẫu thuật van tim tại khoa Hồi Sức-Phẫu Thuật Tim, bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 06/2016 đến tháng 08/2017.

Các bệnh nhân phẫu thuật Cox-maze cùng với phẫu thuật van tim và thực hiện đồng thời các kĩ thuật mổ tim khác như sửa dị tật bẩm sinh hay bắc cầu mạch vành... sẽ không được đưa vào nghiên cứu.

Chúng tôi áp dụng phẫu thuật Cor-Maze IV và đốt bằng sóng tầ số radio đơn cực.

Các thông tin nghiên cứu được thu thập từ hồ sơ bệnh án và thu thập toàn bộ những thông tin cần thiết phục vụ cho nghiên cứu suốt dọc theo thời gian ở những lần bệnh nhân đến tái khám được ghi trong hồ sơ bệnh án. Việc thu thập số liệu được thực hiện theo một biểu mẫu thống nhất. Các số liệu được thu thập gồm số liệu

trước phẫu thuật, số liệu phẫu thuật và số liệu theo dõi sau phẫu thuật

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi có 45 BN thỏa tiêu chí đưa vào nghiên cứu gồm 15 BN nam và 30 BN nữ, độ tuổi trung bình 47,1 ± 9,0 tuổi (từ 23-70 tuổi). Tỷ lệ nam/nữ là 1/2.

3.1. Đặc điểm trước phẫu thuật:

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật

Triệu chứng lâm sàng	Số BN (n)	Tỉ lệ (%)
Đánh trống ngực	34	75,6
NYHA I	0	0
NYHA II	11	24,4
NYHA III	34	75,6
NYHA IV	0	0
Đột quỵ	6	13,3

Tất cả bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều có phân độ suy tim theo NYHA II và III, gặp nhiều nhất suy tim trước mổ ở NYHA III chiếm tỉ lệ 75%

Bảng 2: Thương tổn van tim

Tổn thương van	Số BN	Tỉ lệ (%)
Huyết khối nhĩ Trái	21	46,7
Hẹp van 2 lá	9	20
Hở van 2 lá	10	22,2
Hẹp hở van 2 lá	26	57,8
Hở van 3 lá	36	80

Tổn thương van 2 lá kết hợp hở van 3 lá chiếm tỉ lệ 80%

Bảng 3: Đặc điểm siêu âm trước mổ

	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Áp lực ĐMP (mmHg)	57,3 ± 14,0	30	90
ĐK nhĩ trái (mm)	52,9 ± 6,0	40	68
ĐK thất trái T.trường(mm)	56,2 ± 8,2	35	70
EF (%)	65,2 ± 7,4	45	75

Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu đều có tăng áp động mạch phổi trước phẫu thuật, áp lực động mạch phổi trung bình là 57,3 ± 14,0. Có 3 trường hợp đường kính nhĩ trái lớn hơn 60mm, đường kính trung bình nhĩ trái trước mổ 52,9 ± 6,0mm.

3.2 Đặc điểm phẫu thuật:

Trong tổng 45 BN có phẫu thuật trên van hai lá: 17 BN được sửa van, 9 BN được thay van sinh học và 19 BN được thay van cơ học.

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu được thực hiện phẫu thuật Cox-Maze với các đường đốt theo sơ đồ lập trước, không có vị trí nào trong sơ đồ định sẵn không thể đốt được: trình

tự đốt được thực hiện bên trái trước và bên phải được thực hiện sau khi sửa hoặc thay van hai lá.

Bảng 4: Thời gian phẫu thuật.

	Trung bình	Ngắn nhất	Dài nhất
Thời gian thực hiện sơ đồ Cox Maze (phút)	30,1 ± 5,7	18	40
Thời gian kẹp ĐMC (phút)	103,67 ± 42,0	40	260
Thời gian chạy máy tim phổi (phút)	134,89 ± 55,0	60	310
Thời gian phẫu thuật (phút)	296,50 ± 42,6	200	380

3.3 Kết quả sau phẫu thuật: Sau phẫu thuật bệnh nhân được chuyển qua phòng hồi sức theo dõi với thời gian thở máy: 1-10 ngày, trung vị là 2 ngày. Thời gian nằm phòng hồi sức tích cực: 1-15 ngày, trung vị là 4 ngày.

Sau phẫu thuật thường gặp một số rối loạn nhịp tim: nhịp bộ nổi 16 BN (35,6%), Nhịp nhanh trên thất 10 BN (22,2%), suy nút xoang 3 BN (6,7%), block nhĩ thất độ III 1 BN (2,2%). Trong đó có 2BN (4,4%) cần đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn. Có 30 BN hồi phục nhịp xoang sau phẫu thuật chiếm tỉ lệ 66,6%

Bảng 5: Kết quả 6 tháng sau phẫu thuật

	Số BN (n)	Tỉ lệ (%)
Đánh trống ngực	9	22,5
NYHA I	29	72,5
NYHA II	11	27,5
Đột quy	0	0
Nhịp xoang	32	80
Tử vong	0	0

Trong thời gian theo dõi các bệnh nhân (40 bệnh nhân) có cải thiện về triệu chứng lâm sàng, không còn bệnh nhân biểu hiện suy tim NYHA III. BN có triệu chứng hồi hộp, đánh trống ngực, hụt hơi tại thời điểm 6 tháng chiếm tỉ lệ 22,5%. Tỉ lệ BN hồi phục nhịp xoang sau 6 tháng là 80%. Không ghi nhận trường hợp nào đột quy hay tử vong.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các yếu tố ảnh hưởng tới thành công của phẫu thuật: Chúng tôi ghi nhận tỉ lệ BN hồi phục nhịp xoang sau 6 tháng là 80%. Không ghi nhận trường hợp nào đột quy hay tử vong. Ngoài ra, chúng tôi có 03 bệnh nhân có đường kính nhĩ trái lớn hơn 60mm. Chúng tôi thực hiện cắt giảm nhĩ trái ở 03 bệnh nhân này, các bệnh nhân về nhịp xoang và duy trì suốt quá trình theo dõi.

Tác giả Marc GA cho thấy tỉ lệ thành công của phẫu thuật giảm khi thời gian mắc rung nhĩ kéo dài trên 5 năm, đồng thời cũng ghi nhận đường

kính nhĩ trái > 60mm là một trong những yếu tố ảnh hưởng tới thành công phẫu thuật (6). Tác giả Zongtao Yin cũng ghi nhận với những bệnh nhân rung nhĩ kéo dài trên 7 năm và đường kính nhĩ trái lớn hơn 58mm làm gia tăng tỉ lệ tái phát rung nhĩ gấp hai lần sau 5 năm điều trị với cắt đốt bằng sóng cao tần (7).

Từ năm 2009, tác giả Hyung Gon Je đã ghi nhận các yếu tố làm giảm tỉ lệ thành công của phẫu thuật Maze là tuổi bệnh nhân cao, kích thước nhĩ trái lớn, thời gian mắc rung nhĩ kéo dài, bệnh lý van 2 lá hậu thấp và các yếu tố liên quan đến tổn thương trong quá trình phẫu thuật (5).

Như vậy, các yếu tố ảnh hưởng đến khả năng thành công của phẫu thuật Cox-Maze là kích thước nhĩ trái lớn > 60mm, thời gian rung nhĩ kéo dài trên 5 năm và bệnh lý van hậu thấp.

4.2. Các rối loạn nhịp hay gặp tạm thời sau mổ:

Chúng tôi ghi nhận Sau phẫu thuật thường gặp một số rối loạn nhịp tim: nhịp bộ nổi 16 BN (35,6%), Nhịp nhanh trên thất 10 BN (22,2%), suy nút xoang 3 BN (6,7%), block nhĩ thất độ III 1 BN (2,2%). Trong đó có 2BN (4,4%) cần đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn. Có 30 BN hồi phục nhịp xoang sau phẫu thuật chiếm tỉ lệ 66,6%.

Ngô Vi Hải ghi nhận tỉ lệ bệnh nhân nhịp bộ nổi là 4,9 % trong lúc nằm hậu phẫu (1). Nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ này là 35,6% ngay sau phẫu thuật, tuy nhiên ngay sau đó đa phần các bệnh nhân đều trở về nhịp xoang trong thời gian nằm hậu phẫu.

Nhịp nhanh trên thất cũng là rối loạn nhịp thường gặp sau phẫu thuật Cox-maze. Theo phân tích của Ishii 43% có rối loạn nhịp này trong lúc hậu phẫu, đỉnh điểm là ngày thứ 8, thời gian kéo dài trung bình 5,7 ± 5 ngày. Trong đó bao gồm 59% là rung nhĩ, 14% là cuồng động nhĩ và 27% kết hợp của rung nhĩ và cuồng nhĩ (4).

Suy nút xoang là một trong 2 nguyên nhân chính dẫn đến phải đặt máy tạo nhịp sau phẫu thuật Cox- maze cùng với nhóm Block nhĩ thất. Nghiên cứu của tác giả Hyung Gon Je ghi nhận tỉ lệ đặt máy tạo nhịp sau phẫu thuật Maze là 2,3% (5). Chúng tôi có 03 bệnh nhân bị suy nút xoang sau mổ và 01 bệnh nhân block nhĩ thất hoàn toàn, có 02 bệnh nhân cần phải đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn.

4.3. Biến cố thuyên tắc huyết khối và tử vong sau phẫu thuật

Trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào đột quy hay tử vong sau mổ và tại thời điểm theo dõi 6 tháng, sự khác biệt này so với các tác giả khác có lẽ do mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ, bệnh nhân của

chúng tôi đơn thuần là bệnh lý van 2 lá và hoặc có bệnh lý van 3 lá kèm theo

Nghiên cứu của tác giả Su Kyung Hwang theo dõi 362 bệnh nhân có phẫu thuật Maze ghi nhận tỉ lệ tuyến tính xảy ra biến cố thuyên tắc huyết khối và tử vong ở nhóm bệnh nhân ngưng sử dụng warfarin sau 6 tháng là 0,06% và 0,12%/bệnh nhân – năm và không có sự khác biệt giữa nhóm ngưng sử dụng warfarin và nhóm bệnh nhân tiếp tục sử dụng warfarin cho đến khi hết thời gian theo dõi (trung bình 5 năm) (3). Tác giả Alireza Yaghoubi ghi nhận tỉ lệ sống còn tại thời điểm 6 tháng sau phẫu thuật Maze là 93,6% với tỉ lệ phục hồi nhịp xoang 76,7% (2).

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật Maze sử dụng sóng năng lượng cao tăng có thể thực hiện an toàn và hiệu quả đối với những bệnh nhân rung nhĩ kết hợp bệnh lý van tim với kết quả sớm tốt, phòng ngừa các biến chứng do rung nhĩ gây ra như đột quỵ. Tuy nhiên, chúng tôi cần phải thực hiện nghiên cứu này với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi lâu hơn để có thể thu được kết quả nghiên cứu khách quan hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Vi Hải, Đặng Hanh Đệ, Nguyễn Trường Giang (2015) "Đánh giá sự thay đổi kích thước nhĩ trái trên bệnh nhân mổ tim có kết hợp phẫu thuật Maze điều trị rung nhĩ". Tạp chí Y học Việt Nam, 2 (4), tr.16-20.
2. Alireza Y, Mohsen R, Masoud P et al. (2013) "Evaluation of Early and Intermediate Outcomes of Cryo-Maze Procedure for Atrial Fibrillation". Journal of Cardiovascular and Thoracic Research, 5(2), 55-59.
3. Hwang SK, Yoo J.S, Kim J.B et al. (2015) "Long-Term Outcomes of the Maze Procedure Combined With Mitral Valve Repair: Risk of Thromboembolism Without Anticoagulation Therapy". Ann Thorac Surg, 100:840-4
4. Ishii Y, Nitta M et al. (2008) "Intraoperative verification of conduction block in atrial fibrillation surgery". J Thorac Cardiovasc Surg, 136 (4), 998-1004.
5. Je HG, Lee JW, Jung SH, et al (2009) "Risk factors analysis on failure of maze procedure: mid-term results". European Journal of Cardio-thoracic Surgery, 36:272-279
6. Marc G.A, Gelijns A.C, Parides MK, et al. (2015) "Surgical Ablation of Atrial Fibrillation during Mitral-Valve Surgery". New England Journal of Medicine, 372 (15), 1399-1409
7. Yin Z, Wang H, Wang Z, et al. (2015) "The Midterm Results of Radiofrequency Ablation and Vagal Denervation in the Surgical Treatment of Long-Standing Atrial Fibrillation Associated with Rheumatic Heart Disease". Thorac Cardiovasc Surg, 63:250-256

LIÊN QUAN SIÊU ÂM TINH HOÀN ẨN VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT HẠ TINH HOÀN Ở TRẺ EM

Nguyễn Việt Hoa¹, Vũ Hồng Tuấn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả siêu âm tinh hoàn ẩn và mối liên quan với kết quả phẫu thuật 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 ± 3,83 tuổi. Tỷ lệ sờ thấy tinh hoàn trên lâm sàng là 83,06%. Trên siêu âm: 56,03% nằm ở ống bẹn, 2,28% nằm ở trong ổ bụng, lứa tuổi càng cao thì tỷ lệ thể tích trung bình tinh hoàn ẩn so với tinh hoàn ở bìu hoặc theo lứa tuổi càng giảm. Kết quả mổ: tốt 87,7%, trung bình 9,3%, xấu 3%. **Kết luận:** Siêu âm có vai trò quan trọng trong đánh giá tinh hoàn ẩn, liên quan đến kết quả điều trị.

Từ khóa: Ẩn tinh hoàn, siêu âm.

SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN THE ULTRASONOGRAPHY AND SURGICAL TREATMENT FOR CRYPTORCHIDISM

Objectives: To evaluate the results of ultrasound imaging and the results of surgery for undescended testis 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 ± 3,83 years. Palpable Testis 83,06%. Testicular echography found: 56,03% inguinal, 2,28% intra-abdominal. The testicular volume is lower the mean volume compared to the opposite testes or normal testis. Surgical results: good 87.7%, average 9.3%, bad 3%. **Conclusion:** Ultrasonography is an important role in the evaluation of undescended testis, in relation to the outcome of treatment.

Keyword: Cryptorchidism, ultrasonography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tinh hoàn không xuống bìu (THKXB) (Tiếng anh: Undescended Testis, tiếng pháp: Testicule

¹Khoa phẫu thuật nhi - Bệnh viện Việt Đức.

²Bộ môn ngoại – Trường đại học Y Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Hồng Tuấn

Email: Htuanyk1986@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 13.4.2018

Ngày duyệt bài: 20.4.2018

non descendu) đã được biết từ lâu, được mô tả tỷ mỉ bởi John Hunter vào năm 1786 [6]. 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 Hardziselinmovic được nhiều tác giả sử dụng. 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 [6].

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 [2]. Các nghiên cứu ở nước ngoài đã chỉ rõ cần mổ hạ tinh hoàn ở tuổi 1-2 tuổi. 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.

Khám phát hiện ẩn tinh hoàn không khó. Các biện pháp cận lâm sàng mà trong đó chủ yếu là siêu âm có vai trò quan trọng trong chẩn đoán, tiên lượng, quyết định phương pháp điều trị. Chúng tôi thực hiện đề tài này với mục đích đánh giá mối liên quan giữa siêu âm cho các bệnh ẩn tinh hoàn và kết quả điều trị.

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 Nhi 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 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)

- Số lượng tinh hoàn phân theo vị trí khám trên lâm sàng

- Siêu âm tìm tinh hoàn: vị trí, kích thước. Đo

kích thước: Cao, rộng, dài tính ra thể tích bằng công thức của Lambert[1]: thể tích (ml) = 0,71 x (rộng x dài x cao) /1.000. Sau đó phân loại theo Aubert

- Nếu tinh hoàn ẩn 1 bên: so sánh với bên lành:

• Tốt: Thể tích tinh hoàn bệnh > 2/3 tinh hoàn lành.

• Trung bình: Thể tích tinh hoàn bệnh =2/3-1/2 tinh hoàn lành.

• Xấu: Thể tích tinh hoàn bệnh ≤1/2 tinh hoàn lành.

- Trường hợp THKXB cả hai bên thì so sánh thể tích của tinh hoàn với thể tích tinh hoàn cùng lứa tuổi [1]: ≤ 2 Tuổi = 1,63ml; > 2 – 4 tuổi = 1,66ml; >4 – 6 tuổi = 2,46ml; > 6- 10 tuổi = 5,18ml; > 10 tuổi = 11,95ml

Chỉ số teo tinh hoàn TAI.

Thể tích tinh hoàn lành –

$$\frac{\text{thể tích tinh hoàn bệnh}}{\text{thể tích tinh hoàn lành}} \times 100 = \text{chỉ số teo tinh hoàn}$$

- 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

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 . Với 253 bệnh nhi ẩn tinh hoàn thì có 307 THKXB. 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.

Khám lâm sàng, tỷ lệ sờ thấy tinh hoàn 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 1. Phân loại theo vị trí sờ thấy tinh hoàn theo lâm sàng

Vị trí TH Nhóm tuổi	Lỗ bẹn nông	Ống bẹn	Lỗ bẹn sâu	Tổng
1 - ≤ 2 tuổi	5	52	3	60
> 2 – ≤ 4 tuổi	10	67	3	80
> 4 – ≤ 6 tuổi	3	37	5	45
> 6 – ≤ 10 tuổi	5	40	1	46
> 10 – ≤ 17 tuổi	3	21	0	24
Tổng	26	217	12	255

Như vậy 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 2. Vị trí THKXB trên siêu âm

Tuổi \ Vị trí	Lỗ ben nông	Ổng ben	Lỗ ben sâu	Ổ bụng	Không thấy	Tổng
1 - ≤ 2	16	41	6	1	1	65
> 2 - ≤ 4	17	52	21	4	6	100
> 4 - ≤ 6	10	28	16	0	1	55
> 6 - ≤ 10	10	35	3	0	2	50
> 10 - ≤ 17	6	16	9	2	4	37
Tổng	59	172	55	7	14	307

Siêu âm đo kích thước 3 chiều của tinh hoàn: Dày, dài và rộng. Từ đó tính thể tích tinh hoàn theo công thức Lambert.

**Trường hợp THKXB một bên*

Bảng 3. Thể tích trung bình của THKXB bị một bên

Tuổi \ Thể tích	1- ≤ 2	> 2- ≤ 4	> 4 - ≤ 6	> 6 - ≤ 10	> 10 - ≤ 17
V1 TB (ml)	0.43 (39)	0.48 (64)	0.45 (33)	0.59 (34)	1.78 (29)
V2 TB (ml)	0.69 (39)	0.83 (64)	0.97 (33)	1.2 (33)	4.63 (29)
V1/V2 (%)	62.32	58.83	46.39	49.17	38.44

Chú thích: V1 TB là thể tích trung bình của tinh hoàn KXB, V2 TB là thể tích trung bình của tinh hoàn ở bìa (tinh hoàn bình thường), số trong dấu () là số tinh hoàn.

**Trường hợp THKXB hai bên*

Bảng 4. Thể tích trung bình của THKXB ở BN THKXB hai bên

Tuổi \ Thể tích	1- ≤ 2	> 2- ≤ 4	> 4 - ≤ 6	> 6 - ≤ 10	> 10 - ≤ 17
VTB (ml)	0.42(26)	0.58 (36)	0.58 (22)	0.73 (16)	1.14 (8)
Vtheo tuổi (ml)	1.63	1.66	2,46	5.18	11.95
VTB/Vtheo tuổi (%)	25.77	34.94	25.58	14.09	9.54

Chú thích:VTB: Thể tích trung bình của tinh hoàn KXB; Vtheo tuổi: Thể tích tinh hoàn theo lứa tuổi

Bảng 5. Phân loại THKXB trước mổ dựa vào thể tích tinh hoàn trên siêu âm theo Aubert

Tuổi \ Phân loại	Tốt		Trung bình		Xấu		Tổng
	n	%	N	%	n	%	
1- ≤ 2	14	21.54	14	21.54	37	56.92	65
> 2- ≤ 4	32	32	15	15	53	53	100
> 4 - ≤ 6	8	14.55	10	18.18	37	67.27	55
> 6 - ≤ 10	7	14	13	26	30	60	50
> 10 - ≤ 17	7	18.92	7	18.92	23	62.16	37
Tổng	68	22.15	59	19.22	180	58.63	307

Nhận xét: Tỷ lệ THKXB có thể tích tốt trên siêu âm chiếm tỷ lệ thấp (22.15%). Ở những nhóm tuổi càng cao thì tỷ lệ thể tích tinh hoàn xấu càng tăng.

Bảng 6. Vị trí tinh hoàn trong mổ

Tuổi \ Vị trí	Lỗ ben nông	Ổng ben	Lỗ ben sâu	Ổ bụng	Không thấy	Tổng
1- ≤ 2	16	38	8	2	1	65
> 2 - ≤ 4	13	65	17	5	0	100
> 4 - ≤ 6	10	25	15	2	3	55
> 6 - ≤ 10	10	34	4	2	0	50
> 10- ≤ 17	5	20	5	5	2	37
Tổng	54(17.59%)	182(59.28%)	49 (15.96%)	16 (5.21%)	6 (1.95%)	307

Thể tích tinh hoàn đo trong mổ so với siêu âm

Thể tích tinh hoàn được đo trong mổ so với thể tích tinh hoàn tương ứng đo trên siêu âm:

Thể tích tinh hoàn trung bình trong mổ: $X \pm SD = 0.6672 \pm 0.71$

Thể tích tinh hoàn trung bình trên siêu âm: $X \pm SD = 0.6802 \pm 0.73$

So sánh 2 giá trị được $P = 0.281 > 0.05 \gg$ Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Vậy kết quả đo thể tích tinh hoàn trong mổ và trên siêu âm là tương đồng điều này một lần nữa chứng minh được giá trị của siêu âm trong chẩn đoán THKXB.

Bảng 7. Mật độ tinh hoàn trong mổ

Tuổi	Mật độ	Bình thường	Nhẽ	Xơ teo	Tổng
1 - ≤ 2		61(95.31%)	3(4.68%)	0	64(100%)
> 2 - ≤ 4		97(97%)	3(3%)	0	100(100%)
> 4 - ≤ 6		47(90.38%)	4(7.7%)	1(1.92%)	52(100%)
> 6 - ≤ 10		41(82%)	6(12%)	3(6%)	50(100%)
> 10 - ≤ 17		23(65.71%)	7(20%)	5(14.29%)	35(100%)
Tổng		269(89.37%)	23(7.64%)	9(3%)	301(100%)

Bảng 8. Kết quả mổ sớm theo vị trí hạ tinh hoàn

Tuổi	Kết quả	Tốt	Trung bình	Xấu	Tổng
1 - ≤ 2		64(100%)	0	0	64(100%)
> 2 - ≤ 4		94(94%)	6(6%)	0	100(100%)
> 4 - ≤ 6		43(82.7%)	8(15.4%)	1(1.9%)	52(100%)
> 6 - ≤ 10		40(80%)	7(14%)	3(6%)	50(100%)
> 10 - ≤ 17		23(65.7%)	7(20%)	5(14.3%)	35(100%)
Tổng		264(87.7%)	28(9.3%)	9(3%)	301(100%)

IV. BÀN LUẬN

Về tuổi điều trị, đa số tác giả chủ trương tiến hành điều trị sớm, theo Steven G Docimo [6] nên điều trị ngay từ 6 tháng tuổi. Ở Việt Nam Trần Văn Sáng khuyên nên chọn thời điểm mổ sớm từ 1 - 2 tuổi, do là sau 3 tháng tuổi tinh hoàn không thể xuống bìu nữa nên chờ cũng vô ích. Hơn nữa nếu để tinh hoàn lâu trong ổ bụng nhất là THKXB cả 2 bên càng điều trị chậm khả năng có con càng giảm dần và nguy cơ ung thư tinh hoàn càng lớn. Cho nên các nhà niệu học hy vọng mổ sớm cải thiện khả năng sinh dục. Theo Lidwig và Patema (1960) thì tuổi can thiệp phẫu thuật có ảnh hưởng lượng, chất tinh trùng sau này, như nếu mổ giai đoạn 1-2 tuổi thì số tinh trùng bình thường khoảng 87%, tuy nhiên nếu mổ muộn trên 13 tuổi thì tỷ lệ này chỉ còn 13,5%. Theo Jack kelder: Nguy cơ ung thư tinh hoàn, ở tinh hoàn không xuống bìu, bất thường cấu trúc tinh hoàn cao gấp 35- 40 lần so với tinh hoàn ở bìu. Vì thế chỉ định tuổi mổ nên từ 12- 18 tháng.

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 [4]. Trong nghiên cứu của Lê Tất Hải tuổi nhỏ nhất cũng là 1 tuổi, lớn nhất là 16 tuổi, tập trung nhiều nhất ở nhóm trên 6 tuổi[4]. Nghiên cứu của Đào Trung Hiếu tuổi nhỏ nhất là 3 lớn nhất là 13 tuổi, trung bình 8.6 tuổi. Nghiên cứu của Hoàng Tiến Việt tuổi nhỏ nhất là 12 tháng, lớn nhất là 44 tuổi, trung bình 10.86 ± 7.5 [5]. 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.

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%. Trong báo cáo của Lê Tất Hải : Bên phải 22.2%, bên trái 30.5%, hai bên 47,3% [4] của Hoàng Tiến Việt: Bên phải 49.8%, bên trái 32.7% hai bên 17.5%[5], của Lê Anh Dũng và Nguyễn Thanh Liêm: Bên phải: 25%, bên trái 31.67%, hai bên 43.33%[4]. Theo Niedzielski bên phải chiếm 55.2%, bên trái 44.8% không nêu tổn thương hai bên [3]. Các số liệu báo cáo trên có sự khác nhau có thể do đối tượng nghiên cứu của từng báo cáo là khác nhau, ví dụ như của Lê Tất Hải đối tượng nghiên cứu là THKXB không sờ thấy...

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ siêu âm phát hiện tinh hoàn KXB phù hợp với chẩn đoán phẫu thuật là 97.39%. Theo báo cáo của Lê Tất Hải siêu âm cho kết quả dương tính 20.7%, 79.3% là âm tính. Theo Franco tinh hoàn nằm trong ống bẹn chỉ phát hiện được 70 - 80%. Tác giả Husmann cũng nêu ý kiến tương tự: siêu âm chỉ phát hiện được 70% tinh hoàn khi khám sờ thấy. Trong nghiên cứu của chúng tôi siêu âm phát hiện được 100% khi khám sờ thấy, $28/38 = 73.7\%$ khi khám không sờ thấy tinh hoàn, tỷ lệ phát hiện THKXB so với chẩn đoán sau mổ là 97.39%. Trong nghiên cứu của chúng tôi siêu âm phát hiện 56.03% tinh hoàn ở ống bẹn, 19.22% ở lỗ bẹn nông, 2.28% trong ổ bụng, không thấy tinh hoàn 4.56%. Theo báo cáo của Hoàng Tiến Việt thấy 17% tinh hoàn ở lỗ bẹn

nông, 67% tinh hoàn trong ống bẹn, trong lỗ bẹn sâu - ổ bụng 5%, không thấy 11%.

Qua trên thấy rằng tỷ lệ siêu âm phát hiện tinh hoàn trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn hẳn những báo cáo của các tác giả trước cũng có thể do máy siêu âm ngày càng hiện đại cộng với bác sỹ có kinh nghiệm hơn trong siêu âm, siêu âm phát hiện thấy tinh hoàn cao hơn hẳn khi khám lâm sàng. Vì vậy siêu âm là phương tiện quan trọng nhất trong chẩn đoán và đánh giá thể tích, tiên lượng THKXB hiện nay. Theo một số tác giả giá trị siêu âm trong chẩn đoán THKXB thể không sờ thấy rất hạn chế. Do những kết quả trên và kinh nghiệm của mình Elder [7] nêu rằng: "Siêu âm không cần thiết dùng để khám cho bệnh nhân THKXB không sờ thấy". Tuy nhiên cũng có những nghiên cứu chỉ ra giá trị của siêu âm không được như mong đợi vì tỷ lệ chẩn đoán thấp [3]. Ngày nay máy siêu âm có độ chính xác cao hơn, các bác sỹ siêu âm trình độ cũng ngày một nâng cao nên khả năng phát hiện tinh hoàn ẩn cao, kể cả một số tinh hoàn nằm trong ổ bụng. Mô tả cả tính chất mào tinh và tinh hoàn, một số dị tật kèm theo.

Trong nghiên cứu chúng tôi thấy kết quả mổ tốt 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

Tinh hoàn không xuống bìu có thể chẩn đoán dễ dàng bằng khám lâm sàng, tuy nhiên việc kiểm tra đánh giá bằng siêu âm có vai trò quan trọng trong quyết định phương pháp điều trị và tiên lượng cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Celestino Aso et al** (2005): "Gray scale and Color Doppler Sonography of Scrotal disorders in Children, An update", *Radiography, Volum 25*, p 1197 – 1214.
2. **Baker et al** (2001): "A. Multi institutional Anlysis of laparoscopic orchidopexy", *BJU int*, 87, p 484 – 490.
3. **Radmayr Oswald Schwentner neururer; Peschel Bathsch** (2003): "Long – term outcome of laparoscopically managed nonpalpable testes", *the journal of urology*, v^ol 170, p 2409 – 2411.
4. **Lê Anh Dũng; Nguyễn Thanh Liêm** (2004): "Điều trị THKXB bằng phẫu thuật nội soi" *Tạp san hội nghị nội soi*, tr 301
5. **Hoàng Tiệp 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.
6. **Docimo SG. MD** (2000): "The undescended Testis, Diagnosis and management", *American Family Physican*, november: p 1 – 10.
7. **Srael Franco** (2002): "Evaluation and managemebt of impalpable testis" *clinical pediatric urology*, p 1155- 1170.

THỰC TRẠNG ĐỘNG LỰC LÀM VIỆC CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ KHỐI LÂM SÀNG - BỆNH VIỆN THANH NHÀN NĂM 2017

Tổng Thị Vân Thanh¹, Nguyễn Thị Hoài Thu²

TÓM TẮT

Động lực làm việc của nhân viên y tế (NVYT) là một yếu tố ảnh hưởng rất lớn đến kết quả thực hiện công việc của họ và do đó ảnh hưởng tới chất lượng dịch vụ y tế. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm tìm hiểu động lực làm việc của NVYT khối lâm sàng bệnh viện (BV) Thanh Nhàn năm 2017. Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, thu thập số liệu định lượng trên 554 NVYT khối lâm sàng BV Thanh Nhàn. Kết quả nghiên cứu tại BV Thanh Nhàn cho thấy tổng

điểm trung bình động lực của NVYT là $80,09 \pm 8,95$ trên tổng số điểm tối đa là 110. Trong 6 yếu tố nghiên cứu về động lực thì có 3 yếu tố "Động lực chung (49,58%), "Sự mệt mỏi" (68,69%) và "Quan điểm thời gian làm việc" có tỷ lệ khá lớn nhân viên không coi là động lực làm việc, với lần lượt là 49,58%, 68,69%, 44,82% cho điểm bằng hoặc dưới 3. Kết quả nghiên cứu cung cấp thông tin quan trọng tới lãnh đạo bệnh viện nhằm đưa ra các giải pháp phù hợp để cải thiện động lực làm việc cho đội ngũ NVYT tại BV.

Từ khóa: động lực làm việc, nhân viên y tế, bệnh viện Thanh Nhàn.

SUMMARY

WORK MOTIVATION OF CLINICAL HEALTH WORKERS OF THANH NHAN HOSPITAL 2017

Work motivation of health workers is a critical factor affecting their performance and therefore affecting the quality of healthcare services. This study

¹Bệnh viện Thanh Nhàn

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Tổng Thị Vân Thanh

Email: maikhoithai@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2018

Ngày duyệt bài: 4.5.2018

was conducted to describe the motivation of health workers working in the clinical departments of Thanh Nhan Hospital in 2017. This study applied a cross-sectional design with data collection was undertaken from 554 health workers in Thanh Nhan hospital. The results of this research showed that the average motivation score of health workers was 80.09 ± 8.95 out of a maximum score of 110. Among the six motivational factors, there were three factors "General motivation", "Burnout" and "Timeliness" have a relatively large proportion of employees that did not consider them as motivators, with 49,58%, 68,69%, 44,82% of health workers gave scores below than 3. The results provided important information to the hospital leaders and managers in order to provide appropriate solutions for improving the motivation of health workers in the hospital.

Keywords: motivation, medical staff, Thanh Nhan hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong giai đoạn hiện nay, nguồn nhân lực của tổ chức đóng vai trò hết sức quan trọng trong việc cung cấp dịch vụ y tế có chất lượng và công bằng[1]. Theo Tổ chức y tế thế giới (WHO), nguồn nhân lực y tế được coi là một trong những thành phần cơ bản và quan trọng nhất của hệ thống y tế, là vì liên quan trực tiếp đến tính mạng người bệnh, sức khỏe nhân dân, chất lượng cuộc sống,... [2]

Bệnh viện Thanh Nhàn là bệnh viện hạng I trực thuộc Sở Y tế Hà Nội, đóng trên địa bàn quận Hai Bà Trưng. Trong hoạt động thực tiễn quản lý nhân sự tại bệnh viện Thanh Nhàn, chúng tôi thấy có nhiều vấn đề liên quan đến động lực làm việc của NVYT cần được tìm hiểu. Mặc dù bệnh viện đã xây dựng chính sách đãi ngộ để khuyến khích nhân viên nhưng vẫn còn tồn tại một số vấn đề như tỷ lệ chuyển và thôi việc tương đối cao chủ yếu ở khối lâm sàng, tồn tại một số bất đồng trong công việc ở các khoa phòng, nhân viên chưa hài lòng với công việc ở nhiều góc độ: áp lực công việc cao, mối quan hệ đồng nghiệp chưa thực sự thân thiện. Do vậy, để nắm bắt được tâm tư nguyện vọng của các NVYT và qua đó cải thiện các điều kiện nhằm nâng cao động lực làm việc của đội ngũ nhân viên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm tìm hiểu động lực làm việc của nhân viên y tế khối lâm sàng bệnh viện Thanh Nhàn năm 2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Toàn bộ NVYT đang làm việc tại khối lâm sàng bệnh viện Thanh Nhàn (là hợp đồng ngắn hạn và biên chế có thời gian công tác từ 6 tháng trở lên)

2.2 Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 10 năm 2017 đến 30 tháng 03 năm 2018

2.3 Địa điểm nghiên cứu: Tại Bệnh viện Thanh Nhàn.

2.4 Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, sử dụng nghiên cứu định lượng.

2.5 Cỡ mẫu: Chọn mẫu toàn bộ NVYT khối lâm sàng đang công tác tại Bệnh viện Thanh Nhàn, 554 NVYT. Các số liệu thứ cấp báo cáo về tình hình nhân lực. Tiêu chuẩn loại trừ: nhân viên đi học và nghỉ thai sản tại thời điểm nghiên cứu; nhân viên không đồng ý tham gia NC

2.6 Phương pháp thu thập số liệu: Sử dụng bộ câu hỏi phát vấn (phiếu điều tra động lực của NVYT), để thu thập thông tin liên quan đến động lực làm việc của NVYT. Các số liệu thứ cấp được thu thập tại phòng Tổ chức cán bộ và Phòng kế hoạch tổng hợp.

Bộ công cụ nghiên cứu: Các biến số về động lực làm việc được xây dựng dựa trên bộ công cụ của tác giả Patrick Mbyndo tiến hành ở Kenya và đã được Nguyễn Thị Hoài Thu kiểm định trên NVYT tại Việt Nam với 22 tiểu mục gồm 6 câu phần được áp dụng để đánh giá động lực làm việc của NVYT bao gồm: Động lực làm việc chung, Sự mệt mỏi, Sự hài lòng về công việc, Quan hệ nơi làm việc, Ý thức làm việc và Quan điểm về thời gian làm việc. Sử dụng thang đo Likert cấp độ 1-5: Điểm 1 tương ứng "Rất không đồng ý", điểm 5 tương ứng "Rất đồng ý" [3][4].

2.7 Phân tích số liệu: Số liệu được nhập vào máy tính bằng phần mềm EpiData 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0 cho các thông tin mô tả và phân tích thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Tham gia nghiên cứu có tổng số 554 đối tượng được mời, số phiếu được trả lại đã hoàn thành (đạt 100%).

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	n	Tỷ lệ (%)
Đơn vị đang công tác: Khối Ngoại	246	44,4
Khối Nội	308	55,6
Vị trí công tác: Cán bộ quản lý	61	11,01
NVYT trực tiếp khám và điều trị	471	85,02
Nhân viên hành chính	22	3,97
Giới: Nam	152	27,44
Nữ	402	72,56
Tuổi: ≤ 30 tuổi	253	45,67
31 – 40 tuổi	192	34,66
41 – 50 tuổi	54	9,75
> 50 tuổi	55	9,92
Phân loại nhân viên: Viên chức	377	68,05

Nhân viên hợp đồng do đơn vị thỏa thuận	177	31,95
<i>Kinh nghiệm làm việc:</i> < 5 năm	198	35,74
> 5 năm	356	64,26
Chức danh chuyên môn: Bác sỹ	144	25,99
Điều dưỡng / Hộ sinh	373	67,33
Khác	37	6,68
Trình độ chuyên môn: Trung cấp	222	40,07
Cao đẳng	110	19,86
Đại học	156	28,16
Sau đại học	66	11,91
Thu nhập chính trong gia đình: Có	394	71,12
Không	160	28,88
Thu nhập trung bình/tháng:		
< 5.000.000 VNĐ	151	27,26
5.000.000 – 10.000.000 VNĐ	361	65,16
> 10.000.000 VNĐ	42	7,58

Trong 554 đối tượng tham gia nghiên cứu, khối ngoại là 246 người chiếm tỷ lệ 44,4%, khối nội 55,6%. Phân loại nhân viên, có 177 là hợp đồng có xác định thời hạn chiếm tỷ lệ 31,95%, còn lại 377 nhân viên thuộc biên chế nhà nước chính vì vậy số nhân viên công tác > 5 năm là 64,26%, trong khi đó số nhân viên < 5 năm chỉ có 35,74%, thời gian làm việc thấp nhất là 0,5 năm, cao nhất là 36 năm, số năm kinh nghiệm trung bình là $10,2 \pm 8,7$ năm. 71,12% thu nhập chính trong gia đình. Nhóm thu nhập bình quân trên tháng < 5.000.000 đồng chiếm 27,26%; nhóm thu nhập từ 5.000.000 – 10.000.000 đồng chiếm 65,16%, nhóm thu nhập >10.000.000 đồng chiếm 7,58%.

3.2 Động lực làm việc của nhân viên y tế

Bảng 2. Điểm trung bình của từng tiểu mục

STT	Nội dung	Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn
I	<i>Yếu tố động lực làm việc chung</i>	10,26	1,75
1	Cảm thấy có động lực để làm những việc khó nhất có thể làm được	3,42	0,83
2	Làm việc này vì nó an toàn và ổn định lâu dài	3,52	0,87
3	Làm việc này vì được trả lương vào cuối tháng	3,32	1,07
II	<i>Yếu tố sự hài lòng công việc</i>	26,14	4,04
1	Rất hài lòng với công việc của mình	3,64	0,72
2	Hài lòng với cơ hội được sử dụng khả năng của mình trong công việc	4,06	0,77
3	Hài lòng vì hoàn thành được một việc gì đó có ý nghĩa trong công việc hàng ngày	3,65	0,78
4	Cơ quan này thực sự đã khích lệ để làm việc tốt nhất.	3,72	0,79
5	Mục tiêu chung của cơ quan và mục tiêu cá nhân rất tương đồng	3,62	0,73
6	Vui vì được làm cho cơ quan này hơn là những cơ quan khác	3,64	0,77
7	Tự hào vì được làm việc ở cơ quan này	3,78	0,77
III	<i>Yếu tố sự mệt mỏi</i>	6,21	1,75
1	Cảm thấy kiệt sức vào cuối mỗi ngày làm việc*	2,98	0,96
2	Cảm thấy sợ hãi khi phải đối mặt với một ngày làm việc mới*	3,24	1,04
IV	<i>Yếu tố quan hệ nơi làm việc</i>	10,94	2,31
1	Không hài lòng với người phụ trách của mình*	3,63	1,10
2	Không hài lòng với đồng nghiệp ở khoa phòng/cơ quan*	3,66	1,10
3	Cảm thấy ít cam kết với cơ quan nơi đang công tác*	3,65	1,04
V	<i>Yếu tố ý thức trách nhiệm nơi làm việc</i>	15,82	2,09
1	Luôn có mặt tại cơ quan đúng giờ	4,05	0,69
2	Luôn hoàn thành nhiệm vụ một cách hiệu quả và chuẩn xác.	3,91	0,63
3	Là một nhân viên chăm chỉ và siêng năng	3,93	0,63
4	Làm những việc cần làm mà không chờ cấp trên phải nhắc nhở hay ra lệnh	3,92	0,63
VI	<i>Yếu tố quan điểm thời gian làm việc</i>	10,7	2,12
1	Trong công việc, mọi người không trông cậy vào tôi*	3,51	1,01
2	Không cảm thấy lo lắng nếu vắng mặt ở cơ quan*	3,24	1,06
3	Không phải là vấn đề khi thỉnh thoảng đi làm muộn*	3,94	0,97
	Tổng	80,09	8,95

Nhận xét: Các tiểu mục thuộc yếu tố động lực chung có điểm trung bình của các yếu tố này đều >3, thấp nhất là tiểu mục làm việc này vì được trả lương vào cuối tháng đạt 3,32, cao nhất

là tiêu mục làm việc này vì nó an toàn và ổn định lâu dài đạt 3,52. Có 7 tiêu mục thuộc yếu tố sự hài lòng công việc, điểm trung bình của các tiêu mục khá cao, đa số nhân viên đều tự hào khi được làm trong ngành y tế và đơn vị mình đang công tác, cs điểm trung bình đạt từ 3,64 đến 4,06.

Yếu tố về sự mệt mỏi có điểm trung bình là $6,21 \pm 1,75$: điểm trung bình của tiêu mục "cảm thấy kiệt sức vào cuối mỗi ngày làm việc" là 2,98; "cảm thấy sợ hãi khi phải đối mặt với một ngày làm việc mới" là 3,24.

Có 3 tiêu mục của yếu tố quan hệ nơi làm việc, các tiêu mục đều đạt điểm trung bình xấp xỉ nhau từ 3,6 đến 3,66; phần lớn nhân viên đều hài lòng với người phụ trách của mình và hài lòng với đồng nghiệp ở khoa phòng/cơ quan.

Yếu tố về ý thức trách nhiệm nơi làm việc điểm trung bình khá cao, thấp nhất là 3,9 của tiêu mục luôn hoàn thành nhiệm vụ một cách hiệu quả và chuẩn xác, còn điểm cao nhất là luôn có mặt cơ quan đúng giờ đạt 4,05. Quan điểm thời gian làm việc, đa số các NVYT đều có trách nhiệm về thời gian và làm việc có kỷ luật.

Bảng 3. Kết quả cụ thể về phân bố điểm cho từng yếu tố

Nội dung	≤ 3 điểm(%)	>3 -<4 điểm(%)	4 -≤ 5 điểm(%)
Yếu tố động lực làm việc chung	49,58	40,37	10,05
Yếu tố sự hài lòng công việc	37,39	47,27	15,34
Yếu tố sự mệt mỏi	68,69	21,21	10,11
Yếu tố quan hệ nơi làm việc	42,48	32,19	25,33
Yếu tố ý thức trách nhiệm nơi làm việc	21,08	61,24	17,69
Yếu tố quan điểm thời gian làm việc	44,82	33,70	21,48

Nhận xét: Yếu tố "Động lực làm việc chung" và "Sự mệt mỏi" có tỉ lệ cao NVYT cho điểm dưới 3 (49,58% và 68,69%), cho thấy đây là một yếu tố không tạo động lực làm việc cho người nhân viên.

Yếu tố "Quan hệ nơi làm việc" có tỉ lệ NVYT cho điểm số trên 4 cao nhất (25,33%), chứng tỏ đây là một yếu tố tạo động lực làm việc tốt.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu:

Đối tượng tham gia nghiên cứu, tuổi trung bình là $34,12 \pm 9,0$ tuổi, thấp nhất 20 tuổi cao nhất 62 tuổi (một số cán bộ về hưu nhưng ký hợp đồng có nguyện vọng công tác tiếp). Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Việt Triều (2015) ($32,12 \pm 7,79$) [5]. Như vậy, bệnh viện có lực lượng nhân lực trẻ, đây là giai đoạn đầy đủ sức khỏe và trí tuệ để nâng cao trình độ chuyên môn, tiếp cận tốt với khoa học kỹ thuật hiện đại. Tuy nhiên vấn đề kinh nghiệm chuyên môn lại cần có thời gian trải nghiệm, và trau dồi kinh nghiệm bản thân. Nhân lực tập trung phần lớn là giới nữ (72,56%) đây cũng là mô hình nhân sự chung thường gặp ở các bệnh viện các tuyến ở khu vực hay cả nước.

Vị trí quản lý: số cán bộ giữ chức vụ lãnh đạo quản lý (bao gồm trưởng, phó khoa, điều dưỡng trưởng) chiếm 11,01%, nhân viên trực tiếp khám điều trị, chăm sóc chiếm 85,02%, còn lại là nhân viên hành chính khác. Trình độ chuyên môn từ trung cấp trở xuống chiếm 40,07%; từ cao đẳng, đại học trở lên chiếm 40,02%, sau đại học chiếm tỷ lệ 11,91%. So với nghiên cứu của Nguyễn Đức Trường (2015), trình độ trung cấp chiếm đa số (52,8%) và sau đại học (13,9%) [6]. Do bệnh viện luôn tạo điều kiện cho CBYT được học tập

nâng cao trình độ chuyên môn nên tỷ lệ nhân viên có trình độ trung cấp giảm đi đáng kể.

4.2 Động lực làm việc của NVYT: Điểm trung bình của cả thang đo là 80,09 (điểm trung bình cộng là 3,64) tương đồng với kết quả nghiên cứu của Wilbroad Mutale và cộng sự (3,66 điểm) khi tiến hành đo động lực của NVYT tại các cơ sở y tế nông thôn của 3 huyện của Zambia năm 2012 [7]. Kết quả nghiên cứu có thể giải thích do sự đa dạng đối tượng nghiên cứu của chúng tôi so với đối tượng nghiên cứu đơn lẻ của Võ Văn Tài.

Yếu tố sự mệt mỏi: Yếu tố sự mệt mỏi đạt điểm trung bình thấp nhất 6,21. Tỷ lệ % có điểm ≤ 3 (chưa có động lực) chiếm 68,69%.

Thực tế cho thấy có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến sự mệt mỏi của NVYT, như lượng bệnh nhân đến khám ngày càng tăng gây nên quá tải công việc, cụ thể công suất sử dụng giường bệnh của bệnh viện luôn vượt quá 150% (theo giường thực kê). Mặt khác bệnh viện đang trong thời kỳ xây dựng tòa nhà mới, các khoa phòng phải tập trung sửa chữa, dọn chỗ ưu tiên cho bệnh nhân vì vậy không gian riêng của NVYT sẽ bị thu hẹp, Bên cạnh đó là những khó khăn trong việc vận chuyển bệnh nhân, khám chữa bệnh, chăm sóc,... Ngoài ra, đa số bệnh nhân khám có thể bảo hiểm y tế (BHYT) với rất nhiều

thủ tục và quy trình nên nhiều khi NVYT không tránh khỏi những áp lực xuất toán BHYT.

Yếu tố động lực làm việc chung: Đối với yếu tố động lực làm việc chung có điểm trung bình tương đối thấp 10,26, tỷ lệ của điểm chưa có động lực chiếm 49,58%.

Mặt khác bệnh viện rất tạo điều kiện cho NVYT học tập nâng cao trình độ chuyên môn, nhưng nhiều NVYT đã coi bệnh viện là trạm dừng chân tạm thời, sau khi học xong họ sẵn sàng đền bù để có thể chuyển công tác. Do vậy cạnh tranh với bệnh viện tư là điều hết sức khó khăn, nhất là trong thời kỳ bệnh viện đang từng bước tìm bài toán tự chủ phù hợp nhất, dẫn đến sự chảy máu chất xám là điều không thể tránh khỏi.

Yếu tố quan điểm thời gian làm việc: Kết quả của yếu tố về quan điểm thời gian làm việc có điểm trung bình 10,7, tỷ lệ % của tổng điểm chưa có động lực đạt 44,82%.

Trong hoạt động khám chữa bệnh, mỗi cá nhân là một mắt xích giúp cho bộ máy bệnh viện được hoạt động hiệu quả, và được giao những nhiệm vụ cụ thể, đồng thời cá nhân phải hoàn toàn chịu trách nhiệm về công tác chuyên môn đó. Với công suất sử dụng giường bệnh luôn trên 150%, bệnh viện đã phải bổ sung nguồn nhân lực còn thiếu bằng tuyển nhân viên hợp đồng ngắn hạn, nhưng để có hệ thống y bác sỹ có trình độ chuyên môn vững phải đòi hỏi có thời gian. Vì vậy bệnh viện đã luôn tạo điều kiện cho NVYT được học tập nâng cao trình độ chuyên môn, nhưng mỗi cá nhân phải cam kết đảm bảo công tác chuyên môn của mình khi đơn vị đó có nhu cầu. Bên cạnh đó một số NVYT không tránh khỏi chán trong chán ngoài tranh thủ thời gian để tăng thêm thu nhập, và để đảm bảo công tác quản lý tốt bệnh viện cần phải tăng cường công tác quản lý nhân sự, kiểm tra về ngày công và giờ công chặt chẽ và phải đưa ra những quy chế đãi ngộ tốt hơn.

Như vậy việc làm hài lòng và việc tạo ra sự trung thành sẽ giúp cho tổ chức bớt được các chi phí tuyển dụng, đào tạo và giảm các lỗi sai hỏng trong quá trình làm việc từ các nhân viên mới. Để bệnh viện "tồn tại" và phát triển không chỉ quan tâm đến số lượng nguồn nhân lực mà còn

phải chú trọng đến bồi dưỡng "yếu tố bên trong" – động lực của NVYT.

V. KẾT LUẬN

Điểm trung bình của cả thang đo động lực là 80,09± 8,95; Trong 6 yếu tố của thang đo, yếu tố sự mệt mỏi có điểm trung bình thấp bao gồm: Cảm thấy kiệt sức vào cuối mỗi ngày làm việc (2,98); Cảm thấy sợ hãi khi phải đối mặt với một ngày làm việc mới (3,24).

Trong 6 yếu tố của thang đo thì yếu tố về động lực chung, sự mệt mỏi và quan điểm thời gian làm việc chưa được nhân viên coi là động lực làm việc, thể hiện ở điểm trung bình tương đối thấp và tỉ lệ cao nhân viên y tế cho điểm dưới 3 cho các tiểu mục. Kết quả nghiên cứu cung cấp thông tin quan trọng tới lãnh đạo bệnh viện nhằm đưa ra các giải pháp phù hợp để cải thiện động lực làm việc cho đội ngũ NVYT tại BV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization (2006).** *Working Together for Health*. World Health Organisation. Working together for health. 2006: Geneva. Retrieved 28 September 2017, from <http://www.who.int/whr/2006/en/>.
2. **Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế (2009),** *Báo cáo chung tổng quan ngành y tế năm 2009*. Nhân lực y tế Việt Nam (33-34).
3. **Mbindyo P.M. et al. (2009),** "Developing a tool to measure health worker motivation in district hospitals in Kenya", *Hum Resour Health*.
4. **Nguyen Thi Hoai Thu, Andrew Wilson và Fiona McDonald (2015).** Motivation or demotivation of health workers providing maternal health services in rural areas in Vietnam: Findings from a mixed methods study. *Human Resources for Health*, 13:91. DOI: /10.1186/s12960-015-0092-5.
5. **Nguyễn Việt Triều (2015),** "Động lực làm việc và một số yếu tố liên quan của nhân viên y tế tại bệnh viện đa khoa Hoàn Mỹ Minh Hải Cà Mau năm 2015", Luận văn thạc sỹ quản lý bệnh viện, Trường đại học Y tế Công cộng Hà Nội.
6. **Nguyễn Đức Trường (2015),** "Động lực làm việc của nhân viên y tế khối lâm sàng Viện Pháp y Tâm thần Trung Ương năm 2015", Luận văn thạc sỹ quản lý bệnh viện, Trường đại học Y tế Công cộng Hà Nội.
7. **Willbroad Mutale et al. (2012),** 'Measuring health workers' motivation in rural health facilities: baseline results from three study districts in Zambia', *Human Resources for Health* 11(8).

GIÁ TRỊ CHẨN ĐOÁN CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ ĐỐI VỚI CHOLESTEATOMA TẠI GIỮA TÁI PHÁT

Lê Văn Kháng¹, Đoàn Thị Hồng Hoa², Phạm Minh Thông¹

TÓM TẮT

Mục đích. Tính giá trị của các chuỗi xung cộng hưởng từ trong chẩn đoán cholesteatoma tai giữa tái phát. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu.** 45 bệnh nhân sau phẫu thuật cholesteatoma thì 1, được chụp MRI và phẫu thuật thì hai. Đối chiếu kết quả MRI với kết quả phẫu thuật và giải phẫu bệnh, từ đó tính ra các giá trị độ nhạy (Sn), độ đặc hiệu (Sp), giá trị dự báo dương tính (PPV), giá trị dự báo âm tính (NPV) và độ chính xác (Ac) của các chuỗi xung. **Kết quả:** Giá trị chẩn đoán cholesteatoma tai giữa tái phát của chuỗi xung DWI EPI: Sn = 51.5%; Sp = 100%; PPV = 100%; NPV = 42.9%; Ac = 64.4%. Chuỗi xung DWI: Sn = 60.6%; Sp = 58.3%; PPV = 80.0%; NPV = 35.0%; Ac = 60%. Chuỗi xung DWI HASTE: Sn = 84.8%; Sp = 100%; PPV = 100%; NPV = 70.6%; Ac = 88.9%. **Kết luận:** Chuỗi xung DWI HASTE có giá trị tốt nhất trong chẩn đoán cholesteatoma tai giữa tái phát.

SUMMARY

DIAGNOSTIC VALUE OF MR IMAGING IN DETECTION OF RECURRENT MIDDLE EAR CHOLESTEATOMA

Purpose: To evaluate the values of different MRI sequences in the detection of recurrent middle ear cholesteatoma. **Material and methods:** 45 patients have undergone middle ear surgery for cholesteatoma. All patients were performed MRI and then operated by second surgery. Comparing the MRI result with operation results to get diagnostic values: sensitivity (Sn), specificity (Sp), positive predictive value, negative predictive value (NPV) and Accuracy (Ac). **Results:** Value of different sequences in detection of recurrent middle ear cholesteatomas. EPI DWI: Sn = 51.5%; Sp = 100%; PPV = 100%; NPV = 42.9%; Ac = 64.4%. DPI: Sn = 60.6%; Sp = 58.3%; PPV = 80.0%; NPV = 35.0%; Ac = 60%. HASTE DWI: Sn = 84.8%; Sp = 100%; PPV = 100%; NPV = 70.6%; Ac = 88.9%. **Conclusion:** HASTE DWI is the best sequence to detect recurrent middle ear cholesteatoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cholesteatoma là bệnh lý hay gặp của tai giữa, ăn mòn chuỗi xương con và thành hòm tai, có thể gây nhiều biến chứng tai trong và nội sọ nguy hiểm. Cholesteatoma có cấu tạo dạng nang: trung tâm nang là chất sừng, thành nang chính là màng mái (matrix) là biểu mô vảy lát tầng sừng hóa, tổ chức quanh màng mái (perimatrix) là tổ chức hạt quanh màng mái, tiết ra nhiều enzyme tiêu protein có khả năng tiêu

xương. Phương pháp điều trị là phẫu thuật. Sau phẫu thuật có tỉ lệ tái phát cao dao động từ 10 – 30 tùy theo nghiên cứu. Cholesteatoma thường tái phát trong hai năm đầu tiên sau mổ. Đánh giá tái phát của cholesteatoma sau phẫu thuật trên nội soi tai có thể gặp khó khăn khi bệnh nhân được phẫu thuật kín hoặc cholesteatoma nằm ở vị trí sâu. Cắt lớp vi tính không có khả năng phân biệt được giữa tổ chức xơ sau mổ và cholesteatoma tái phát. Trong thập niên gần đây: các nghiên cứu trên thế giới đã cho thấy cộng hưởng có thể chẩn đoán cholesteatoma tái phát với giá trị cao, có thể giúp tránh được phẫu thuật thì hai với mục đích để kiểm tra xem có cholesteatoma tái phát hay không. Các chuỗi xung có khả năng chẩn đoán cholesteatoma tai giữa tái phát là DWI EPI, T1 sau tiêm thuốc đối quang từ ở thì muộn (DPI) và DWI HASTE. Hiện tại ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về vai trò của cộng hưởng trong chẩn đoán cholesteatoma tai giữa tái phát, vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để xác định: *Giá trị chẩn đoán của cộng hưởng từ đối với cholesteatoma tai giữa tái phát.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

45 bệnh nhân đã phẫu thuật cholesteatoma thì một, được chụp cộng hưởng từ với đầy đủ các chuỗi xung, T1, T2, chuỗi xung khuếch tán echo planar imaging diffusion (DWI EPI), T1 sau tiêm thuốc ở thì muộn (delayed postgadolinium imaging - DPI) và chuỗi xung half fourier acquisition single-shot turbo spin-echo diffusion (DWI HASTE). Kết quả MRI được đối chiếu với kết quả mổ của các bệnh nhân này. Trong số 45 bệnh nhân có 34 bệnh nhân có cholesteatoma tái phát và 11 bệnh nhân không có cholesteatoma tái phát.

Tiêu chuẩn loại trừ: các bệnh nhân không được chụp MRI đầy đủ các chuỗi xung, không được phẫu thuật.

Nghiên cứu mô tả từng ca, từ tháng 7/2011 tới tháng 12/2015

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Viện Huyết học-Truyền máu TW

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Khang

Email: drkhang2006@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.3.2018

Ngày phản biện khoa học: 27.4.2018

Ngày duyệt bài: 10.5.2018

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Giá trị của chụp cắt lớp vi tính (CLVT)

Bảng 1: Tổn thương trên cắt lớp vi tính.

	Tổn thương trên cắt lớp vi tính			Σ
	Khu trú hình tròn	Lan tỏa	Không chụp	
Số lượng BN	2	15	28	45
%	11.8	88.2		100%

Có 17/45 (37.8%) trường hợp có chụp CLVT, trong đó có 2/17 (11.8%) trường hợp có tổn thương khu trú dạng hình tròn.

3.2. Giá trị chuỗi xung Diffusion echo planar imaging (DWI EPI)

Bảng 2. Giá trị chẩn đoán cholesteatoma tái phát của chuỗi xung DWI EPI

		Kết quả phẫu thuật		Σ
		Không cholesteatoma	Cholesteatoma	
DWI EPI	Hạn chế khuếch tán	0	17	17
	Không hạn chế	12	17	28
Σ		12	33	45 (n)

Giá trị chẩn đoán cholesteatoma tại giữa tai phát của chuỗi xung DWI EPI: Sn = 51.5%; Sp = 100%; PPV = 100%; NPV = 42.9%; Ac = 64.4%.

3.3. Giá trị chuỗi xung T1 sau tiêm thuốc ở thì muộn (DPI)

Bảng 3. Giá trị chẩn đoán cholesteatoma tái phát của chuỗi xung T1 tiêm thuốc ở thì muộn (DPI)

		Kết quả phẫu thuật		Σ
		Không cholesteatoma	Cholesteatoma	
DPI	Không ngấm	5	20	
	Ngấm thuốc	7	13	
Σ		12	33	45 (n)

Giá trị chẩn đoán cholesteatoma tại giữa tai phát của chuỗi xung DPI: Sn = 60.6%; Sp = 58.3%; PPV = 80.0%; NPV = 35.0%; Ac = 60%.

3.4. Giá trị của chuỗi xung DWI HASTE

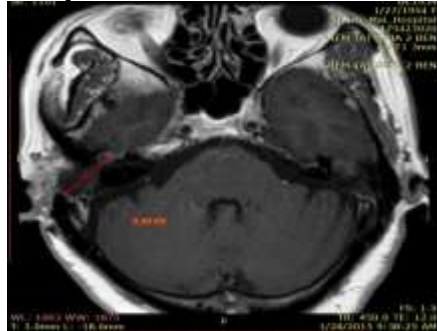
Bảng 4. Giá trị chẩn đoán cholesteatoma tái phát của chuỗi xung DWI HASTE

		Kết quả phẫu thuật		Σ
		Không cholesteatoma	Cholesteatoma	
DWI HASTE	Tăng tín hiệu	0	28	28
	Đồng tín hiệu	12	5	17
Σ		12	33	45 (n)

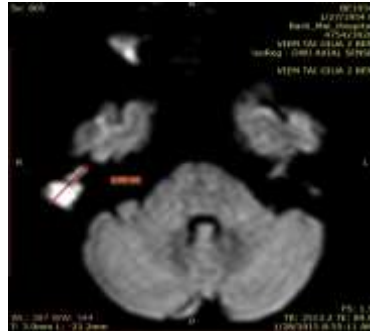
Giá trị chẩn đoán cholesteatoma tại giữa tai phát của chuỗi xung DWI HASTE: Sn = 82.4%; Sp = 100%; PPV = 100%; NPV = 64.7%; Ac = 86.7%.

3.5. Ví dụ và hình ảnh minh họa:

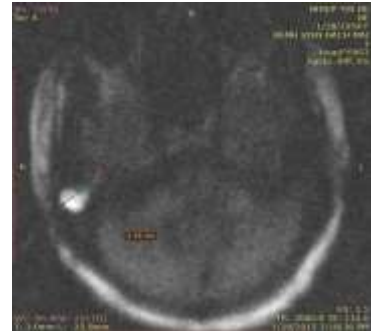
Bệnh nhân thứ nhất:



DPI: cholesteatoma tai giữa phải không ngấm thuốc



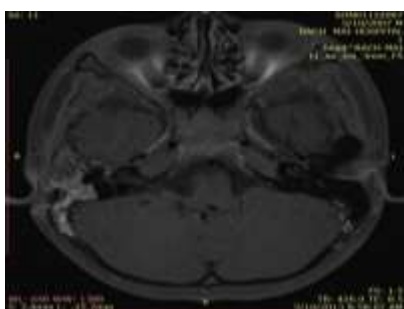
DWI EPI: cholesteatoma tăng tín hiệu



DWI HASTE: cholesteatoma tăng tín hiệu

BN nữ 61 tuổi, sau mổ cholesteatoma 13 tháng, cholesteatoma tái phát điển hình trên các chuỗi xung

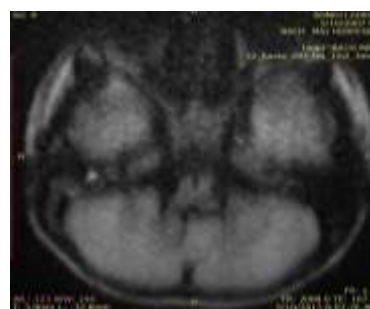
Bệnh nhân thứ hai:



DPI: không phát hiện được cholesteatoma, ngấm thuốc



DWI EPI: không phát hiện được cholesteatoma, đồng tín hiệu



DWI HASTE: nốt cholesteatoma nhỏ tai giữa phải tăng tín hiệu

BN nam 6 tuổi, sau mổ cholesteatoma 6 tháng, cholesteatoma tai giữa phải tái phát.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Giá trị của chụp cắt lớp vi tính (CLVT): Theo bảng 1, có 17/45 trường hợp (chiếm 37.8%) có chụp CLVT, trong đó có 2/17 trường hợp (11.8%) trường hợp có tổn thương khu trú dạng hình tròn. Khi tổn thương có dạng hình tròn có thể gợi ý cholesteatoma tái phát. Còn khi tổn thương lan tỏa thì không thể khẳng định được có cholesteatoma tái phát hay không, vì phép đo tỉ trọng ở đây không cho phép phân biệt cholesteatoma với tổ chức xơ và u hạt sau mổ. Như vậy độ nhạy của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán cholesteatoma tái phát là rất thấp, chỉ là 11.8%. Cắt lớp vi tính trước mổ thì hai thường được sử dụng không phải để đánh giá có cholesteatoma tái phát hay không mà để đánh giá tình trạng chuỗi xương con, thành hòm tai và tình trạng xương chũm.

4.2. Giá trị chuỗi xung Diffusion echo planar imaging (DWI EPI): Theo bảng 2, giá trị chẩn đoán cholesteatoma tái phát của chuỗi xung DWI EPI có Sn = 51.5%; Sp = 100%; PPV = 100%; NPV = 42.9%; Ac = 64.4%. Như vậy là chuỗi xung DWI EPI có độ nhạy trung bình đối với việc phát hiện cholesteatoma, do chuỗi xung này hay bị nhiễu ở vùng xương thái dương là vị trí có chuyển tiếp giữa các môi trường khác nhau là xương, khí và phần mềm. Tuy nhiên có độ đặc hiệu và giá trị dự báo dương tính cao 100%, điều này được lí giải là DWI là chuỗi xung khá đặc hiệu của cholesteatoma, khi thấy tổn thương hạn chế trên DWI thì có thể khẳng định có cholesteatoma tái phát. Các tổn thương khác như tổ chức xơ, u hạt cholesterol không hạn chế khuếch tán trên DWI EPI. Theo Venail F, chuỗi xung DWI EPI có Sn = 60%; Sp = 72,73%; PPV 80%; NPV = 50%.

4.3. Giá trị chuỗi xung T1 sau tiêm thuốc ở thì muộn (DPI): Theo bảng 3, giá trị của chuỗi xung T1 sau tiêm ở thì muộn (DPI) là Sn = 60.6%;

Sp = 58.3%; PPV = 80.0%; NPV = 35.0%; Ac = 60%. Chuỗi xung này có độ nhạy cao hơn nhưng lại có độ đặc hiệu thấp hơn so với DWI EPI, có nghĩa là DPI có thể phát hiện được nhiều cholesteatoma hơn nhưng số trường hợp dương tính giả lại nhiều hơn so với DWI EPI. Theo Venail F: độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính và giá trị dự báo âm tính cho chuỗi xung DPI lần lượt là 90%, 54,55%, 78,26%, và 75%.

4.4. Giá trị của chuỗi xung DWI HASTE: Theo bảng 4, giá trị chẩn đoán cholesteatoma tái phát của chuỗi xung DWI HASTE: Sn = 84.8%; Sp = 100%; PPV = 100%; NPV = 70.6%; Ac = 88.9%. Như vậy là chuỗi xung DWI HASTE có các giá trị là độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị dự báo dương tính, giá trị dự báo âm tính, tỉ lệ chẩn đoán đúng đều cao hơn so với chuỗi xung DWI EPI và DPI. Theo tác giả De Boer B, chuỗi xung DWI HASTE có Sn = 82.6%; Sp = 87.2%; PPV = 96.0%; NPV = 56.5%. Đồng thời cũng theo De Boer B, thì sự phối hợp giữa chuỗi xung DWI HASTE với DPI cũng không làm tăng các giá trị chẩn đoán so với chuỗi xung DWI HASTE đơn độc. Tác giả này và một số tác giả khác cũng khuyến cáo có thể bỏ chuỗi xung DPI để phát hiện cholesteatoma tái phát. Việc bỏ chuỗi xung DWI EPI và đặc biệt là chuỗi xung DPI sẽ giảm thời gian thăm khám đáng kể cho bệnh nhân vì chuỗi xung DPI là chuỗi xung chụp muộn sau tiêm thuốc từ 30 – 45 phút, đồng thời cũng giảm được chi phí và nguy cơ tác dụng phụ của thuốc đối quang tử. Các giá trị chẩn đoán của chuỗi xung DWI HASTE cũng chính là giá trị của cộng hưởng từ trong chẩn đoán cholesteatoma tái phát.

V. KẾT LUẬN

- Cắt lớp vi tính không có giá trị trong chẩn đoán cholesteatoma tái phát.

- DWI EPI có độ nhạy thấp (51.5%) nhưng độ đặc hiệu cao (100%) trong chẩn đoán cholesteatoma tai giữa tái phát.

- Chuỗi xung T1 sau tiêm ở thì muộn (DPI) có độ nhạy cao hơn DWI EPI (60.6%) nhưng độ đặc hiệu (58.3%) lại thấp hơn so với DWI EPI.

- Chuỗi xung DWI HASTE có giá trị tốt nhất trong chẩn đoán cholesteatoma tai giữa tái phát (Sn = 84.8%; Sp = 100%; PPV = 100%; NPV = 70.6%; Ac = 88.9%). Với chuỗi xung này, không cần sử dụng chuỗi xung DPI và DWI EPI trong chẩn đoán cholesteatoma tai giữa tái phát, giảm được thời gian thăm khám và chi phí cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Ngọc Liên (2016)**, "Cholesteatoma" *Bệnh học Tai Mũi Họng*, Nhà xuất bản y học, 74-76.
2. **Nguyễn Tấn Phong (2015)**, "Viêm tai giữa nguy hiểm" *Tai Mũi Họng*, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, Bộ Y Tế.
3. **Stegeman I van Egmond SL, Grolman W et al, (2016)**, "A Systematic Review of Non-Echo Planar Diffusion-Weighted Magnetic Resonance Imaging for Detection of Primary and Postoperative Cholesteatoma", *Otolaryngol Head Neck Surg.* 154(2); 233-40.
4. **De Foer B et al (2010)**, "Middle ear cholesteatoma: non-echo-planar diffusion-weighted MR imaging versus delayed gadolinium-enhanced T1-weighted MR imaging--value in detection", *Radiology.* 255(3), 866-72.
5. **Bonafe A Venail F, Poirrier V, et al, (2008)**, "Comparison of echo-planar diffusionweighted imaging and delayed postcontrast T1-weighted MR imaging for the detection of residual cholesteatoma", *AJNR Am J Neuroradio(29)*, 1363- 68.
6. **K. Barath et al (2011)**, "Neuroradiology of Cholesteatomas", *AJNR Am J Neuroradio(32)*, 221-29.
7. **Mudit Jindal et al (2011)**, "A Systematic Review of Diffusion-Weighted Magnetic Resonance Imaging in the Assessment of Postoperative Cholesteatoma", *Otology & Neurotology.* 32, 1243-1249.

Kiến thức về an toàn thực phẩm của người chế biến thực phẩm và người quản lý 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 kiến thức về an toàn thực phẩm của người quản lý và người trực tiếp chế biến thực phẩm tại một số nhà hàng, khách sạn trên địa bàn thành phố Sơn La, tỉnh Sơn La năm 2017. **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, mô tả. Quan sát và sử dụng bảng kiểm thiết kế sẵn để đánh giá kiến thức về an toàn thực phẩm của đối tượng nghiên cứu. Đối chiếu với các quy định hiện hành của các cơ quan quản lý nhà nước về an toàn thực phẩm đối với các cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống, chế biến thực phẩm và người quản lý và người trực tiếp chế biến thực phẩm. **Kết quả:** Tỷ lệ biết là phải rửa sạch tay trước khi chế biến và sau khi đi vệ sinh là 96,7% (người quản lý) và 83,9% (người chế biến); Tỷ lệ biết là không được khạc nhổ và ăn kẹo cao su trong khi chế biến thực phẩm là 80,6% và 72,5%; Tỷ lệ biết là không được đeo đồ trang sức trong khi chế biến thực phẩm là 74,2% và 62,9%; 100% và 90,3% chủ cơ sở và nhân viên trực tiếp chế biến biết là phải sử dụng dụng cụ, kẹp gấp, găng tay ni lon sử dụng một lần để chia, gấp thức ăn. Tỷ lệ hiểu biết về các quy định đối người trực tiếp chế biến thực phẩm là 87,9% và 77,4%. Tỷ lệ biết là phải sử dụng dụng cụ, đồ chứa riêng cho thực phẩm sống và thực phẩm chín là 90,3% và 87,1%; 93,5% và 85,4% chủ cơ sở và nhân viên trực tiếp chế biến biết lưu mẫu thực phẩm ít nhất 24 giờ kể từ khi thức ăn được chế biến xong. **Kết luận:** Kiến thức về an toàn thực phẩm của người quản lý và người trực tiếp chế biến tại 31 nhà hàng, khách sạn trên địa bàn thành phố Sơn La, tỉnh Sơn La là tương đối tốt. Trong đó kiến thức của người quản lý nhìn chung tốt hơn người trực tiếp chế biến.

Từ khóa: Kiến thức về an toàn thực phẩm, nhà hàng, khách sạn

SUMMARY

FOOD SAFETY KNOWLEDGE OF FOOD PROCESSORS AND MANAGERS IN SOME RESTAURANTS, HOTELS LOCATION OF SON LA CITY, SON LA PROVINCE IN 2017

Objective: Study food safety knowledge of managers and food processors in some restaurants and hotels in Son La city, Son La province in 2017. **Design:** Observe and use pre-designed checklists to assess the knowledge of food safety of the research

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: 4.3.2018

Ngày phản biện khoa học: 4.5.2018

Ngày duyệt bài: 11.5.2018

object. Comparing with the current regulations of the state management agencies in charge of food safety for food service and food service establishments and managers and food processors. **Result:** Percentage who know to wash their hands before processing and after going to the toilet is 96.7% (managers) and 83.9% (food processors); The rate is not known to spit and eat gum while food processing is 80.6% and 72.5%; The rate of knowing not to wear jewelry while processing food is 74.2% and 62.9%; 100% and 90.3% of owners and employees directly know to use chopsticks, clippers, nylon single use gloves to split the food. For people directly processing food is 87.9% and 77.4%. The rate of knowing to use equipment, containers for raw food and cooked food is 90.3% and 87.1%; 93.5% and 85.4% of owners and employees directly store food samples at least 24 hours after the food is processed. **Conclusions:** The knowledge of food safety of managers and processors at 31 restaurants and hotels in Son La city, Son La province is relatively good. The knowledge of the manager is generally better than that of the food processor.

Keywords: knowledge of food safety, restaurants, hotels,

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở nước ta, những năm gần đây thường chứng kiến rất nhiều các vụ ngộ độc thực phẩm 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 được người dân quan tâm hiện nay, đặc biệt là trong các nhà hàng, khách sạn phục vụ khách du lịch, hội nghị,....

Sơn La, hiện nay đang là điểm du lịch hấp dẫn cho nhiều khách du lịch trong và ngoài nước đến thưởng ngoạn ngắm cảnh miền núi Tây Bắc cũng như văn hoá ẩm thực các dân tộc vùng Tây Bắc. Thành phố Sơn La với tổng dân số 103.787 người, địa bàn được chia làm 12 xã, phường trải rộng trên diện tích là 32.493ha. 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.

Tuy nhiên tại các nhà hàng, khách sạn, các kiến thức về an toàn thực phẩm của người trực tiếp chế biến thực phẩm cũng như của chủ cơ sở cũng còn nhiều hạn chế. Điều này làm tiềm ẩn

nguy cơ mất an toàn thực phẩm cho người dân, đặc biệt khi các nhà hàng, khách sạn này tổ chức các bữa tiệc phục vụ một số lượng lớn thực khách. Chính vì vậy chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "*Mô tả kiến thức về an toàn thực phẩm của người chế biến thực phẩm và người quản lý tại một số nhà hàng, khách sạn trên địa bàn thành phố Sơn La*". Kết quả nghiên cứu sẽ là tài liệu hữu ích cho việc tham mưu cho các cơ quan chức năng về quản lý Nhà nước liên quan đến lĩnh vực an toàn thực phẩm có giải pháp phù hợp để nâng cao hơn nữa kiến thức về ATTP cho những người trực tiếp làm việc trong lĩnh vực dịch vụ ăn uống, góp phần hạn chế tình trạng ngộ độc thực phẩm trên địa bàn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Người chế biến thực phẩm và người quản lý tại 31 nhà hàng, khách sạn trên địa bàn thành phố Sơn La về kiến thức về an toàn thực phẩm

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. Mỗi nhà hàng, khách sạn chọn người quản lý và ngẫu nhiên 02 nhân viên trực tiếp chế biến thực phẩm để đưa vào nghiên cứu.

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

Phương pháp nghiên cứu: Đề tài được thực hiện theo phương pháp nghiên cứu dịch tễ học mô tả với cuộc điều tra cắt ngang kết hợp phương pháp nghiên cứu định tính và định lượng.

Kỹ thuật thu thập số liệu: Tiến hành phỏng vấn trực tiếp về kiến thức và thực hành về ATTP theo bộ công cụ đã chuẩn bị trước sử dụng bảng kiểm để xác định hành vi của đối tượng ngay tại nơi chế biến thực phẩm bao gồm: Nhận thức về quy định ATTP đối với các bếp ăn tại nhà hàng, khách sạn; Các điều kiện về trang thiết bị, dụng cụ, điều kiện con người; Các yêu cầu ATTP đối với người chế biến thực phẩm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

TT	Các đặc điểm		Người quản lý (n=31)		Người trực tiếp chế biến (n=62)	
			SL	%	SL	%
1	Giới	Nam	07	22,6	23	37,1
		Nữ	24	77,4	39	62,9
2	Tuổi	< 20	02	6,5	10	16,1
		20 - 40	07	22,5	27	43,5
		41 - 60	18	58	21	33,9
		>60	04	13	04	6,5
3	Trình độ văn hóa	Cấp I	02	6,5	13	21
		Cấp II	07	22,6	24	38,7
		Cấp III	19	61,2	21	33,8
		Đại học	03	9,7	04	6,5
4	Thời gian làm nghề	< 01 năm	02	6,5	07	11,3
		1 - 2 năm	04	12,9	21	33,9
		3 - 5 năm	10	32,2	25	40,3
		> 5 năm	15	48,4	09	14,5

Bảng 1. Cho thấy số chủ cơ sở và nhân viên trực tiếp chế biến là nữ chiếm tỷ lệ cao (77,4%; 62,9%); chủ cơ sở có số tuổi trung bình từ 41 – 60 chiếm tỷ lệ cao (58%), nhân viên trực tiếp chế biến có tuổi đời trung bình từ 20 - 40 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (43,5) Trình độ văn hóa của chủ cơ sở và nhân viên trực tiếp chế biến phục vụ đa số đều có trình độ học vấn hết cấp III (61,2%; 38,7%), trình độ học vấn hết cấp II chiếm tỷ lệ (22,6%; 33,8%). Thời gian làm nghề của chủ cơ sở và nhân viên trực tiếp CB phục vụ từ 1 - 2 năm chiếm tỷ lệ (12,9%; 33,9%), từ 3 -5 năm chiếm tỷ lệ (32,2%; 40,3%); trên 5 năm (48,4%; 14,5%). Thời gian làm nghề đối với chủ cơ sở và nhân viên phục vụ dưới 1 năm chiếm tỷ lệ (6,5%; 11,3%).

Bảng 2. Tỷ lệ người chế biến và người quản lý biết về thực phẩm và phụ gia thực phẩm

Nội dung	Kết quả đánh giá			
	Chủ cơ sở(n = 31)		Nhân viên(n = 62)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thực phẩm bị thu hồi khi: Thực phẩm hết hạn sử dụng vẫn bán trên thị trường và thực phẩm bị hư hỏng trong	21	67,7	40	64,5

quá trình bảo quản.				
Các hình thức xử lý thực phẩm không đảm bảo an toàn gồm: tiêu hủy hoặc chuyển mục đích sử dụng	25	80,6	48	77,4
Các hành vi bị cấm trong sử dụng phụ gia thực phẩm gồm: vượt quá giới hạn cho phép; không đúng đối tượng sử dụng và không rõ nguồn gốc xuất xứ.	27	87,1	46	74,2
Tỷ lệ hiểu biết chung		78,5		72

Bảng 2 cho thấy tỷ lệ chủ cơ sở và nhân viên biết: Thực phẩm hết hạn sử dụng vẫn bán trên thị trường và thực phẩm bị hư hỏng trong quá trình bảo quản đạt (67,7% và 64,5%); Các hình thức xử lý thực phẩm không đảm bảo an toàn gồm: tiêu hủy hoặc chuyển mục đích sử dụng đạt (80,6% và 77,4%); Các hành vi bị cấm trong sử dụng phụ gia thực phẩm gồm: vượt quá giới hạn cho phép; không đúng đối tượng sử dụng và không rõ nguồn gốc xuất xứ đạt (87,1% và 74,2%). Tỷ lệ hiểu biết của đối tượng nghiên cứu về thực phẩm và phụ gia thực phẩm đạt (78,5% và 72%).

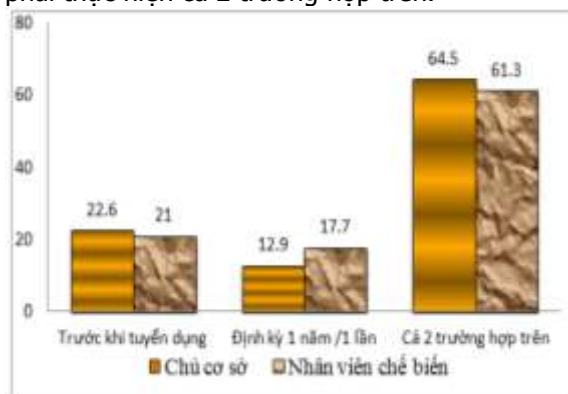
Bảng 3. Tỷ lệ các đối tượng nghiên cứu biết về các quy định đối với người trực tiếp chế biến thực phẩm

Nội dung	Kết quả đánh giá			
	Chủ cơ sở(n = 31)		Nhân viên(n = 62)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Người chế biến thực phẩm phải rửa sạch tay trước khi chế biến và sau khi đi vệ sinh.	30	96,7	52	83,9
Trong khi chế biến thực phẩm, người chế biến không được khạc nhổ và ăn kẹo cao su	25	80,6	45	72,5
Trong khi chế biến thực phẩm, người chế biến không được phép đeo đồng hồ, nhẫn và các đồ trang sức.	23	74,2	39	62,9
Phải sử dụng đũa, kẹp gấp, găng tay ni lon sử dụng 1 lần để chia, gấp thức ăn.	31	100	56	90,3
Tỷ lệ hiểu biết chung		87,9		77,4

Bảng 3 cho thấy chủ cơ sở và nhân viên chế biến biết: phải rửa sạch tay trước khi chế biến và sau khi đi vệ sinh đạt (96,7% và 83,9%); Trong khi chế biến thực phẩm, người chế biến không được khạc nhổ và ăn kẹo cao su đạt (80,6% và 72,5%); Trong khi chế biến thực phẩm, người chế biến không được phép đeo đồng hồ, nhẫn và các đồ trang sức đạt (74,2% và 62,9%); (100% và 90,3%) chủ cơ sở và nhân viên trực tiếp chế biến biết phải sử dụng đũa, kẹp gấp, găng tay ni lon sử dụng 1 lần để chia, gấp thức ăn. Tỷ lệ hiểu biết chung các quy định đối người trực tiếp chế biến thực phẩm đạt (87,9% và 77,4%).

Biểu đồ 1 cho thấy chủ cơ sở và nhân viên chế biến biết được quy định phải khám sức khỏe trước khi tuyển dụng đạt (22,6% và 21%); (12,9% và 17,6%) đối tượng phỏng vấn biết phải khám sức khỏe định kỳ 1 năm/1lần; (64,5%

và 61,3%) chủ cơ sở và nhân viên chế biến biết phải thực hiện cả 2 trường hợp trên.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ chủ cơ sở và người chế biến biết những quy định về khám sức khỏe trong kinh doanh dịch DVAU

Bảng 4. Tỷ lệ người quản lý và người chế biến biết về các quy định khi tham gia chế biến thực phẩm

Nội dung	Kết quả đánh giá			
	Chủ cơ sở(n = 31)		Nhân viên(n=62)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ(%)
Người mắc bệnh viêm đường hô hấp cấp tính, lao tiến triển không được phép tham gia chế biến thực phẩm	30	96,7	51	82,2

Người trực tiếp chế biến thực phẩm tại các cơ sở kinh doanh dịch vụ ăn uống đang mắc các bệnh truyền nhiễm qua đường tiêu hóa phải nghỉ việc và chữa bệnh khi nào khỏi mới tiếp tục đi làm	28	90,3	44	71
Tỷ lệ hiểu biết chung		93,5		76,6

Bảng 4 cho thấy: 96,7% chủ cơ sở và 82,2% nhân viên chế biến biết người mắc bệnh viêm đường hô hấp cấp tính, lao tiến triển không được phép tham gia chế biến thực phẩm; (93,3% và 71%) đối tượng nghiên cứu biết phải nghỉ việc để chữa bệnh đến lúc khỏi mới được tiếp tục đi làm khi mắc các bệnh truyền nhiễm qua đường tiêu hóa.

Tỷ lệ hiểu biết chung của chủ cơ sở và người chế biến về các quy định khi người chế biến thực phẩm bị bệnh là (9,5% và 76,6%).

Bảng 5. Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu biết các tác nhân ô nhiễm thực phẩm và thời gian lưu mẫu thực phẩm.

Nội dung	Kết quả đánh giá			
	Chủ cơ sở (n = 31)		Nhân viên (n = 62)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Mỗi nguy ô nhiễm thực phẩm gồm: hóa học, sinh học và vật lý	26	83,8	45	72,6
Thực phẩm bị ô nhiễm từ: bàn tay người sản xuất bị ô nhiễm; côn trùng, động vật có tác nhân gây bệnh và trang thiết bị không đảm bảo vệ sinh	22	71	38	61,3
Phải sử dụng dụng cụ, đồ chứa riêng cho thực phẩm sống và thực phẩm chín	31	100	54	87,1
Biện pháp để tiêu diệt vi khuẩn gây bệnh thông thường là sử dụng nhiệt độ cao (nấu ở T ^o sôi 100 ^o C).	30	96,8	47	75,8
Lưu mẫu thực phẩm ít nhất 24 giờ kể từ khi thức ăn được chế biến xong	29	93,5	53	85,4
Tỷ lệ hiểu biết chung		89,2		76,4

Bảng 5 cho thấy chủ cơ sở và nhân viên trực tiếp chế biến biết: 03 mỗi nguy ô nhiễm thực phẩm gồm hóa học, sinh học và vật lý là (83,8% và 72,6%); Thực phẩm bị ô nhiễm từ: bàn tay người sản xuất bị ô nhiễm; côn trùng, động vật có tác nhân gây bệnh và trang thiết bị không đảm bảo vệ sinh đạt (71% và 61,3%); Phải sử dụng dụng cụ, đồ chứa riêng cho thực phẩm sống và thực phẩm chín đạt (90,3% và 87,1%); (93,5% và 85,4%) chủ cơ sở và nhân viên trực tiếp chế biến biết lưu mẫu thực phẩm ít nhất 24 giờ kể từ khi thức ăn được chế biến xong; Biện pháp để tiêu diệt vi khuẩn gây bệnh thông thường là sử dụng nhiệt độ cao (nấu ở T^o sôi 100^oC) là (96,8% và 75,8%). Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu hiểu biết về ô nhiễm thực phẩm và lưu mẫu thực phẩm chung là (89,2% và 76,4%).

IV. BÀN LUẬN

Một số đặc điểm chung: Qua điều tra khảo sát cho thấy, chủ cơ sở và nhân viên chế biến, phục vụ tại các nhà hàng, khách sạn trên địa bàn nghiên cứu đa số có trình độ văn hoá tốt nghiệp cấp II là (22,6%; 38,7%). Trình độ văn hoá tốt nghiệp cấp III và (61,2%; 33,8%); tốt nghiệp văn hoá cấp I là (6,5%; 21%). Đa số chủ cơ sở có độ tuổi từ 41 - 60 chiếm tỷ lệ 58% và

ngược lại người chế biến phục vụ có độ tuổi trẻ hơn 21 - 40 tuổi chiếm tỷ lệ 43,5%. Đa số chủ cơ sở và nhân viên chế biến là nữ chiếm tỷ lệ 77,4% và 62,9%. Do tính chất công việc tại các nhà hàng, khách sạn là kinh doanh nên đòi hỏi thời gian phục vụ tại nhà hàng, khách sạn với cường độ cao hơn, đòi hỏi người làm phải có tính kiên trì và sạch sẽ do đó công việc này thích hợp với nữ giới hơn là nam giới. (Bảng 1). Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu Phan Thị Thu Hương (2008) Nghiên cứu thực trạng thức ăn đường phố trên địa bàn thành phố Sơn La là 73,9%.

Một vấn đề đáng lưu tâm nữa là số chủ cơ sở và nhân viên trực tiếp chế biến, phục vụ tại các cơ sở nghiên cứu có thời gian làm việc từ 3 - 5 năm là (32,2%; 40,3%); từ 1 - 2 năm là (12,9%; 33,9%), tuổi nghề trên 5 năm là (48,4%; 14,5%) (*Bảng 1.*), đặc biệt những nhân viên có tuổi nghề dưới 01 năm đều chưa qua đào tạo chuyên môn, kiến thức về chế biến TP và ATVSTP là (6,5%; 11,3%). Chế biến thức ăn là ngành nghề đặc biệt, những người chế biến thức ăn cần có phải có một trình độ hiểu biết nhất định về thực phẩm và những điều kiện để đảm bảo ATTP.

Hiểu biết của đối tượng nghiên cứu về thực phẩm và phụ gia thực phẩm: Qua kết quả nghiên

cứu cho thấy tỷ lệ chủ cơ sở và nhân viên chế biến biết thực phẩm bị thu hồi khi: Thực phẩm hết hạn vẫn bán trên thị trường và thực phẩm bị hư hỏng trong quá trình bảo quản đạt chưa cao (67,7%; 64,5%). Có (80,6%; 77,4%) chủ cơ sở và nhân viên biết đủ các hình thức xử lý thực phẩm không đảm bảo an toàn gồm tiêu hủy hoặc chuyển mục đích sử dụng khác.

Cũng do chưa nắm rõ các quy định trong xử dụng thực phẩm và phụ gia thực phẩm nên số đối tượng nghiên cứu biết các hành vi bị cấm trong sử dụng phụ gia thực phẩm chưa cao (87,1%; 74,2%); Tỷ lệ hiểu biết chung của đối tượng nghiên cứu về thực phẩm và phụ gia thực phẩm đạt (78,5%; 72%) (Bảng 2.).

Hiểu biết về các quy định đối với người trực tiếp chế biến thực phẩm

Tỷ lệ chủ cơ sở và nhân viên chế biến biết các quy định đối với người trực tiếp chế biến thực phẩm chung là (87,9%; 77,4%). Trong đó:

- Số đối tượng nghiên cứu biết phải sử dụng đũa, kẹp gấp, găng tay ni lon sử dụng 1 lần để chia gấp thức ăn đạt tỷ lệ cao nhất (100%; 90,3%);

- Có (96,7%; 83,9%) đối tượng nghiên cứu biết phải rửa tay sạch trước khi chế biến và sau khi đi vệ sinh. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu Nguyễn Thị Minh Nguyệt (2012) Đánh giá thực trạng điều kiện VSATTP các cơ sở kinh doanh DVAU tại 02 phường trung tâm trên địa bàn thành phố Sơn La, tỉnh Sơn La năm 2011 là 78,9%.

- Trong chế biến thực phẩm, người chế biến không được khạc nhổ và ăn kẹo cao su đạt (80,6%; 72,5%);

- Tỷ lệ chủ cơ sở và người chế biến biết không được phép đeo đồng hồ, nhẫn và các đồ trang sức đạt thấp nhất (74,2%; 62,9%) (Bảng 3.).

Tỷ lệ chủ cơ sở và người chế biến biết các quy định về khám sức khỏe

- Tỷ lệ chủ cơ sở và người chế biến biết phải đi khám sức khỏe trước khi tuyển dụng và định kỳ 1 năm/1 lần đạt tỷ lệ cao nhất (64,5%; 61,3%) Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu Vũ Văn Kiên (2012) Nghiên cứu về điều kiện đảm bảo ATTP và công tác quản lý các cơ sở kinh doanh DVAU tại thành phố Điện Biên Phủ năm 2012 là (99,3%; 94,7%). (22,6%; 21%) đối tượng nghiên cứu biết phải đi khám sức khỏe trước khi tuyển dụng; Còn (12,9%; 17,7%) đối tượng nghiên cứu biết phải đi khám sức khỏe định kỳ 1 năm/1 lần (Biểu đồ 1.).

Nhận thức của chủ cơ sở và người chế biến về các quy định khi người chế biến bị bệnh

Tỷ lệ chủ cơ sở và người chế biến biết khi mắc các bệnh viêm đường hô hấp cấp tính, lao

tiến triển; các bệnh truyền nhiễm qua đường tiêu hóa phải nghỉ việc và chữa bệnh đến khi khỏi mới tiếp tục đi làm đạt tỷ lệ cao (93,5%; 76,6%) (Bảng 4.).

Nhận thức của đối tượng nghiên cứu về ô nhiễm thực phẩm và lưu mẫu thực phẩm

- Kiến thức về mối nguy ô nhiễm thực phẩm được chủ cơ sở và nhân viên trực tiếp chế biến biết là do hóa học, sinh học và vật lý chiếm tỷ lệ cao (83,8%; 72,6%), còn lại (16,2%; 27,4%) số đối tượng biết được 1 trong 3 mối nguy trên.

- Tỷ lệ chủ cơ sở và nhân viên chế biến biết thực phẩm bị ô nhiễm từ bàn tay người sản xuất bị ô nhiễm, côn trùng động vật có tác nhân gây bệnh và trang thiết bị không đảm bảo vệ sinh (71%; 61,3%), còn lại (29%; 38,7%) số đối tượng biết được 1 trong 4 nguồn ô nhiễm trên (Bảng 5.).

- Có (100%; 87,1%) đối tượng nghiên cứu biết phải sử dụng dụng cụ, đồ chứa riêng cho thực phẩm sống và thực phẩm chín. Kết quả nghiên cứu này thấp hơn nghiên cứu về điều kiện đảm bảo ATTP và công tác quản lý các cơ sở kinh doanh DVAU tại thành phố Điện Biên Phủ năm 2012 là (100%; 99,1%).

- Tỷ lệ chủ cơ sở và nhân viên chế biến biết biện pháp để tiêu diệt vi khuẩn thông thường là sử dụng nhiệt độ cao (nấu ở T° sôi 100°C) đạt tỷ lệ cao (96,8%; 75,8%), chỉ còn (3,2%; 24,2%) chủ cơ sở và nhân viên chưa biết biện pháp để tiêu diệt vi khuẩn trên.

- (93,5%; 85,4%) biết phải lưu mẫu thực phẩm ít nhất 24h kể từ khi thức ăn được chế biến xong.

V. KẾT LUẬN

- 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.

- Hiểu biết của chủ cơ sở và nhân viên chế biến biết: phải rửa sạch tay trước khi chế biến và sau khi đi vệ sinh đạt (96,7% và 83,9%); Trong khi chế biến thực phẩm, người chế biến không được khạc nhổ và ăn kẹo cao su đạt (80,6% và 72,5%). Tỷ lệ hiểu biết chung các quy định đối người trực tiếp chế biến thực phẩm đạt (87,9% và 77,4%).

- Tỷ lệ chủ cơ sở và nhân viên trực tiếp chế biến biết: Phải sử dụng dụng cụ, đồ chứa riêng cho thực phẩm sống và thực phẩm chín đạt (90,3% và 87,1%); (93,5% và 85,4%) chủ cơ sở và nhân viên trực tiếp chế biến biết lưu mẫu thực phẩm ít nhất 24 giờ kể từ khi thức ăn được chế biến xong.

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 ATVSTP 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. **Trường Đại học Y Thái Bình** (2011), "Bài giảng Quản lý an toàn thực phẩm".
4. **Luật An toàn thực phẩm** số 55/2010.
5. **Phạm Thị Thu Hương** (2009) "Nghiên cứu thực trạng kiến thức thực hành của nhân viên chế biến phục vụ tại bếp ăn tập thể Trường Mầm non trên địa bàn thành phố Sơn La".
6. **Nguyễn Minh Nguyệt** (2012) "Đánh giá thực trạng điều kiện về sinh an toàn thực phẩm các cơ sở kinh doanh DVAV tại 02 phường trung tâm trên địa bàn thành phố Sơn La năm 2012".
7. **Nguyễn Thùy Dương, Lê Đức Thọ và Đỗ An Thắng** (2011) "Đánh giá KAP về An toàn thực phẩm của người quản lý, chế biến và tại bếp ăn tập thể các trường Mầm Non nội thành Hà Nội năm 2011".

THỰC TRẠNG MỘT SỐ BỆNH TRUYỀN NHIỄM KHU VỰC ĐỒNG BẰNG VEN BIỂN NAM BỘ

Trần Kiên¹, Trần Quang Trung¹

TÓM TẮT

Chúng tôi tiến hành điều tra toàn bộ ở các Trung tâm y tế và hồi cứu các ca bệnh tại 7 tỉnh khu vực đồng bằng ven biển Nam bộ năm 2014, gồm: Kiên Giang, Cà Mau, Bạc Liêu, Sóc Trăng, Trà Vinh, Bến Tre và Tiền Giang, nhằm phân tích đặc điểm dịch tễ một số bệnh truyền nhiễm liên quan tới biến đổi khí hậu. Trong đó số trường hợp thu dung và điều trị các bệnh trên có xu hướng gia tăng, đặc biệt là những năm có nhiều biến động về thời tiết, khí hậu (2005, 2007-2010). Tỷ lệ cao là các bệnh nhiễm vi rút đường hô hấp cấp 26,9-31,3%, viêm gan vi rút B, C, D có tỷ lệ nhiễm 11,3-16,0% mỗi năm và có xu hướng gia tăng. Số vụ dịch, số loại bệnh dịch trong 10 năm 2003-2012 cả vùng xảy ra 96 vụ dịch. Bệnh do muỗi truyền tương đối phổ biến là sốt xuất huyết và sốt rét, tỷ lệ mắc xuất huyết Dengue trung bình 5 năm là 95,5/100.000 dân, tử vong 2,4 ca/năm. Tỷ lệ bệnh sốt rét trung bình 19,9‰ dân số, xu hướng giảm từ 22,7‰ xuống 13,6‰; Bệnh viêm não vi rút có xu hướng gia tăng. Sự phân bố một số bệnh truyền nhiễm có sự khác nhau giữa các khu vực, số ca mắc các bệnh này cao hơn ở những vùng có nguy cơ biến đổi khí hậu cao hơn.

Từ khóa: Đồng bằng Nam bộ, bệnh truyền nhiễm, đặc điểm dịch tễ, ca bệnh.

SUMMARY

¹Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Trần Kiên
Email: kientranhvqy@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 18.3.2018
Ngày phản biện khoa học: 3.5.2018
Ngày duyệt bài: 11.5.2018

THE STATUS OF SOME INFECTIOUS DISEASES IN THE COASTAL ZONE OF MEKONG DELTA

We conducted a comprehensive survey at medical centers and a retrospective study of cases in seven provinces in the coastal zone of Mekong Delta in 2014, including Kien Giang, Ca Mau, Bac Lieu, Soc Trang, Tra Vinh, Ben Tre and Tien Giang in order to analyze the epidemiological characteristics of some infectious diseases related to climate change. The number of cases of these diseases receiving treatment tends to increase, especially in the years with many changes in climate and weather extremes (2005, 2007-2010). The incidence of acute respiratory infections was from 26.9 to 31.3%, and the incidence of hepatitis B, C, D infections was 11.3-16.0% each year and tends to increase. In 10 years (2003-2012), disease outbreaks occurred in the whole region. Relatively common mosquito-borne diseases are haemorrhagic fevers and malaria. Average 5-year rate number of dengue disease was 95.5 per 100,000 people, and the mortality rate was 2.4 deaths per year. The prevalence rate of viral encephalitis tends to increase. The distribution of some infectious diseases varies between regions. The number of cases of these diseases is higher in areas at higher risk of climate change.

Key words: Mekong Delta, infectious diseases, epidemiological characteristics, case.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ô nhiễm môi trường, biến đổi khí hậu và gia tăng dân số, dẫn đến thiên tai, thảm họa và dịch bệnh là gánh nặng cho kinh tế toàn cầu và sức khỏe cộng đồng. Việt Nam là nước có điều kiện địa lý tự nhiên phức tạp, thiên tai, thảm họa, dịch bệnh thường xuyên xảy ra. Biến đổi khí hậu và sự phát sinh, phát triển bệnh truyền nhiễm là một quá trình có liên quan với nhau thông qua

nhiều cơ chế. Như một quy luật, sau thiên tai môi trường thường bị xáo trộn lớn, nguồn nước bị ô nhiễm nặng là một trong những nguyên nhân chính gây bùng phát các vụ dịch bệnh đường tiêu hoá và các bệnh khác lây lan theo nguồn nước, bao gồm cả các bệnh của động vật, bệnh có ổ dịch tự nhiên, bệnh từ nơi khác đến. Theo thống kê của Bộ Y tế, những năm gần đây đã xuất hiện nhiều loại dịch bệnh và có chiều hướng gia tăng như: dịch viêm đường hô hấp cấp (SARS), Rubella, cúm gia cầm, cúm A H₅N₁, sốt xuất huyết, sốt rét, bệnh dại, thương hàn, viêm não vi rút, viêm não mô cầu. Tỷ lệ mắc bệnh do dịch lây hàng năm chiếm từ 19,8%-25,7% tổng số người mắc; tỷ lệ chết hàng năm 13,2%- 30,1% tổng số người tử vong do bệnh và tai nạn. Các đợt nóng xuất hiện ngày càng nhiều hơn và cường độ mạnh hơn sẽ làm tăng tỷ lệ bệnh tật và tử vong, nhất là người nghèo, người già và trẻ em. Gây ảnh hưởng xấu đến sức khoẻ cộng đồng và phát triển kinh tế - xã hội.

Việc nghiên cứu, đánh giá thực trạng các bệnh liên quan đến biến đổi khí hậu là rất cần thiết. Xuất phát từ những vấn đề trên chúng tôi nghiên cứu thực trạng một số bệnh truyền nhiễm liên quan tới biến đổi khí hậu khu vực đồng bằng ven biển Nam bộ. *Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá thực trạng một số bệnh truyền nhiễm liên quan tới biến đổi khí hậu khu vực đồng bằng ven biển Nam bộ.*

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Diễn biến dịch bệnh truyền nhiễm tại đồng bằng ven biển Nam bộ

Bảng 1. Số trường hợp thu dung và điều trị bệnh truyền nhiễm

Bệnh	Năm										
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Nhiễm vi rút cấp	1.089	1.132	1.390	1.175	1.433	1.218	1.433	1.513	1.182	1.228	
Viêm phổi	235	246	257	268	279	290	301	312	323	334	
Viêm phế quản	438	461	484	507	530	553	576	599	622	645	
Sởi, Rubella	87	90	101	112	123	157	191	208	375	16	
Quai bị	55	58	61	66	69	76	79	177	237	257	
Thủy đậu	67	70	73	78	81	90	93	101	186	132	
Viêm gan vi rút B,C,D	313	325	337	360	372	414	426	549	538	630	
Tiêu chảy	221	234	247	280	293	316	329	497	396	349	

Số trường hợp thu dung và điều trị các bệnh trên có xu hướng gia tăng, đặc biệt là vào năm 2005, 2007-2010 là những năm có nhiều biến động về thời tiết, khí hậu.

Bảng 2. Đặc điểm dịch bệnh trong 10 năm

Dịch bệnh	Số lượng vụ dịch										Cộng
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	
Nhiễm vi rút hô hấp cấp	1	0	2	1	0	2	2	1	0	2	11
Sởi, Rubella	1	2	1	2	2	1	2	3	2	1	17
Quai bị	1	1	2	1	1	2	3	1	1	2	15
Cúm A/H1N1	0	0	0	0	0	0	0	2	3	0	5

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. *Đối tượng nghiên cứu:* Thông số dịch bệnh của khu vực đồng bằng ven biển Nam bộ. Ca bệnh chẩn đoán mắc các bệnh truyền nhiễm.

2. *Địa điểm nghiên cứu:* Khu vực đồng bằng ven biển Nam bộ, gồm: tỉnh Kiên Giang, Cà Mau, Bạc Liêu, Sóc Trăng, Trà Vinh, Bến Tre và Tiền Giang.

3. *Thời gian nghiên cứu:* Từ 6/2013 đến 12/2014.

4. *Nội dung nghiên cứu:* Phân tích đặc điểm dịch tễ một số bệnh liên quan tới biến đổi khí hậu tại khu vực đồng bằng ven biển Nam bộ.

5. *Phương pháp nghiên cứu:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

- Điều tra hồi cứu về tình trạng bệnh tật, tử vong do mắc các bệnh liên quan đến biến đổi khí hậu của 7 Tỉnh từ sổ sách thống kê tại Trung tâm y tế dự phòng tỉnh.

- Điều tra thực trạng mắc bệnh tại thời điểm nghiên cứu: khám sức khỏe tổng quát, thu thập số liệu từ sổ sách thống kê tình trạng sức khỏe định kỳ của 7 tỉnh.

**Công cụ nghiên cứu:* Phiếu điều tra, giấy, sổ sách, bút để ghi chép được sử dụng để thu thập các thông tin cần thiết từ sổ sách thống kê tại Trung tâm y tế dự phòng tỉnh và từ hồi cứu các ca bệnh trong thời gian từ 2004 đến 2014.

6. *Xử lý số liệu:* Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata và xử lý bằng phần mềm Stata.

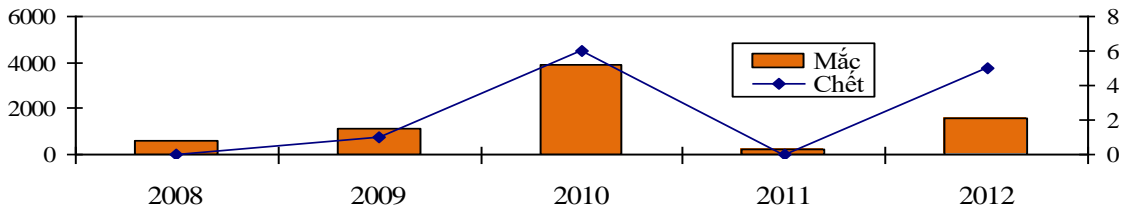
Màng não cầu	1	1	3	3	3	2	2	1	10	3	29
Tiêu chảy	2	2	1	2	2	1	4	2	2	1	19

Số vụ dịch, số loại bệnh dịch: trong 10 năm 2003-2012 cả vùng xảy ra 96 vụ dịch, cao vào các năm 2009-2011 (có nhiều biến động về khí hậu).

2. Dịch tễ một số bệnh do côn trùng truyền tại đồng bằng ven biển Nam bộ

Hai bệnh do muỗi truyền tương đối phổ biến ở Việt Nam là bệnh sốt xuất huyết và bệnh sốt rét.

Diễn biến bệnh sốt xuất huyết Dengue



Biểu đồ 1. Diễn biến số bệnh nhân mắc và chết do sốt xuất huyết Dengue

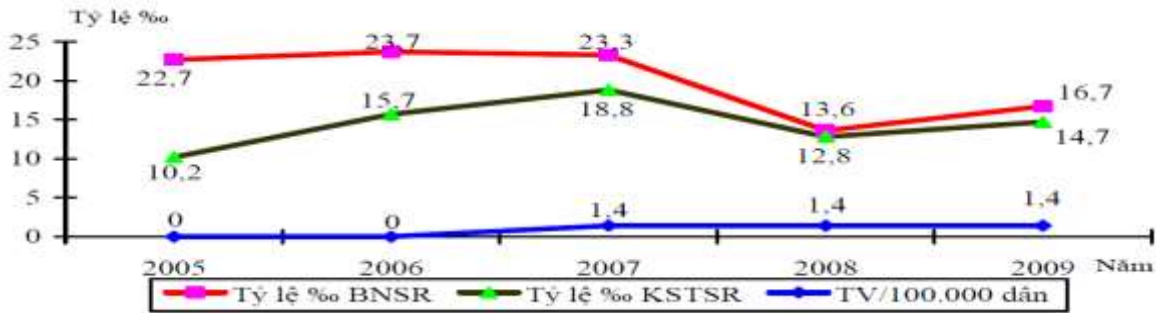
Giai đoạn 5 năm (2008-2012), năm 2010 là năm có số mắc và chết do xuất huyết Dengue cao; đến năm 2011 ca bệnh giảm, năm 2012 tăng cao hơn 2011.

Bảng 3. Tỷ lệ mắc SXHD / 100.000 dân và tỷ lệ chết

Năm	Tỷ lệ mắc/100.000	Tỷ lệ chết/mắc(%)
2008	39,5	0,0
2009	71,5	0,09
2010	246,8	0,15
2011	19,8	0,0
2012	98,6	0,32
Trung bình	95,5	0,16

Tỷ lệ mắc trung bình 5 năm là 95,5/100.000 dân, năm có số mắc cao nhất là 2010. Tỷ lệ chết/mắc 5 năm là 0,16%, tỷ lệ tử vong cao nhất là 2012 (0,32%).

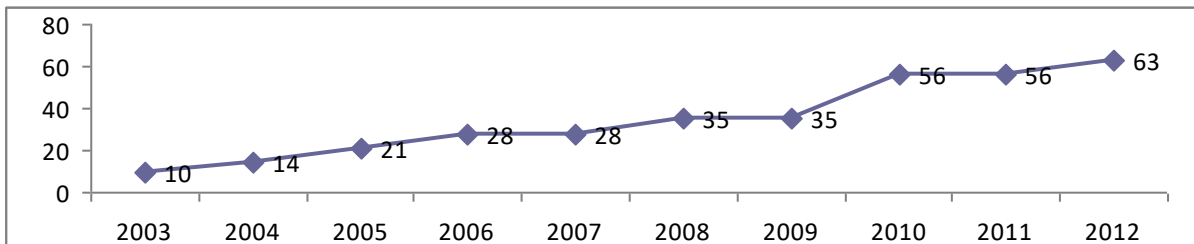
Tình hình bệnh sốt rét:



Biểu đồ 2. Tình hình mắc sốt rét khu vực đồng bằng ven biển Nam bộ

Tỷ lệ bệnh nhân sốt rét (BNSR) trung bình 19,9‰ dân số, xu hướng giảm từ 22,7‰ xuống 13,6‰, mỗi năm có 01 trường hợp tử vong. Tỷ lệ người có KSTSR (+) trung bình 14,5‰ dân số.

3. Diễn biến bệnh viêm não do vi rút:



Biểu đồ 3. Diễn biến bệnh viêm não do vi rút

Bệnh viêm não vi rút có xu hướng gia tăng nhiều từ năm 2009, cho thấy tác động của biến đổi khí hậu tới bệnh này là rất lớn.

4. Đặc điểm phân bố bệnh truyền nhiễm khu vực đồng bằng ven biển Nam bộ

Bảng 4. Phân bố bệnh truyền nhiễm theo vùng do biến đổi khí hậu (năm 2014)

Bệnh	Tỉnh (số ca mắc)							Cộng
	Kiên Giang	Cà Mau	Bạc Liêu	Sóc Trăng	Trà Vinh	Bến Tre	Tiền Giang	
Nhiễm vi rút cấp	160	160	168	172	178	180	210	1.228
Viêm phổi	26	33	40	49	54	61	71	334
Phế quản phế viêm	56	65	76	92	110	119	127	645
Sởi, Rubella	0	1	2	2	3	3	5	16
Quai bị	52	45	12	18	73	25	32	257
Thủy đậu	4	4	10	16	18	28	52	132
Viêm não vi rút	0	0	0	0	2	2	5	9
Viêm gan vi rút A, E	2	2	10	11	12	18	22	77
Viêm gan vi rút B,C,D	161	142	45	58	100	62	62	630
Viêm màng não do VK	1	2	2	4	3	2	4	18
Nhiễm màng não cầu	0	0	0	0	0	1	2	3
Tiêu chảy	58	42	30	48	85	48	38	349
Hội chứng lỵ	0	0	0	0	1	2	4	7
Sốt mò	0	2	0	3	2	5	9	21
Thương hàn, phó TH	1	1	2	2	2	2	2	12
Bệnh do Leptospira	0	0	0	0	0	1	1	2

Sự phân bố các bệnh nhiễm vi rút cấp, viêm phổi, phế quản phế viêm, thủy đậu, viêm não vi rút và sốt mò có sự khác nhau giữa các khu vực. Số ca mắc các bệnh này cao hơn ở những vùng có nguy cơ biến đổi khí hậu cao hơn. Trong đó, số ca mắc các bệnh này tập trung ở khu vực Tiền Giang và Bến Tre là những vùng có điều kiện thời tiết, khí hậu khắc nghiệt.

IV. BÀN LUẬN

Biến đổi khí hậu làm gia tăng các bệnh truyền nhiễm và phát sinh các bệnh mới và lạ. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, số trường hợp thu dung và điều trị các bệnh trên có xu hướng gia tăng, đặc biệt là những năm có nhiều biến động về thời tiết, khí hậu. Số vụ dịch, số loại bệnh dịch cũng tăng cao vào các năm có nhiều biến động về khí hậu. Dịch bệnh truyền nhiễm có diễn biến phức tạp và có chiều hướng gia tăng, có số vụ dịch lớn vào năm có điều kiện thời tiết, khí hậu biến đổi bất thường. Hai bệnh do muỗi truyền tương đối phổ biến ở Việt Nam là bệnh sốt xuất huyết và bệnh sốt rét. Năm 2010 là năm có số mắc và chết do xuất huyết Dengue cao, tỷ lệ bệnh nhân sốt rét trung bình 19,9‰ dân số, tỷ lệ người có KSTR (+) 14,5‰ dân số. Đây

cũng là tình trạng chung ở ngoài cộng đồng, theo thống kê của Bộ Y tế cho thấy, so sánh giữa những năm 1997-2001 với 2001-2006, sốt xuất huyết tăng còn sốt rét giảm.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, bệnh viêm não vi rút có xu hướng gia tăng từ năm 2009. Mặc dù công tác phòng chống dịch và các bệnh truyền nhiễm đã được triển khai đồng bộ và rộng khắp trong cả vùng đến tuyến xã/phường. Tuy nhiên, bệnh viêm não do vi rút vẫn gia tăng cho thấy tác động của biến đổi khí hậu tới bệnh này là rất lớn. Các nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới cho thấy, có mối liên quan giữa viêm não vi rút với biến đổi khí hậu. Shaman và cộng sự nghiên cứu về viêm não Saint Louis (Saint Louis encephalitis virus- SLEV) ở phía nam Florida thấy, chu kỳ lây truyền bệnh phụ

thuộc mật thiết vào điều kiện khí hậu của khu vực, tỷ lệ bệnh tăng rõ rệt khi điều kiện thời tiết nóng ẩm thuận lợi cho muỗi phát triển. Sự phân bố các bệnh nhiễm vi rút cấp, viêm phổi, phế quản phế viêm, thủy đậu, viêm não vi rút và sốt mò có sự khác nhau giữa các khu vực. Số ca mắc các bệnh này cao hơn ở những vùng có nguy cơ biến đổi khí hậu cao hơn. Trong đó, số ca mắc các bệnh này tập trung ở khu vực Tiền Giang và Bến Tre là những vùng có điều kiện thời tiết, khí hậu khắc nghiệt.

Sự biến đổi khí hậu trong những thập niên gần đây rõ ràng có ảnh hưởng tới một số bệnh truyền nhiễm. Vấn đề tác động của thay đổi khí hậu đến bệnh tật còn kể đến các tác động khác nhau của nó đến môi trường sống, môi trường sinh thái phức tạp của con người.

V. KẾT LUẬN

- Diễn biến bệnh và dịch bệnh truyền nhiễm tại khu vực đồng bằng ven biển Nam bộ: các bệnh có tỷ lệ thu dung cao là nhiễm vi rút đường hô hấp cấp chiếm 26,87-31,3%, viêm gan vi rút B, C, D chiếm 11,33-16,06% mỗi năm và có xu hướng gia tăng.

- Các bệnh có nguyên nhân do vi rút có số lượng bệnh nhân nhập viện cao nhất. Dịch xảy ra ở tất cả các tháng trong năm, tập trung các

tháng đầu năm, tăng lên vào mùa xuân, dịch nhiễm màng não cầu xảy ra từ tháng 1-6.

- Sự phân bố các bệnh nhiễm vi rút cấp, viêm phổi, phế quản phế viêm, thủy đậu, viêm não vi rút và sốt mò có sự khác nhau giữa các khu vực. Số ca mắc các bệnh này cao hơn ở những vùng có nguy cơ biến đổi khí hậu cao hơn. Trong đó, số ca mắc các bệnh này tập trung ở khu vực Tiền Giang và Bến Tre.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Tài nguyên và Môi trường (2009), *Kịch bản biến đổi khí hậu và nước biển dâng cho Việt Nam*.
2. Nguyễn Khắc Hiếu (2008), "Tổng quan về các kịch bản biến đổi khí hậu toàn cầu và kết quả Hội nghị Liên Hợp Quốc về BĐKH ở Bali", *Báo cáo tại Hội thảo BĐKH toàn cầu và ứng phó của Việt Nam*, Hà Nội 26-29/2/2008
3. Nguyễn Văn Thắng và nnk (2010), *Nghiên cứu ảnh hưởng của biến đổi khí hậu đến các điều kiện tự nhiên, tài nguyên thiên nhiên và đề xuất các giải pháp chiến lược phòng tránh, giảm nhẹ và thích nghi, phục vụ phát triển bền vững kinh tế xã hội ở Việt Nam*. Báo cáo tổng kết đề tài KHCN cấp Nhà nước thuộc chương trình KC08.13/06-10, HN.
4. Trần Thục, Lê Nguyên Tường (2008), *Những tác động của biến đổi khí hậu đối với nước ta*, Tạp chí Tài nguyên Môi trường, 4/2008.
5. To Van Truong, Tarek Ketelsen (2009), *Water Resources in the Mekong Delta : A History of Management, A Future of Change*.

KIẾN THỨC, THỰC HÀNH VỀ PHÒNG LÂY TRUYỀN VIÊM GAN B TỪ MẸ SANG CON CỦA PHỤ NỮ XÃ HƯƠNG SƠN, HUYỆN MỸ ĐỨC, THÀNH PHỐ HÀ NỘI NĂM 2016-2017

Nguyễn Thị Diễm Hương¹, Lê Thị Tài¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả kiến thức, thực hành về phòng lây truyền viêm gan B từ mẹ sang con của phụ nữ xã Hương Sơn, huyện Mỹ Đức, Hà Nội năm 2016-2017. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 384 phụ nữ tại xã Hương Sơn. **Kết quả:** Hầu hết đối tượng nghiên cứu có kiến thức rất thấp: 96,6% có kiến thức ở mức kém, điểm kiến thức trung bình chỉ đạt 24% so với điểm mong đợi. Về thực hành, có 77,3% đối tượng đã làm xét nghiệm phát hiện viêm gan B nhưng chỉ có 36,4% chủ động xét nghiệm, 40,9% còn lại được xét nghiệm khi hiến máu,

khám thai hoặc sinh con. Trong số đối tượng đã xét nghiệm có kết quả âm tính, tỷ lệ tiêm phòng vắc xin viêm gan B thấp (25,3%). Với những đối tượng có kết quả dương tính, biện pháp phòng bệnh chủ yếu được áp dụng là tiêm chủng đầy đủ và đúng lịch vắc xin VGB (92,8%) cho trẻ trong chương trình tiêm chủng mở rộng và khám chuyên khoa truyền nhiễm trong thai kỳ để theo dõi tiến triển của bệnh (42,9%).

Từ khóa: Kiến thức, Thực hành, Viêm gan B, Phòng lây truyền viêm gan B từ mẹ sang con

SUMMARY

KNOWLEDGE, PRACTICE ON PREVENTION OF HEPATITIS B TRANSMISSION FROM MOTHER-TO-CHILD OF WOMEN AT HUONGSON COMMUNE, MYDUC DISTRICT, HANOI, 2016-2017

The study was conducted to describe the knowledge and practice towards prevention of hepatitis B transmission from mother-to-child of

¹Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Diễm Hương

Email: huongyhdp@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.3.2018

Ngày phản biện khoa học: 4.5.2018

Ngày duyệt bài: 10.5.2018

women in Huong Son commune, My Duc district, Hanoi, 2016-2017. Methods: Using a cross-sectional study on 384 women in Huong Son commune. Results: Most of the respondents had very low knowledge: 96.6% had poor knowledge, The average knowledge scores was only 24% of the expected score. In practice: 77.3% respondents tested for hepatitis B, but only 36.4% tested positively, while the 40.9% remaining were tested when blood donation, antenatal care, or childbirth. Among those with negative results, the vaccination rate was low (25.3%). For those with positive results, the main preventive measure was vaccination (92.8%) for vaccinated children and vaccinated infants by Extended vaccination program and examined at infection faculty during pregnancy to monitor progression of disease (42.9%).

Key words: Knowledge, Practice, Hepatitis B, Prevention of hepatitis B transmission from mother to child

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan B là một trong những bệnh do virút thường gặp hiện nay. Theo Tổ chức Y tế thế giới, hiện nay trên toàn thế giới có hơn 2 tỉ người bị nhiễm vi rút viêm gan B (VGB), trong đó hơn 350 triệu người bị nhiễm mạn tính và hơn 1 triệu trường hợp tử vong hàng năm (tương đương 2800 ca mỗi ngày, 115 ca mỗi giờ và 1-2 ca mỗi phút) do các biến chứng của viêm gan B gồm viêm gan mạn tính, xơ gan, ung thư gan, bệnh gan giai đoạn cuối [1]. Trên thế giới, dựa vào tỷ lệ mắc, VGB được chia ra thành các vùng dịch tễ cao, thấp, trung bình. Trong đó Việt Nam là một trong những nơi lưu hành dịch bệnh VGB cao [1]. Virút viêm gan B lây truyền qua đường máu, đường tình dục và mẹ truyền sang con. Lây truyền từ mẹ sang con hay còn gọi lây truyền dọc là con đường lây truyền chủ yếu ở các vùng có dịch lưu hành cao [3]. Nếu không áp dụng các biện pháp dự phòng thì tỷ lệ lây truyền viêm gan B từ mẹ sang con khoảng 5-90%. Trẻ sơ sinh mắc viêm gan B thì có đến 90% nguy cơ trở thành người bệnh mạn tính và nguy cơ cao gặp các biến chứng xơ gan, ung thư tế bào gan nguyên phát trong tương lai [1],[2]. Ước tính ở Việt Nam, tỷ lệ nhiễm vi rút VGB mạn tính là 10% ở phụ nữ có thai và ước tính mỗi năm sẽ có 54.655 trẻ sơ sinh bị nhiễm vi rút VGB mạn tính. Vì vậy phòng lây truyền viêm gan B từ mẹ sang con là rất thiết thực, không chỉ giảm tỷ lệ mắc mà còn giảm hậu quả trầm trọng do biến chứng mạn tính của bệnh gây ra [1]. Nghiên cứu này tiến hành nhằm cung cấp bằng chứng khoa học cho lập kế hoạch truyền thông phòng lây truyền VGB từ mẹ sang con. **Mục tiêu nghiên cứu:** *Mô tả kiến thức, thái độ, thực hành về phòng lây*

truyền viêm gan B từ mẹ sang con của phụ nữ tại xã Hương Sơn năm 2016-2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Nghiên cứu được tiến hành tại xã Hương Sơn, huyện Mỹ Đức, thành phố Hà Nội từ tháng 01-5/2017. Trong đó thời gian thu thập số liệu tháng 1/2017

2.2. Đối tượng nghiên cứu:

Phụ nữ mới kết hôn, phụ nữ đang mang thai và phụ nữ sinh và dự kiến sinh con trong năm 2016-2017.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng thiết kế mô tả cắt ngang

- Mẫu nghiên cứu:

+ **Cỡ mẫu:** Số đối tượng nghiên cứu được tính bằng công thức tính cỡ mẫu cho ước tính một tỷ lệ trong quần thể:

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

n là cỡ mẫu tối thiểu cần đạt; $p=0,5$; $\alpha=1-\alpha/2$ là mức độ chính xác của nghiên cứu cần đạt = 95%; $Z=1,96$. α : Mức ý nghĩa thống kê ($\alpha = 0,05$). Cỡ mẫu tính được 384.

+ **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn chủ đích xã Hương Sơn, huyện Mỹ Đức, thành phố Hà Nội. Toàn bộ 6 thôn của xã đều được nghiên cứu. Lập danh sách phụ nữ mới kết hôn tại 6 thôn từ ngày 1/1/2016-31/12/2016 của xã theo danh sách được quản lý bởi cộng tác viên dân số của thôn và danh sách phụ nữ phụ nữ sinh con và dự kiến sinh từ ngày 01/1/2016 đến 31/12/2017). Tổng cộng có 400 đối tượng phù hợp, chúng tôi đã phỏng vấn toàn bộ và có 384 người hoàn thành cuộc phỏng vấn.

2.4. Nội dung nghiên cứu

- **Thông tin cá nhân:** tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, phương tiện thông tin hiện có, tình trạng xét nghiệm VGB của người thân đối tượng nghiên cứu.

- **Thông tin về Kiến thức:** Kiến thức về khả năng lây phương thức lây truyền, phương pháp phát hiện bệnh, hậu quả, biến chứng của bệnh VGB mạn tính, đối tượng có nguy cơ cao mắc VGB, khả năng phòng bệnh, biện pháp phòng bệnh; khả năng lây truyền, phòng lây truyền VGB và biện pháp phòng lây truyền VGB từ mẹ sang con.

- **Thông tin về thực hành:** có tìm hiểu thông tin về bệnh VGB, chủ động xét nghiệm VGB, tiêm vắc xin phòng bệnh VGB, phòng lây truyền VGB từ mẹ sang con.

2.5. Phương pháp và công cụ thu thập số liệu: Phỏng vấn trực tiếp đối tượng dựa vào bộ câu hỏi được thiết kế sẵn.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu: Nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1. xử lý và phân tích bằng phần mềm Excel 2010 và Stata 12.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được sự cho phép của xã Hương Sơn, huyện Mỹ Đức và chỉ sử dụng kỹ thuật phỏng vấn để thu thập thông tin, không gây ảnh hưởng đến sức khỏe của đối tượng tham gia nghiên cứu. Đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện.

Sau khi kiểm tra phiếu chung tôi chọn ra 384 phiếu đủ tiêu chuẩn đưa vào phân tích. Kết quả cho thấy độ tuổi chủ yếu <30 tuổi (80%). Về nghề nghiệp, nội trợ và nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất (55,5%). Về học vấn, 63,8% có trình độ học vấn từ phổ thông trở xuống, còn lại 36,2% từ trung cấp chuyên nghiệp trở lên. Về tình hình thai sản: 77,1% mới sinh con, 22,9% đang mang thai và mới kết hôn. Các phương tiện thông tin hiện có chủ yếu là ti vi (97,4%), điện thoại thông minh (65,9%), máy tính (44,3%). Chỉ có 0,5% phụ nữ không có phương tiện thông tin nào. 100% đối tượng được phỏng vấn đã nghe tới bệnh viêm gan B.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

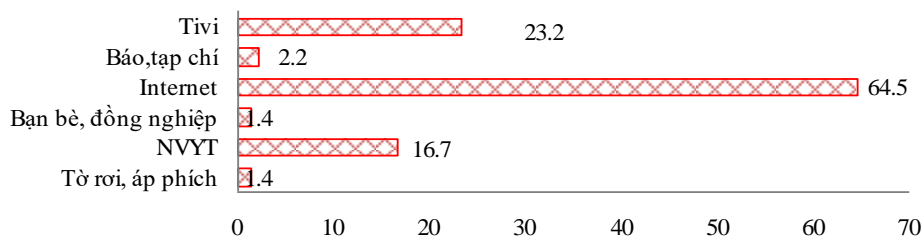
Bảng 1: Điểm kiến thức chung của đối tượng nghiên cứu

Kiến thức	ĐMĐ	n	Tỷ lệ%
Viêm gan B là bệnh lây truyền	1	331	86,2
Phát hiện VGB bằng xét nghiệm máu	1	204	53,1
Có thể phòng bệnh VGB	1	320	83,3
VGB có thể lây truyền từ mẹ sang con	1	332	86,5
Có thể phòng lây truyền VGB từ mẹ sang con	1	185	48,2
Biết các đường lây truyền (4 điểm)			
Đường máu	1	116	30,2
QHTD không an toàn	1	105	27,3
Mẹ truyền sang con	1	105	27,3
Dùng chung đồ dùng cá nhân	1	21	5,5
Biết đối tượng có nguy cơ cao (7 điểm)			
Vợ/chồng của người VGB	1	23	6,0
Người sống trong gia đình có người VGB	1	43	11,2
Trẻ sơ sinh có mẹ mắc VGB	1	54	14,1
Dùng kim tiêm không an toàn	1	19	5,0
QHTD không an toàn	1	10	2,6
Nhân viên y tế	1	10	2,6
Người chưa tiêm vắc xin VGB	1	24	6,2
Biết hậu quả, biểu chứng (4 điểm)			
Gây tổn thương gan mạn tính	1	21	5,5
Gây ung thư gan	1	54	12,5
Gây xơ gan	1	48	14,1
Suy kiệt, tử vong	1	113	19,4
Biết phương pháp phòng (3 điểm)			
QHTD an toàn, chung thủy	1	31	8,1
Tiêm vắc xin	1	143	37,2
Không dùng chung đồ dùng cá nhân	1	24	6,3
Biết phòng lây truyền từ mẹ sang con (4 điểm)			
Tiêm vắc xin VGB liều sơ sinh	1	58	15,1
Tiêm HBIg	1	6	1,6
Tiêm vắc xin VGB trong TCMR	1	46	12,0
Khám chuyên khoa truyền nhiễm	1	46	12,0
ĐKTTB/ĐMĐ	27		6,5/27
Tỷ lệ % so với ĐMĐ			24,0%

Nhận xét: Kết quả bảng 1 cho thấy, ĐKTTB về bệnh VGB và lây truyền VGB từ mẹ sang con của ĐTNC rất thấp, chỉ đạt 24% so với ĐMĐ. Trong đó, kiến thức được biết đến nhiều nhất là khả năng lây truyền bệnh (86,2%), khả năng phòng bệnh VGB (83,3%), khả năng lây truyền VGB từ mẹ sang

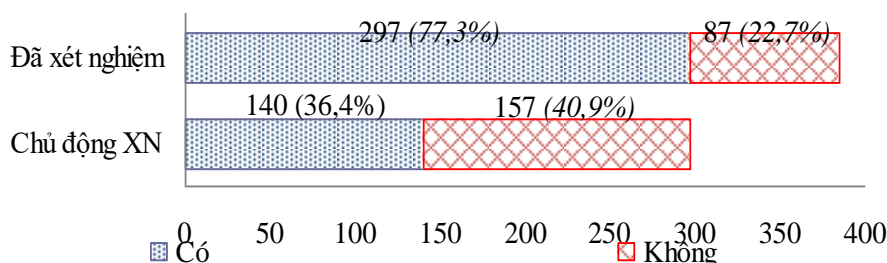
con (86,5%). Các kiến thức được biết đến ít nhất là đối tượng có nguy cơ cao, các biện pháp phòng bệnh và các biện pháp phòng lây truyền VGB từ mẹ sang con (từ 2,6-37,2%).

- Về thực hành: Thực hành tìm kiếm thông tin liên quan đến bệnh VGB: Tỷ lệ ĐTNC đã tìm kiếm thông tin là 36,5%.



Biểu đồ 1: Kênh thông tin đối tượng tìm kiếm thông tin về bệnh VGB

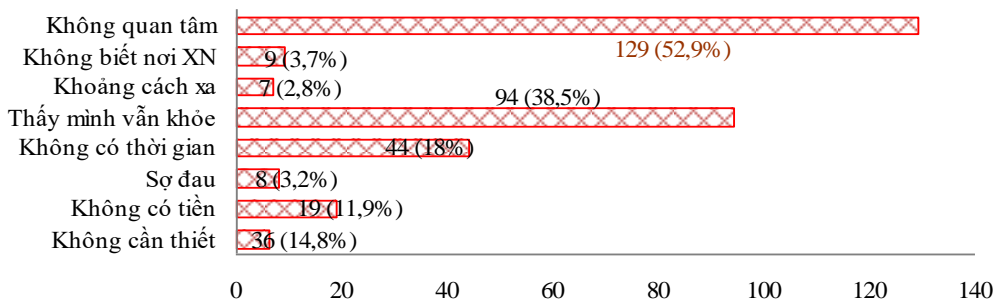
Theo biểu đồ 1, trong số đối tượng đã tìm hiểu thông tin về bệnh VGB thì Internet là kênh thông tin được nhiều đối tượng sử dụng nhất (64,5%), tiếp đến là ti vi (23,2%), các kênh khác chiếm tỷ lệ rất thấp. Thực hành xét nghiệm phát hiện bệnh VGB:



Biểu đồ 2: Thực trạng xét nghiệm viêm gan B (n=384)

Theo biểu đồ 2, trong số 384 đối tượng được phỏng vấn có 297 người đã làm xét nghiệm viêm gan B (77,3%), nhưng chỉ có 36,4% chủ động xét nghiệm để phát hiện tình trạng nhiễm vi rút của bản thân, còn lại 40,9% là được xét nghiệm trong một số trường hợp như: hiến máu, khám thai, sinh con. Trong số đối tượng đã làm xét nghiệm VGB, có 14 người (4,7%) kết quả dương tính, 265 người (89,2%) kết quả âm tính, 18 người còn lại không nhớ kết quả.

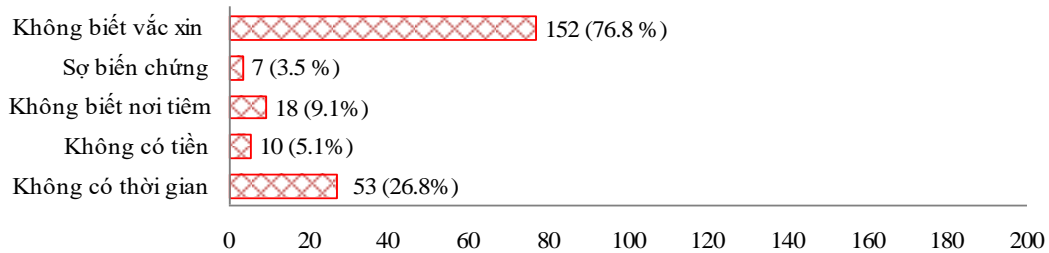
Lý do chưa chủ động tiêm phòng vắc xin VGB: Theo biểu đồ 3 dưới đây, lí do chính khiến đối tượng ngần ngại chưa chủ động xét nghiệm VGB là họ không quan tâm, không để ý tới việc phát hiện bệnh (52,9%), tiếp đến là sự chủ quan cho rằng bản thân vẫn khỏe mạnh nên không cần phải xét nghiệm viêm gan B (38,5%).



Biểu đồ 3: Lý do ĐTNC chưa chủ động phát hiện VGB (n=244)

Trong số các đối tượng có kết quả xét nghiệm VGB dương tính, các thực hành của họ phòng lây truyền bệnh cho con bao gồm: tiêm chủng vắc xin VGB cho con trong chương trình TCMR (13 người, 92,8%), khám chuyên khoa truyền nhiễm để theo dõi bệnh (6 người, 42,9%), tìm kiếm thông tin liên quan phòng lây truyền bệnh cho con (4 người, 28,6%).

Với những đối tượng có kết quả âm tính, tỷ lệ tiêm vắc xin sau là 25,3%. còn lại 74,7% đối tượng không tiêm vắc xin VGB phòng bệnh sau xét nghiệm thì những lí do chủ yếu được trình bày trong biểu đồ 4:



Biểu đồ 4: Những lí do cản trở ĐTNC tiêm vắc xin VGB (n=198)

Theo biểu đồ 4, không biết vắc xin VGB là lí do chính khiến đối tượng không tiêm vắc xin VGB (76,8%).

IV. BÀN LUẬN

Về kiến thức: Điểm mong đợi về kiến thức trong nghiên cứu này là 27 điểm (bảng 1), là những kiến thức cần biết để phòng bệnh VGB và phòng lây truyền VGB từ mẹ sang con theo khuyến cáo của Bộ Y tế [3],[4]. Kết quả ở bảng 1 cho thấy, kiến thức về bệnh VGB và phòng lây truyền VGB từ mẹ sang con của ĐTNC ở mức thấp, ĐKTTB chỉ đạt 24% so với ĐMĐ. Đánh giá chung về kiến thức cho thấy hầu hết đối tượng nghiên cứu có hiểu biết về bệnh VGB ở mức kém (96,6%), tỷ lệ này cao hơn cả kết quả nghiên cứu của Chu Thị Hà năm 2002 (96,6% so với 50,3%) và tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có hiểu biết về bệnh VGB ở mức khá thì lại rất thấp so với nghiên cứu của Chu Thị Thu Hà (0,3% so với 24,7%) [6].

Trong nghiên cứu này 100% ĐTNC đã nghe nói đến bệnh VGB, tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Chu Thị Thu năm 2002 (100% so với 83,2%) [6]. Mặc dù phần lớn ĐTNC (86,2%) biết viêm gan B là bệnh có khả năng lây truyền (cao hơn so với nghiên cứu của Chu Thị Thu Hà năm 2002 (72,6%). Tuy nhiên, tỷ lệ hiểu biết về đường lây truyền cũng như một số phương thức lây truyền chính còn khá thấp (truyền máu 30,2%), quan hệ tình dục không an toàn 27,3%, mẹ truyền sang con 27,3%) và vẫn có một tỷ lệ khá cao đối tượng nghiên cứu nhầm lẫn về đường lây truyền như: đường tiêu hóa (30,7%), hô hấp (24,9%). Hiểu biết về đường lây thấp phần nào giải thích cho sự hiểu biết của đối tượng về phương pháp phát hiện bệnh không cao, chỉ có 53,1% phụ nữ biết xét nghiệm máu là cách duy nhất phát hiện tình trạng mắc bệnh. Hiểu biết về hậu quả và biến chứng của viêm gan B: suy kiệt và tử vong là hậu quả được biết đến nhiều nhất cũng chỉ 29,4%, gây ung thư gan (14,1%), gây tổn thương gan mạn tính (5,5%), các

kết quả này đều thấp hơn so với nghiên cứu của Chu Thị Thu Hà (48,9%; 20%; 12,6%) [6].

Hiện nay biện pháp dự phòng VGB hiệu quả nhất là vắc xin VGB, ngoài chương trình tiêm chủng mở rộng hỗ trợ tiêm vắc xin VGB cho trẻ, thì tại một số cơ sở cũng cung cấp dịch vụ tiêm vắc xin VGB cho cả người trưởng thành. Do đó các thông tin về vắc xin VGB ngoài TCMR cũng khá phổ biến, mặc dù vậy tỷ lệ đối tượng trong nghiên cứu này biết về vắc xin VGB ngoài chương trình TCMR còn thấp (37,2%), thấp hơn cả so với tỷ lệ biết về vắc xin VGB phòng bệnh (38,4%) trong nghiên cứu của Chu Thị Thu Hà (2002) mặc dù năm 2002 thì vắc xin VGB trong chương trình TCMR còn chưa được bao phủ trong toàn quốc [6]. Như vậy hiểu biết về VGB và phòng bệnh VGB ở phụ nữ xã Hương Sơn còn khá thấp. Có thể do đặc thù của phụ nữ ở đây là phần lớn thời gian của họ dành cho việc buôn bán nên hạn chế trong tiếp cận thông tin.

Phần lớn đối tượng nghiên cứu (86,5%) biết rằng nếu mẹ mang thai mắc VGB thì có thể lây bệnh cho trẻ sơ sinh nhưng phần lớn cho rằng VGB là bệnh di truyền nên nếu mẹ mắc thì chắc chắn sẽ truyền bệnh cho con chứ không phải do tính chất lây truyền. Do đó, khi được hỏi về khả năng phòng lây truyền VGB từ mẹ sang con thì chỉ có 48,2% phụ nữ trả lời đúng "lây truyền VGB từ mẹ sang con có thể phòng được". Theo "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm gan vi rút B" thì việc phòng lây truyền viêm gan B từ mẹ sang con được thực hiện từ trong thai kì. Cụ thể, phụ nữ mang thai sẽ theo dõi tiến triển của bệnh viêm gan B để bác sĩ đưa ra quyết định xem người phụ nữ ấy có cần dùng thuốc ức chế vi rút trong 3 tháng cuối của thai kì hay chỉ cần tiêm vắc xin và kháng thể kháng vi rút cho trẻ. Việc phối hợp các biện pháp phòng bệnh sẽ làm giảm nguy cơ tiêm chủng thất bại khi chỉ áp

dụng biện pháp tiêm chủng để phòng bệnh. Nghiên cứu can thiệp của Phí Đức Long (2014) cũng đã chỉ ra, phối hợp tiêm kháng thể kháng vi rút với các mũi trong chương trình TCMR bao gồm cả tiêm vắc xin VGB sớm cho trẻ trong vòng 24 giờ đầu, đã làm giảm tỷ lệ tiêm chủng thất bại ở trẻ có mẹ mang HbsAg (+) [7]. Hiểu biết về các phương pháp phòng lây truyền từ mẹ sang con của phụ nữ xã Hương Sơn rất thấp (chỉ từ 1,6-15,1%). Trong đó biện pháp phòng được biết đến nhiều nhất là tiêm vắc xin VGB liều sơ sinh (15,1%), tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Chu Thị Thu Hà là 5,3% [6]. Chúng tôi cho rằng sự khác nhau này do thời gian nghiên cứu của Chu Thị Thu Hà được tiến hành từ năm 2002 trong khi năm 2006 vắc xin VGB liều sơ sinh mới được triển khai tại Hà Nội. Biện pháp được biết đến ít nhất là tiêm huyết thanh globulin miễn dịch (HBIG) đặc hiệu (1,6%), điều này cũng phù hợp với thực tế vì biện pháp này là dịch vụ mất phí và chỉ có ở một số bệnh viện lớn nên thông tin về HBIG chưa được phổ biến như các biện pháp khác. Như vậy, có thể hiểu biết thấp về các biện pháp phòng bệnh đã góp phần làm giảm sự chủ động của đối tượng nghiên cứu trong việc tìm hiểu các thông tin và thực hành phòng bệnh.

Về thực hành: Chúng tôi đã thiết kế các câu hỏi thực hành để hỏi đối tượng nghiên cứu theo thứ tự: Xét nghiệm viêm gan B, tiêm vắc xin VGB đối với phụ nữ không nhiễm vi rút hoặc thực hiện các biện pháp dự phòng cho con (khám chuyên khoa, tiêm HBIG, tiêm vắc xin đúng và đủ theo chương trình TCMR) nếu phụ nữ nhiễm vi rút viêm gan B. Kết quả có 77,3% phụ nữ đã làm xét nghiệm VGB trong đó chỉ có 36,4% là chủ động làm xét nghiệm. Việc chủ động khám sức khỏe và phát hiện bệnh có ý nghĩa rất quan trọng trong việc theo dõi, điều trị, phòng chống lây lan. Đặc biệt đối với bệnh viêm gan B ngoài việc nhằm hạn chế truyền bệnh cho người xung quanh thì với phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ còn quan trọng hơn là phòng lây truyền cho thai nhi. Tuy nhiên, những phụ nữ trong nghiên cứu này là những người cần chủ động xét nghiệm VGB thì lại mới đạt tỷ lệ thấp (36,4%). Tỷ lệ đối tượng tiêm phòng vắc xin sau xét nghiệm là 25,3%, cao hơn so với nghiên cứu của Chu Thị Thu Hà (6,3%) kết quả này hoàn toàn phù hợp bởi hiện nay việc tiếp cận thông tin y tế của người dân dễ dàng và thuận tiện hơn và cũng có nhiều cơ sở triển khai dịch vụ tiêm chủng trong cộng đồng, người dân nói chung cũng quan tâm đến sức khỏe hơn. Trong nghiên cứu này, việc

tìm hiểu thông tin liên quan đến phòng lây truyền bệnh VGB cũng được tính là thực hành phòng bệnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ ĐTNC tìm kiếm thông tin về bệnh VGB không cao (35,9%), và qua các kênh chủ yếu là internet và ti vi (64,5% và 23,3%). Đây là 2 kênh thông tin mà ĐTNC tiếp cận dễ dàng và thông tin có được nhanh, tuy nhiên thông tin cung cấp một chiều và kiến thức từ nguồn internet đôi khi không thực sự tin cậy cho nên có thể ảnh hưởng lớn đến kiến thức của ĐTNC dẫn đến thực hành không đúng. Nguồn thông tin từ nhân viên y tế, tờ rơi là kênh truyền thông hiệu quả giúp ĐTNC biết và hiểu vấn đề đầy đủ và đúng hơn và được hướng dẫn thực hành tốt hơn thì lại chiếm tỷ lệ thấp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 14 ĐTNC mắc viêm gan B. Khi được hỏi về thực hành phòng lây truyền VGB trong lần mang thai gần nhất thì có 92,8% ĐTNC đưa trẻ đi tiêm vắc xin VGB trong chương trình TCMR đầy đủ và đúng lịch. Đây dường như là biện pháp chủ yếu của ĐTNC để phòng lây truyền bệnh cho con. Mặc dù cũng có một số ĐTNC đi khám chuyên khoa và tìm kiếm thông tin nhưng chưa áp dụng phối hợp biện pháp như tiêm HBIG hoặc dùng thuốc ức chế miễn dịch trong 3 tháng cuối thai kỳ theo khuyến cáo của Bộ y tế [5]. Trong số 14 đối tượng có kết quả xét nghiệm dương tính, chỉ có 1 người báo lại với trạm y tế về tình hình mắc viêm gan B của bản thân. Điều này sẽ dẫn đến là họ không được theo dõi và tư vấn của nhân viên y tế về kiến thức, thực hành phòng lây truyền bệnh VGB cho con. Như vậy cần khuyến khích phụ nữ thông báo tình trạng mắc VGB cho trạm y tế khi phát hiện để được tư vấn tốt và hướng dẫn thực hành phòng bệnh cho con tốt hơn.

V. KẾT LUẬN

1. Kiến thức về bệnh VGB và phòng lây truyền VGB từ mẹ sang con của ĐTNC ở mức thấp, ĐKTTB đạt 24% so với ĐMĐ, xếp loại kiến thức của đối tượng hầu hết ở mức kém 96,6%. Hầu hết ĐTNC (84,6%) có mong muốn được cung cấp thông tin về bệnh VGB và cách phòng lây truyền VGB từ mẹ sang con, qua kênh thông tin như Internet (37,9%), nhân viên y tế (28%).

2. Tỷ lệ đối tượng chủ động xét nghiệm phát hiện VGB thấp (36,4%), còn lại là xét nghiệm khi hiến máu, phá thai hoặc khi sinh con (40,9%). Tỷ lệ phụ nữ có kết quả âm tính với VGB thực hiện tiêm phòng vắc xin là 25,3%. Với những đối tượng được phát hiện mắc viêm gan B thì biện pháp phòng bệnh được áp dụng chủ yếu là tiêm chủng đầy đủ và đúng lịch vắc xin VGB

cho con (92,8%) trong chương trình tiêm chủng mở rộng, khám chuyên khoa truyền nhiễm trong thai kỳ để theo dõi tiến triển của bệnh (42,9%) và tìm hiểu các thông tin về việc phòng lây truyền viêm gan B cho trẻ (28,6%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hepatitis B (2016)**. [online] Available at: <http://www.who.int/campaigns/hepatitis-day/2016/en/>, [Accessed 16 December 2016]
2. **Phạm Song (2009)**. *Viêm gan virus B,C,D,A,E,GB cơ bản, hiện đại và cập nhật*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. **Nandita Perumal, Donald C Cole Hermann Z Quédrago et al (2013)**, *Healthy and nutrition knowledge, attitudes and practices of pregnant women attending and not attending ANC clinics in Western Kenya: a cross sectional analysis*, BMC pregnancy and Childbirth 2013, 13:146.
4. **Lê Thị Tài (2005)**, *Nghiên cứu giải pháp can thiệp nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành về sức khỏe môi trường của người dân tại một phường thuộc thị xã Phú Lý đang đô thị hóa*, Luận án Tiến sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, trang 53-54.
5. **Bộ y tế (2015)**, *Kế hoạch phòng chống viêm gan virus giai đoạn 2015- 2019*, Ban hành kèm theo quyết định 739/QĐ- BYT, ngày 5 tháng 3 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ y tế.
6. **Chu Thị Thu Hà (2002)**. *Xác định tỷ lệ mang HbsAg, HbeAg và kiến thức, thực hành về phòng chống viêm gan vi rút ở phụ nữ có thai tại quận Cầu Giấy- Hà Nội năm 2002*, Luận văn Thạc sỹ y tế công cộng Trường Đại học Y tế công cộng.
7. **Phí Đức Long (2014)**. *Đánh giá đáp ứng tạo kháng thể đối với vắc xin viêm gan B ở trẻ em có mẹ mang HBsAg*, Luận văn tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG NƯỚC SINH HOẠT NÔNG THÔN VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ LÀM Ô NHIỄM NƯỚC TẠI XÃ THỦY THANH, THỪA THIÊN HUẾ, NĂM 2017

Nguyễn Đình Minh Mẫn¹, Phùng Thị Thu Thủy¹
Nguyễn Thị Ngọc Lan¹, Trần Bá Thanh²

TÓM TẮT

Việc sử dụng các nguồn nước sinh hoạt không hợp vệ sinh gây nên những tác hại đến sức khỏe người dân, gia tăng các bệnh lý trong cộng đồng... Vấn đề cung cấp và sử dụng nước tại vùng nông thôn tiềm ẩn nhiều nguy cơ. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến hành phỏng vấn 800 hộ gia đình (HGD), lấy và phân tích 28 mẫu nước sinh hoạt đại diện tại tất cả thôn thuộc xã Thủy Thanh, tỉnh Thừa Thiên Huế, năm 2017. Kết quả: Tỷ lệ sử dụng, tỷ lệ có nguy cơ ô nhiễm các nguồn nước sinh hoạt tại HGD lần lượt: nước máy (100%; 70,1%); nước mưa (5,8%; 97,6%), nước bề mặt (4,1%; 97,0%), nước giếng đào (4,0%; 93,7%) và nước giếng khoan (1,6%; 38,5%). Trong 28 mẫu nước sinh hoạt, có 11/28 (39,3%) mẫu đạt theo tiêu chuẩn QCVN 02: 2009/BYT (trong đó: mẫu nước máy đạt 100%, nước mưa đạt 28,6% và không có mẫu nước giếng và nước bề mặt nào đạt tiêu chuẩn). Tìm thấy mối liên quan giữa nguy cơ làm ô nhiễm nguồn nước máy với gần chuồng chăn nuôi và phương pháp xử lý nước thải tại HGD ($p < 0,05$). Không tìm thấy mối liên quan giữa nước giếng đào, giếng khoan, nước bề mặt và nước mưa với các yếu tố khác.

Từ khóa: chất lượng nước, nước sinh hoạt, xã Thủy Thanh.

SUMMARY

ASSESSMENT OF QUALITY OF RURAL WATER AND RISK FACTORS INFECTING WATER POLLUTION IN THUY THANH COMMUNE, THUA THIEN HUE, 2017

The use of polluted water sources causes harms to the health of the people, increases the morbidity in the community... There are highly potential risks of water supplying and usage in rural areas. Cross-sectional study design interviewing with 800 households collected and analyzed 28 representative samples of domestic water in all villages in Thuy Thanh commune, ThuaThien Hue province, 2017. Result: the rate of using, the rate of polluting water sources in households were respectively: tap-water (100%; 70,1%); running water (5,8%; 97,6%), surface water (4.1%, 97.0%), well-drilling water (4.0%, 93.7%) and well-digging

water (1,6%; 38.5%). Of 28 domestic water samples, there were 11/28 (39.3%) of samples meeting QCVN 02: 2009/BYT standards (in which: tap water was 100%, rainwater was 28.6%, neither well water nor surface water meets the standards). Correlation between risk of polluting the tap water with the cages and the method of treating wastewater at household ($p < 0.05$) was found. No relationship was found between well water, wells, surface water and rainwater with other factors.

Keywords: water quality, domestic water, Thuy Thanh commune.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nước sạch là ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống của con người. Việc sử dụng các nguồn nước không hợp vệ sinh gây nên những tác hại sức khỏe cũng như làm tăng tỷ lệ mắc bệnh về tiêu hóa, da liễu, mắt trong cộng đồng... Vấn đề cung cấp nước và sử dụng nước khác nhau ở từng vùng, khu vực và quốc gia. Theo Tổ chức Y tế thế giới (2017), sử dụng nước bị ô nhiễm là nguyên nhân lây truyền các bệnh như tả, tiêu chảy, lỵ, viêm gan A, thương hàn và bại liệt. Hằng năm, có khoảng 2,2 triệu người chết vì tiêu chảy, trong đó 90% số người tử vong là trẻ em. Tại Việt Nam, theo đánh giá của Bộ Y tế và Bộ Nông nghiệp và Phát triển nông thôn, trung bình mỗi năm có khoảng 9.000 người chết vì nguồn nước và điều kiện vệ sinh kém, trên 100.000 trường hợp mắc ung thư mới phát hiện mà một trong những nguyên nhân chính là do sử dụng nguồn nước ô nhiễm [7].

Đặc biệt, tại vùng nông thôn hiện nay, còn rất nhiều nguồn nước sinh hoạt không hợp vệ sinh cũng như một số yếu tố nguy cơ ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng nước gây ảnh hưởng xấu đến sức khỏe của người dân. Thực trạng sử dụng nước là một trong những thông tin căn bản phản ánh tình hình vệ sinh môi trường, tình trạng sức khỏe, đời sống của người dân. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm xác định thực trạng về các loại nguồn nước, chất lượng nước sinh hoạt tại xã Thủy Thanh, tỉnh Thừa Thiên Huế và tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ làm ô nhiễm nguồn nước tại địa bàn. *Nghiên cứu với 2 mục tiêu:*

1. *Xác định thực trạng về các loại nguồn nước, chất lượng nước sinh hoạt tại xã Thủy*

¹Khoa Y tế công cộng, trường Đại học Y Dược Huế, Đại học Huế

²Khoa sức khỏe môi trường – trường học, trung tâm y học dự phòng tỉnh Thừa Thiên Huế

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Minh Mẫn

Email: minhmskmt@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2018

Ngày phản biện khoa học: 7.5.2018

Ngày duyệt bài: 14.5.2018

Thanh, tỉnh Thừa Thiên Huế.

2. Tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ làm ô nhiễm nguồn nước tại đây.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

- Nguồn nước đang được sử dụng cho mục đích sinh hoạt tại các HGD của xã Thủy Thanh, Thừa Thiên Huế.

- Chủ hộ gia đình hoặc thành viên khác trong gia đình từ 18 tuổi trở lên.

- Mẫu nước sinh hoạt tại các thôn của xã Thủy Thanh, Thừa Thiên Huế.

2.2 Địa bàn nghiên cứu: Tại tất cả các thôn của xã Thủy Thanh, tỉnh Thừa Thiên Huế.

2.3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 6/2017 đến tháng 12/2017.

2.4 Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng tỷ lệ: khoảng 400 HGD. Để làm tăng tính chính xác của nghiên cứu chúng tôi chọn số mẫu thực tế: $400 \times 2 = 800$ HGD.

- Phương pháp lấy mẫu: chọn mẫu ngẫu nhiên nhiều giai đoạn.

+ Giai đoạn 1: Chọn xã Thủy Thanh, liệt kê danh sách tất cả thôn của xã Thủy Thanh.

+ Giai đoạn 2: Ở mỗi thôn, lập danh sách tất cả các HGD trên địa bàn thôn, chọn ngẫu nhiên 800 HGD từ danh sách vào mẫu nghiên cứu, tùy theo kích cỡ thôn mà chọn mẫu theo tỷ lệ.

- Chủ hộ gia đình hoặc thành viên khác trong gia đình từ 18 tuổi trở lên đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Trong nghiên cứu này, thiết kế lấy mẫu và

phân tích mẫu nước sinh hoạt tại địa bàn nghiên cứu bao gồm 4 loại nguồn nước: nước máy, nước giếng, nước bề mặt, nước mưa; mỗi thôn 4 mẫu nước. Sẽ có 4 mẫu nước x 9 thôn = 36 mẫu nước. Thực tế: chỉ lấy 28 mẫu nước (do một số thôn không dùng nước giếng và nước bề mặt).

2.5. Kỹ thuật thu thập thông tin

- Bộ câu hỏi phỏng vấn HGD được thiết kế dựa trên mục tiêu nghiên cứu có nội dung gồm 2 phần (phần 1: Thông tin chung về đối tượng và gia đình; phần 2: Đặc điểm nguồn nước sinh hoạt đang được sử dụng)

- Bảng kiểm đánh giá nguy cơ gây ô nhiễm nguồn nước sinh hoạt (theo 4 loại nguồn nước: nước máy, nước giếng, nước bề mặt, nước mưa) tại HGD theo thông tư số 50/2015/TT-BYT ngày 11/12/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế [2].

- Mẫu nước máy được lấy tại vòi của các hộ gia đình. Mẫu nước mưa được lấy tại các dụng cụ chứa nước. Mẫu nước giếng, nước bề mặt được lấy trực tiếp tại nguồn. Các mẫu nước được bảo quản trong chai PE sạch. Mẫu lấy được bảo quản và phân tích tại phòng thí nghiệm Khoa Y tế công cộng, trường Đại học Y Dược Huế. Do điều kiện phòng thí nghiệm, chúng tôi chỉ phân tích mẫu nước sinh hoạt dựa trên các chỉ tiêu 7/10 đánh giá tại HGD trong QCVN 02/2009/BYT [1].

2.6. Xử lý số liệu: Nhập số liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích số liệu bằng SPSS 15.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm của người được phỏng vấn

Bảng 1. Đặc điểm người được phỏng vấn (n=800)

	Nội dung	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	18 – 60	580	72,5
	> 60	220	27,5
Giới	Nam	385	48,1
	Nữ	415	51,9
Tôn giáo	Có (Phật giáo, Thiên Chúa giáo)	226	28,3
	Không theo tôn giáo	574	71,7
Trình độ học vấn	≤ Trung học cơ sở	591	73,9
	≥ Trung học phổ thông	209	26,1
Nghề nghiệp	Nông dân	355	44,4
	Công nhân	139	17,4
	Buôn bán	86	10,8
	Nội trợ	53	6,6
	Cán bộ công chức	53	6,6
	Hưu trí, già cả	100	12,5
	Khác	14	1,8
Kinh tế gia đình	Nghèo, cận nghèo	44	5,5
	Không nghèo	756	94,5

Khoảng 3/4 người được phỏng vấn ở nhóm tuổi từ dưới 60 tuổi, trình độ học vấn từ trung học cơ

sở trở xuống. Tỷ lệ Nam/nữ xấp xỉ 1/1. Gần 1/3 đối tượng nghiên cứu theo tôn giáo. Tỷ lệ lao động chân tay chiếm tỷ lệ cao, trong khi đó cán bộ công chức chỉ chiếm 6,6%. Mức kinh tế hộ gia đình có 5,5% ở mức nghèo và cận nghèo.

3.1.2. Loại hình cung cấp nước tại HGD và đánh giá nguy cơ gây ô nhiễm nguồn nước sinh hoạt theo thông tư 50/2015/TT-BYT

Bảng 2. Loại hình cung cấp nước tại HGD (n=800)

Loại hình cung cấp nước	Chưa có nguy cơ	Có nguy cơ	Nguy cơ cao	Tổng
Nước máy	239 (29,9%)	324 (40,5%)	237 (29,6%)	800(100%)
Giếng đào	2 (6,3%)	14 (43,7%)	16 (50,0%)	32 (100%)
Giếng khoan	8 (61,5%)	2 (15,4%)	3 (23,1%)	13 (100%)
Nước bề mặt	1 (3,0%)	12 (36,4%)	20 (60,6%)	33 (100%)
Nước mưa	1 (2,4%)	17 (41,5%)	23 (56,1%)	41 (100%)

Tất cả HGD đều sử dụng nước máy. Tỷ lệ sử dụng các nguồn nước khác thấp.

Đa số các nguồn nước đều có nguy cơ và nguy cơ cao bị ô nhiễm. Trong đó trên 50% nguồn nước giếng đào, nguồn nước bề mặt và nguồn nước mưa có nguy cơ cao.

Trong đó: - Có hơn 40% nguồn nước máy có nguy cơ ô nhiễm và gần 30% có nguy cơ ô nhiễm cao. Yếu tố nguy cơ gây ô nhiễm nguồn nước có tỷ lệ cao nhất là thiếu nắp đậy, chiếm gần 37%.

- Hơn 40% nguồn nước giếng đào có nguy cơ bị ô nhiễm và 50% nguồn nước là có nguy cơ cao. Yếu tố nguy cơ gây ô nhiễm nguồn nước cao nhất là dụng cụ lấy nước bị bẩn hoặc bị đặt trên nền giếng có tỷ lệ 46,9%.

- Hơn 15% nguồn nước giếng khoan có nguy cơ bị ô nhiễm và có 23,1% nguồn nước có nguy cơ cao. Yếu tố nguy cơ gây ô nhiễm cao nhất là thiếu sân giếng hoặc sân giếng bị nứt, vỡ có tỷ lệ 61,5%.

- Gần 40% nguồn nước bề mặt có nguy cơ bị ô nhiễm và có 60,6% nguồn nước có nguy cơ cao. Yếu tố nguy cơ gây ô nhiễm cao nhất là gia súc hoặc gia cầm hoặc vật nuôi khác đến tắm, uống nước có tỷ lệ 75,8%.

- Hơn 40% nguồn nước mưa có nguy cơ bị ô nhiễm và có 56,1% nguồn nước có nguy cơ cao. Yếu tố nguy cơ gây ô nhiễm cao nhất là mái hứng nước mưa (nếu có) có làm bằng fibro xi măng và thiếu hộp hoặc ga ngăn rác có tỷ lệ 53,7%.

3.1.3. Chất lượng nước sinh hoạt tại xã Thủy Thanh theo QCVN 02:2009/BYT

Bảng 3. Chất lượng nước sinh hoạt tại xã Thủy Thanh theo QCVN 02:2009/BYT (n=28)

Tên chỉ tiêu	Đơn vị tính	Giới hạn cho phép	Mẫu nước máy		Mẫu nước giếng		Mẫu nước bề mặt		Mẫu nước mưa		Tổng cộng	
			Đạt	Không đạt	Đạt	Không đạt	Đạt	Không đạt	Đạt	Không đạt	Đạt	Không đạt
Màu sắc	TCU	15	9	0	4	2	3	3	6	1	22	6
Mùi vị		Không có mùi vị lạ	9	0	4	2	4	2	6	1	23	5
Độ đục	NTU	5	9	0	5	1	3	3	6	1	23	5
pH		6,0- 8,5	9	0	6	0	6	0	7	0	28	0
Hàm lượng Sắt tổng số	mg/l	0,5	9	0	2	4	0	6	7	0	18	10
Chỉ số Pecmanganat	mg/l	4	9	0	6	0	5	1	6	1	26	2
Coliform tổng số	Vi khuẩn/100ml	150	9	0	1	6	0	6	2	5	12	16

Các chỉ tiêu có tỷ lệ 28 mẫu nước nằm trong giới hạn cho phép cao nhất là màu sắc, mùi vị, độ đục, pH và chỉ số Pecmanganat.

Hai chỉ tiêu có tỷ lệ mẫu nước đạt thấp là hàm lượng Sắt tổng số và Coliform tổng số.

3.2. Môi liên quan giữa các nguồn nước máy có nguy cơ bị ô nhiễm với đặc điểm chung của người được phỏng vấn và đặc điểm của HGD tại địa bàn nghiên cứu

3.2.1. Môi liên quan giữa nguồn nước máy có nguy cơ bị ô nhiễm với đặc điểm chung của người được phỏng vấn tại địa bàn nghiên cứu

Bảng 4. Mỗi liên quan giữa nguồn nước máy có nguy cơ bị ô nhiễm với đặc điểm chung của người được phỏng vấn tại địa bàn nghiên cứu (n= 800)

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu		Nguy cơ ô nhiễm nước máy				p
		Có		Không		
Tuổi	18 – 60	394	(67,9%)	186	(32,1%)	< 0,05
	>60	167	(75,9%)	53	(24,1%)	
TĐHV	≤ THCS	421	(71,2%)	170	(28,8%)	
	≥ THPT	140	(67,0%)	69	(33,0%)	
Nghề nghiệp	Nông dân	264	(74,4%)	91	(25,6%)	
	Nghề khác	297	(66,7%)	148	(33,3%)	
Tình trạng kinh tế	Nghèo, cận nghèo	36	(81,8%)	8	(18,2%)	
	Không nghèo	525	(69,4%)	231	(30,6%)	
Tình trạng bệnh tật của người dân	Có mắc bệnh	134	(80,2%)	33	(19,8%)	
	Không mắc bệnh	427	(67,5%)	206	(32,5%)	

Có mỗi liên quan giữa nguồn nước máy có nguy cơ bị ô nhiễm với tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng kinh tế và tình trạng bệnh tật của HGD

3.2.2. Mỗi liên quan giữa các nguồn nước máy có nguy cơ bị ô nhiễm với đặc điểm của hộ gia đình tại địa bàn nghiên cứu

Bảng 5. Nguồn nước máy có nguy cơ bị ô nhiễm với đặc điểm của hộ gia đình (n= 800)

Đặc điểm của hộ gia đình		Nguy cơ ô nhiễm nước máy				p
		Có		Không		
Có chuồng chăn nuôi	Có	255	(72,0%)	99	(28,0%)	< 0,05
	Không	306	(68,6%)	140	(31,4%)	
Phương pháp xử lý nước thải	Thải trực tiếp (vườn, ao hồ)	420	(72,9%)	156	(27,1%)	
	Qua xử lý (hệ thống công cộng, cống thải)	141	(62,9%)	83	(37,1%)	

Có mỗi liên quan giữa nguồn nước máy có nguy cơ bị ô nhiễm với tình trạng có chuồng chăn nuôi gia súc, gia cầm và phương pháp xử lý nước thải của hộ gia đình ($p < 0,05$).

3.3. Mỗi liên quan giữa các nguồn nước khác (nước giếng khoan, giếng đào, nước bề mặt, nước mưa) có nguy cơ bị ô nhiễm với đặc điểm chung của người người được phỏng vấn và đặc điểm của hộ gia đình tại địa bàn nghiên cứu: Không tìm thấy mỗi liên quan giữa nước giếng đào, giếng khoan, nước bề mặt và nước mưa có nguy cơ bị ô nhiễm với các yếu tố khác.

IV. BÀN LUẬN

- 100% HGD đều sử dụng nước máy, tỷ lệ sử dụng các nguồn nước khác thấp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với nghiên cứu của Lê Hoàng Ninh và cộng sự (2014), tỷ lệ sử dụng nước tại huyện Thanh Hóa, Long An lần lượt là: giếng khoan (40,8%), nước cấp theo đường ống (20,8%), nguồn nước mưa và nước bề mặt (nước sông, ao, hồ) có tỷ lệ sử dụng tương đương nhau (19,2%) [4]. Theo QCVN 02:2009/BYT [1]: 11/28 (39,3%) mẫu đạt theo tiêu chuẩn trong đó 100% mẫu nước máy và 28,6% mẫu nước mưa đạt chất lượng về cả 3 chỉ điểm lý, hóa, vi sinh. Không có mẫu nước giếng và nước bề mặt nào đạt chất lượng.

- Bảng 2 cho thấy: Theo bảng kiểm đánh giá nguy cơ gây ô nhiễm nguồn nước sinh hoạt tại HGD theo thông tư số 50/2015/TT-BYT [2]: Đa số các nguồn nước đều có nguy cơ và nguy cơ cao bị ô nhiễm. Trong đó trên 50% nguồn nước giếng đào, nguồn nước bề mặt và nguồn nước mưa có nguy cơ cao. Mặc dù 100% mẫu nước máy đạt tiêu chuẩn, tuy nhiên vẫn có 70,1% nguồn nước máy có nguy cơ bị ô nhiễm, ở đây chính là nguy cơ ô nhiễm sau vòi, mà điều này chủ yếu phụ thuộc vào ý thức giữ gìn vệ sinh của các hộ gia đình sử dụng nước máy còn chưa cao, tiêu biểu như dụng cụ chứa nước thiếu nắp đậy, không có xà phòng rửa tay, không có rãnh thoát nước xung quanh nguồn nước. Kết quả cho thấy có mỗi liên quan giữa nguồn nước máy có nguy cơ bị ô nhiễm với tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng kinh tế, tình trạng bệnh tật của người dân, tình trạng có chuồng chăn nuôi gia súc, gia cầm và phương pháp xử lý nước thải của hộ gia đình. Đây có yếu tố nguy cơ cần chú trọng khi tiến hành truyền thông giáo dục sức khỏe cho HGD tại địa phương.

- Bảng 3 cho thấy: 100% mẫu nước máy được xét nghiệm đều đạt các chỉ tiêu theo tiêu chuẩn QCVN 02: 2009. Điều này chứng tỏ chất lượng nguồn nước sinh hoạt đang được sử dụng chủ yếu tại địa phương là khá tốt. Tuy nhiên,

chúng tôi nhận thấy nguồn nước máy lại có nguy cơ ô nhiễm đến 70,1%, chúng tôi đây là nguy cơ ô nhiễm sau vòi mà nguyên nhân chính là do ý thức giữ gìn vệ sinh nguồn nước của người dân chưa cao. Đây là một yếu tố quan trọng cần chú ý trong công tác tuyên truyền giáo dục sức khỏe đến người dân tại địa phương.

- Không có mẫu nước giếng và nước bề mặt nào đạt chất lượng và chỉ có 28,6% mẫu nước mưa đạt chất lượng theo quy chuẩn QCVN 02:2009/BYT. Các chỉ điểm có tỷ lệ nước giếng không đạt chủ yếu là hàm lượng Sắt tổng số và Coliform tổng số. Các chỉ điểm có tỷ lệ nước bề mặt không đạt chủ yếu là màu sắc, mùi vị, hàm lượng Sắt tổng số và Coliform tổng số. Hai chỉ điểm mà các mẫu nước mưa không đạt chủ yếu là chỉ số Pecmanganat và Coliform tổng số.

- Nhìn chung, có 11/28 mẫu nước sinh hoạt, chiếm tỷ lệ 39,3%, đạt chất lượng theo QCVN 02:2009/BYT. Về các chỉ tiêu được xét nghiệm, có 78,6% mẫu nước đạt chất lượng về màu sắc và 82,1% mẫu nước đạt chất lượng về mùi vị. Về độ đục, có 82,1% mẫu nước có kết quả nằm trong mức cho phép. Nước đục gây cảm giác khó chịu về mặt cảm quan, hiệu lực khử trùng nước sẽ bị giảm mạnh khi nước có độ đục tăng cao[3]. Theo QCVN 02:2009/BYT, nước phục vụ cho ăn uống có pH trong khoảng từ 6 - 8,5; nếu sử dụng nguồn nước có pH quá cao sẽ dẫn đến viêm mắt, viêm da... những người có cơ địa nhạy cảm có thể bị viêm dạ dày, ruột. Với nguồn nước có pH quá thấp có thể gây viêm biểu mô, ăn mòn đường ống dẫn nước bằng kim loại. Theo kết quả nghiên cứu, 100% mẫu nước đều có độ pH đạt chuẩn. Về chỉ tiêu hàm lượng Sắt tổng số, chỉ có 64,3% mẫu nước ở mức quy định. Về chỉ số Pecmanganat, đây là chỉ tiêu gián tiếp cho biết mức độ ô nhiễm hữu cơ của các nguồn nước, chỉ số này càng cao thì mức độ ô nhiễm của nguồn nước càng lớn. Có 92,9% mẫu nước đạt chất lượng về chỉ số Pecmanganat. Bên cạnh đó, từ bảng 3, chúng tôi nhận thấy tất cả các mẫu nước máy đều có giá trị Coliform tổng số trong mức cho phép, kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của Trần Minh Sự và cộng sự về thực trạng vệ sinh các nguồn nước sinh hoạt tại một số xã ven biển huyện Phú Vang, tỉnh Thừa Thiên Huế năm 2015 [6]. Đa số các nguồn nước còn lại đều có giá trị Coliform tổng số vượt mức cho phép. Kết quả chỉ ra có 12/28 mẫu nước, chiếm tỷ lệ 66,7% đạt tiêu chuẩn cho phép. Với sự hiện diện của Coliform tổng số ở các mẫu nước giếng, nước bề mặt, nước mưa chúng tôi nguồn nước này đã bị nhiễm bẩn bởi các

vi khuẩn như Escherichia Coli, Klebsiela, Enterobacter, Citrobacter. Việc sử dụng các nguồn nước này cho mục đích sinh hoạt là yếu tố nguy cơ gây ảnh hưởng đến sức khỏe người dân.

Nghiên cứu chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa nước giếng đào, giếng khoan, nước bề mặt và nước mưa có nguy cơ bị ô nhiễm với các yếu tố khác. Có thể do tỷ lệ HGD sử dụng rất thấp các nguồn nước này (nước mưa (5,8%), nước bề mặt (4,1%), giếng đào (4,0%), giếng khoan (1,6%)).

V. KẾT LUẬN

5.1. Thực trạng về các loại nguồn nước, chất lượng nước sinh hoạt tại xã Thủy Thanh, tỉnh Thừa Thiên Huế.

- Tất cả hộ gia đình đều sử dụng nước máy (100%), một số khác là nước mưa (5,1%), nước bề mặt (4,1%), giếng đào (4%), giếng khoan (1,6%).

- Các nguồn nước đều có nguy cơ và nguy cơ cao bị ô nhiễm, trong đó: 70,1% nguồn nước máy; 97,6% nguồn nước mưa; 97,0% nguồn nước bề mặt; 93,7% nguồn nước giếng đào; 38,5% nguồn nước giếng khoan.

- Chất lượng các mẫu nước (n = 28): 11/28 (39,3%) mẫu đạt theo quy chuẩn QCVN 02:2009/BYT trong đó có 100% mẫu nước máy và 28,6% mẫu nước mưa đạt chất lượng theo quy chuẩn QCVN 02:2009/BYT. Không có mẫu nước giếng và nước bề mặt nào đạt chất lượng theo tiêu chuẩn QCVN 02:2009/BYT.

5.2. Một số yếu tố nguy cơ làm ô nhiễm nguồn nước tại xã Thủy Thanh, tỉnh Thừa Thiên Huế.

- Theo thông tư số: 50/2015/TT-BYT: Nước máy: yếu tố nguy cơ cao nhất thiếu nắp đậy (37%); Nước giếng đào có yếu tố nguy cơ cao nhất là dụng cụ; lấy nước bị bẩn hoặc bị đặt trên nền giếng (46,9%); Nước giếng khoan có yếu tố nguy cơ cao nhất là thiếu sân giếng hoặc sân giếng bị nứt, vỡ (61,5%); Nước bề mặt có yếu tố nguy cơ cao nhất là gia súc hoặc gia cầm hoặc vật nuôi khác đến tắm, uống nước (75,8%).

- Có mối liên quan giữa nguồn nước máy có nguy cơ bị ô nhiễm với tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng kinh tế, tình trạng bệnh tật của người dân, tình trạng có chuồng chăn nuôi gia súc, gia cầm tại hộ gia đình và phương pháp xử lý nước thải của hộ gia đình tại địa bàn nghiên cứu.

- Không tìm thấy mối liên quan giữa nước giếng đào, giếng khoan, nước bề mặt và nước mưa có nguy cơ bị ô nhiễm với các yếu tố khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2009), QCVN 02:2009/BYT. Quy chuẩn kỹ thuật quốc gia về chất lượng nước sinh hoạt. Nxb Khoa học Kỹ thuật Hà Nội 2009.
2. Bộ Y tế (2015), Quy định việc kiểm tra vệ sinh, chất lượng nước ăn uống, sinh hoạt 2015. Thông tư số: 50/2015/TT-BYT.
3. Lê Đình Minh (2006), "Nước và vệ sinh nước", *Sức khỏe môi trường*, Sách dùng đào tạo cử nhân y tế công cộng, Bộ Y tế, Nxb Y học, Hà Nội, tr. 157.
4. Lê Hoàng Ninh, Đỗ Khắc Cúc, Đặng Ngọc Chánh, Nguyễn Trần Bảo Thanh (2014), "Khảo sát chất lượng nước sinh hoạt nông thôn và đánh giá các yếu tố nguy cơ ô nhiễm ảnh hưởng đến nguồn nước tại huyện Thanh Hóa, tỉnh Long An", *Tạp chí y học TP Hồ Chí Minh*, tập 18, phụ bản số 6, tr. 35 – 40.
5. Lê Quang Minh (2016), "Điều kiện vệ sinh và chất lượng nước sinh hoạt tại các trạm cấp nước tập trung tỉnh Hà Nam năm 2016", *Tạp chí Y học dự phòng*, 27(2), tr. 184-189.
6. Trần Minh Sự, Nguyễn Minh Trí (2015), *Thực trạng vệ sinh các nguồn nước sinh hoạt tại một số xã ven biển huyện Phú Vang, tỉnh Thừa Thiên Huế*, Trung tâm Y tế huyện Phú Vang, Thừa Thiên Huế.
7. Sở Y tế Hà Nội (2017), *Ô nhiễm môi trường nước và một số vấn đề về sức khỏe*, <http://soyte.hanoi.gov.vn/>, ngày cập nhật 23/3/2017.

TRẦM CẢM, LO ÂU, STRESS Ở ĐIỀU DƯỠNG VÀ HỘ SINH BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG NĂM 2017

Nguyễn Thùy Trang¹, Nguyễn Ngọc Anh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu cắt ngang nhằm mô tả tỷ lệ trầm cảm, lo âu, stress ở điều dưỡng và nữ hộ sinh Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2017. **Phương pháp:** Số liệu thu thập qua phỏng vấn bằng bộ câu hỏi tự điền theo thang đo DASS 21 với 424 điều dưỡng và hộ sinh. **Kết quả:** Tỷ lệ trầm cảm, lo âu, stress ở điều dưỡng và hộ sinh Bệnh viện Phụ Sản Trung ương lần lượt là: 13%, 27,1% và 11,8%. Tỷ lệ trầm cảm, lo âu, stress theo nhóm điều dưỡng, hộ sinh lần lượt là: trầm cảm (12,3% và 13,7%), lo âu (26% và 28,3%), stress là 11,9% và 11,7%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ stress, lo âu, trầm cảm giữa nhóm điều dưỡng và hộ sinh của Bệnh viện. Chia theo mức độ nhẹ, vừa, nặng, rất nặng: trầm cảm (5,9%, 5,9%, 1% và 0,2%), lo âu (9,9%, 13%, 2,6% và 1,6%) và stress (5,4%, 5,4%, 0,7% và 0,2%). **Kết luận:** Vấn đề trầm cảm, lo âu và stress ở điều dưỡng và nữ hộ sinh là vấn đề sức khỏe cần tiếp tục quan tâm để có biện pháp giảm thiểu.

Từ khóa: Trầm cảm, lo âu, stress; Sức khỏe tâm thần

SUMMARY

DEPRESSION, ANXIETY, STRESS OF NURSES AND MIDWIVES IN NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY IN 2017

Objectives: A cross-sectional study was applied to describe the percentage of depression, anxiety and stress in nurses and midwives of the National Hospital of Obstetrics and Gynecology in 2017. **Methods:** Data were collected through filling interview questionnaires

by the DASS 21 scale with 424 nurses and midwives. **Results:** Depression, anxiety, stress in nursing and midwifery of the National Hospital of Obstetrics and Gynecology were 13%, 27.1% and 11.8%, respectively. Depression, anxiety, stress in nursing and midwifery groups were: depression (12.3% and 13.7%), anxiety (26% and 28.3%), stress was 11.9% and 11.7%. There were no statistically significant differences in the percentage of stress, anxiety, and depression between the nursing and midwifery groups of The hospital. There are four levels of depression, anxiety and stress are mild, moderate, severe and higher-severe: depression (5.9%, 5.9%, 1% and 0.2%), anxiety (9.9%, 13%, 2.6% and 1.6%) and stress (5.4%, 5.4%, 0.7% and 0.2%). **Conclusion:** Depression, anxiety and stress in nurses and midwives is the mental health problem, that should continue to be a concern for mitigation.

Key words: depression, anxiety, stress; mental health, nurse, midwives

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sức khỏe cho mọi người là mục tiêu lớn, mục tiêu chiến lược của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), và nhiều quốc gia trong đó có Việt Nam, đây cũng là thước đo chung cho một xã hội văn minh. Sức khỏe tâm thần gắn liền với sức khỏe thể chất và ngày càng khẳng định vai trò quan trọng trong việc nâng cao chất lượng sống cho mọi người [1].

Trong các vấn đề về sức khỏe tâm thần thì trầm cảm, lo âu và stress là các vấn đề phổ biến hiện nay. Có nhiều nguyên nhân gây trầm cảm, lo âu và stress, các nguyên nhân này có thể bắt nguồn từ gia đình, xã hội, môi trường và đặc biệt có sự liên quan đến các yếu tố trong công việc. Nhiều nghiên cứu cho thấy nhân viên y tế có tỷ lệ mắc trầm cảm, lo âu, stress liên quan đến công việc cao hơn các ngành khác. Nghiên cứu

¹Bệnh viện Phụ sản Trung ương

²Viện ĐT YHDP& YTCC, Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thùy Trang

Email: trang.pstw@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.3.2018

Ngày phản biện khoa học: 7.5.2018

Ngày duyệt bài: 11.5.2018

của Trần Thị Thúy (2011) tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội cho kết quả nhân viên y tế có biểu hiện trầm cảm, lo âu, stress lần lượt là 15,3%, 41,5% và 36,9% [2]; nghiên cứu của Ngô Thị Kiều My (2014) cho thấy tỷ lệ điều dưỡng, hộ sinh khối lâm sàng Bệnh viện Phụ Sản – Nhi Đà Nẵng mắc trầm cảm, lo âu và stress là 18,4%, 18,1% và 33,2% [3].

Bệnh viện Phụ Sản Trung ương là bệnh viện chuyên khoa hạng I, đứng đầu cả nước về lĩnh vực sản-phụ khoa. Trong những năm qua tình trạng quá tải tại Bệnh viện diễn ra liên tục, đồng thời người bệnh thường đến với Bệnh viện trong tình trạng nặng do tuyến dưới chuyển lên. Điều này đồng nghĩa với việc tăng gánh nặng cho nhân viên y tế, đặc biệt là đội ngũ điều dưỡng, hộ sinh của Bệnh viện, nhóm chiếm số lượng đông nhất, tham gia nhiều nhất vào hoạt động chăm sóc người bệnh tại Bệnh viện. Điều dưỡng, hộ sinh là đối tượng thường xuyên làm việc trong môi trường áp lực cao, làm việc cả ngày lẫn đêm, quá trình làm việc của họ thường đối mặt với những nguy cơ lây nhiễm từ bệnh tật, phản ứng từ người bệnh, người nhà bệnh nhân... Để có các biện pháp hỗ trợ chăm sóc sức khỏe điều dưỡng và hộ sinh Bệnh viện Phụ sản Trung ương, đề tài đã được thực hiện với mục tiêu: *Xác định tỷ lệ stress ở điều dưỡng và hộ sinh Bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2017*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Điều dưỡng, hộ sinh công tác tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương trong thời gian thu thập số liệu và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: *Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.*

2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu cắt ngang xác định một tỷ lệ:

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

Trong đó: n = Cỡ mẫu tối thiểu cần thiết cho nghiên cứu; α = Lực của mẫu, với $\alpha = 0,05$ thì hệ số $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

p = 33,2% là tỷ lệ stress ở điều dưỡng, hộ sinh khối lâm sàng theo theo kết quả của Ngô Thị Kiều My [3]. q = 1-p = 0,668 và chọn d = 0,05, từ đó tính được n = 341.

Tổng số điều dưỡng và hộ sinh của Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2017 là 533 người. Vì vậy nhóm nghiên cứu lựa chọn phương pháp chọn mẫu chủ đích là toàn bộ đối tượng đủ điều kiện và đồng ý tham gia nghiên cứu. Thực tế đề tài đã phỏng vấn được 424 trường hợp đồng ý và đủ điều kiện tham gia nghiên cứu.

3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 10/2017 đến tháng 5/2018, thời gian thu thập số liệu tháng 11-12/2017.

4. Công cụ và phương pháp thu thập thông tin: Công cụ thu thập thông tin được sử dụng là thang đo DASS 21 đã được khuyến nghị sử dụng bởi Viện Sức khỏe tâm thần Quốc gia để đánh giá tình trạng trầm cảm, lo âu, stress [4].

Thu thập số liệu bằng phát phiếu điều tra để đối tượng nghiên cứu tự điền sau khi đã được giải thích và hướng dẫn cẩn thận chi tiết.

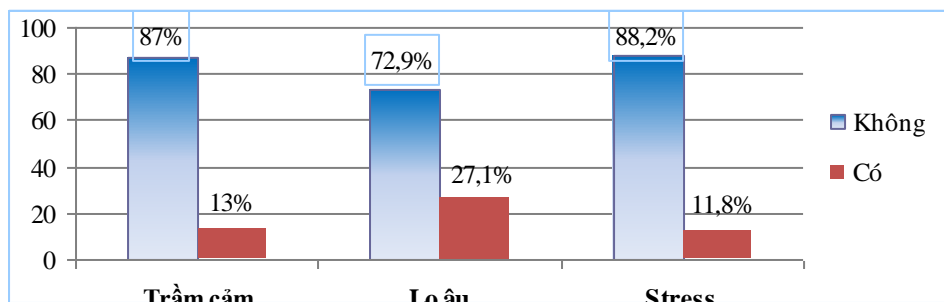
5. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu sau khi thu thập được làm sạch, nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và xử lý phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0.

6. Đạo đức trong nghiên cứu

- Nghiên cứu được thực hiện sau khi được thông qua Hội đồng chăm đề cương luận văn của Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng – Trường Đại học Y Hà Nội và được sự đồng ý của Bệnh viện Phụ Sản Trung ương.

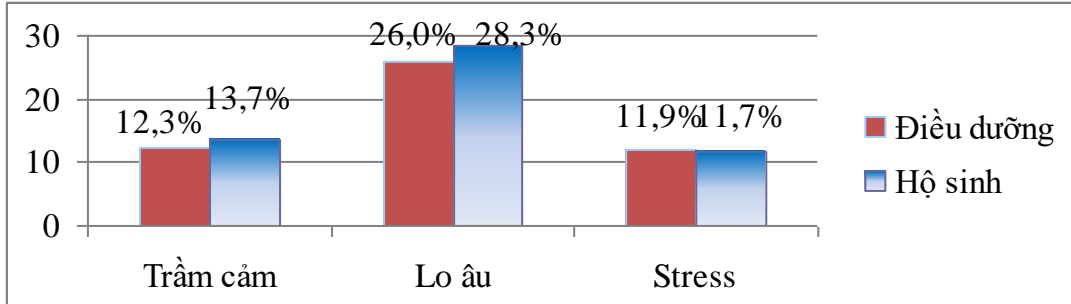
- Các đối tượng tham gia nghiên cứu được giải thích rõ ràng về mục đích của nghiên cứu và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Hình 3.1. Tỷ lệ trầm cảm, lo âu, stress ở điều dưỡng và hộ sinh

Hình 3.1 cho thấy lo âu chiếm tỷ lệ cao nhất ở điều dưỡng, hộ sinh Bệnh viện Phụ Sản Trung ương (27,1%), tiếp theo là trầm cảm chiếm 13%, thấp nhất là stress (11,8%).



Hình 3.2. Tỷ lệ trầm cảm, lo âu, stress theo nhóm đối tượng nghiên cứu (n = 424)

Qua hình 3.2 cho thấy hộ sinh có tỷ lệ trầm cảm 13,7%, cao hơn tỷ lệ 12,3% ở điều dưỡng. Tương tự, lo âu ở hộ sinh cũng cao hơn điều dưỡng (28,3% so với 26%). Tỷ lệ stress không khác nhau đáng kể ở hai nhóm: hộ sinh 11,7% và điều dưỡng 11,9%. Tuy nhiên sự khác biệt về tỷ lệ trầm cảm, lo âu, stress ở nhóm điều dưỡng và hộ sinh không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 3.1. Tỷ lệ trầm cảm, lo âu, stress theo vị trí công tác (n=424)

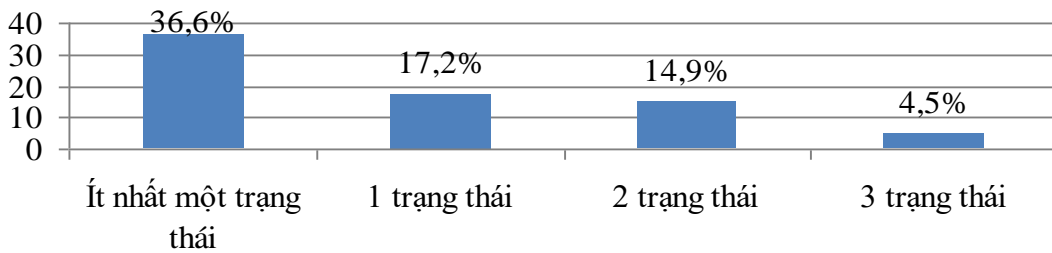
Nội dung	Trầm cảm			Lo âu			Stress		
	n	%	p	n	%	p	n	%	p
Lâm sàng	39	11,2	1	95	27,3	1	36	10,3	1
Cận lâm sàng	4	11,8	>0,05	7	20,6	>0,05	4	11,8	>0,05
Phòng ban	12	28,6	<0,01	13	31,0	>0,05	10	23,8	<0,05

Bảng 3.1 cho thấy tỷ lệ trầm cảm cao nhất ở nhóm điều dưỡng, hộ sinh công tác tại các phòng ban (28,6%), tỷ lệ này ở các khoa lâm sàng là 11,2%, các khoa cận lâm sàng là 11,2%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ trầm cảm ở điều dưỡng, hộ sinh khối phòng ban so với các khoa lâm sàng ($p < 0,05$).

Tỷ lệ lo âu cao nhất ở nhóm làm việc tại phòng ban, chiếm 27,3%, tiếp đến là nhóm lâm

sàng (27,3%), thấp nhất ở nhóm cận lâm sàng (20,6%). Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Nhóm điều dưỡng, hộ sinh công tác tại phòng ban có tỷ lệ stress cao hơn hẳn nhóm lâm sàng và cận lâm sàng: 23,8% so với 10,3% và 11,8%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ stress ở nhóm phòng ban và nhóm lâm sàng ($p < 0,05$).



Hình 3.3. Tỷ lệ điều dưỡng, hộ sinh có biểu hiện các trạng thái trầm cảm, lo âu, stress

Qua hình 3.3 cho thấy trong số 424 đối tượng tham gia nghiên cứu, tỷ lệ điều dưỡng và hộ sinh có ít nhất một biểu hiện rối loạn tâm thần (trầm cảm, lo âu, stress) là 36,6%. Trong đó: chỉ có duy nhất một biểu hiện là 17,2%, có hai biểu hiện là 14,9% và 4,5% đối tượng có cả ba biểu hiện trầm cảm, lo âu, stress.

Bảng 3.2. Tỷ lệ mức độ trầm cảm, lo âu, stress ở điều dưỡng và hộ sinh theo DASS 21

Nội dung	Trầm cảm		Lo âu		Stress	
	Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
Không mắc	369	87	309	72,9	374	88,2
Nhẹ	25	5,9	42	9,9	23	5,4
Vừa	25	5,9	55	13	23	5,4
Nặng	4	1,0	11	2,6	3	0,7

Rất nặng	1	0,2	7	1,6	1	0,2
Tổng	424	100	424	100	424	100

Bảng 3.2 cho thấy mức độ trầm cảm, lo âu, stress ở các đối tượng từ nhẹ đến rất nặng. Trầm cảm, mức độ vừa và nhẹ có tỷ lệ bằng nhau là 5,9%, tiếp đến là mức độ nặng chiếm tỷ lệ 1%, chỉ có 1 người trầm cảm rất nặng (0,2%). Tương tự, stress mức độ nhẹ và vừa đều là 5,4%, stress nặng 0,7% và có 1 trường hợp stress rất nặng (0,2%). Lo âu mức độ vừa chiếm tỷ lệ cao nhất (13%), tiếp theo là mức độ nhẹ, nặng và rất nặng (9,9%, 2,6%, 1,6%).

IV. BÀN LUẬN

Sử dụng thang đo DASS 21 đánh giá trên 424 điều dưỡng, hộ sinh của Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, nghiên cứu đã xác định được tỷ lệ trầm cảm, lo âu, stress lần lượt là 13%, 27,1% và 11,8%. Chia theo mức độ nhẹ, vừa, nặng và rất nặng cho thấy trầm cảm và stress có tỷ lệ giảm dần theo mức độ, lần lượt là: trầm cảm (5,9%, 5,9%, 1% và 0,2%), stress (5,4%, 5,4%, 0,7%, 0,2%). Đối với tình trạng lo âu, mức độ vừa chiếm tỷ lệ cao nhất (13%), tiếp theo là lo âu mức độ nhẹ (9,9%), lo âu mức độ nặng và rất nặng chiếm tỷ lệ thấp (2,6% và 1,6%).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi so với Asad Zandi thấp hơn, cả về tỷ lệ cũng như mức độ trầm cảm, lo âu, stress. Sự khác biệt này có thể giải thích bởi 2 nghiên cứu thực hiện ở hai địa điểm khác nhau, với sự khác biệt về môi trường, văn hóa. Đồng thời, cũng có thể do nghiên cứu của Asad Zandi thực hiện ở bệnh viện quân đội, nơi có tình kỷ luật khắt khe hơn cũng có thể là yếu tố gây căng thẳng nhiều hơn.

So sánh kết quả của nghiên cứu của chúng tôi với một số nghiên cứu sử dụng thang đo DASS để đánh giá tình trạng trầm cảm, lo âu, stress ở nhân viên y tế ở Việt Nam: Tỷ lệ stress trong nghiên cứu của Trần Thị Thúy cao hơn tỷ lệ của chúng tôi khoảng 3,2 lần (36,9% với 11,8%). Tương tự, tỷ lệ lo âu và trầm cảm cũng cao hơn kết quả của chúng tôi: lo âu (41,5% so với 27,1%), trầm cảm (15,3% so với 13%) [2]. Nghiên cứu của Trần Thị Thúy thực hiện tại Bệnh viện Ung bướu, với những đặc trưng khác nhau của ngành cũng có thể dẫn đến tỷ lệ trầm cảm, lo âu, stress ở mức độ cao hơn. Đồng thời, nghiên cứu của Trần Thị Thúy chỉ thực hiện trên đối tượng điều dưỡng khối lâm sàng trong khi chúng tôi nghiên cứu toàn bộ điều dưỡng, hộ sinh của Bệnh viện Phụ Sản Trung ương.

Khi phân tích tỷ lệ các rối loạn tâm thần theo nhóm điều dưỡng và hộ sinh cho kết quả: Tỷ lệ stress không khác nhau đáng kể ở hai

nhóm này (điều dưỡng 11,7% và hộ sinh 11,9%). Hộ sinh có tỷ lệ lo âu cao hơn điều dưỡng, tỷ lệ lần lượt là (28,3% và 26%), tương tự với trầm cảm (13,7% và 12,3%). Sự khác biệt về các tỷ lệ nêu trên không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). So sánh với kết quả của Ngô Thị Kiều My: tỷ lệ trầm cảm, lo âu, stress ở điều dưỡng lần lượt là 16,3%, 30,3%, 20,2%, còn ở hộ sinh tỷ lệ lần lượt là 21%, 37% và 15,4%. Cả hai nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ lo âu và trầm cảm ở hộ sinh cao hơn ở điều dưỡng. Mặc dù vậy, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ trầm cảm, lo âu, stress ở hai nhóm điều dưỡng và hộ sinh trong cả 2 nghiên cứu [3]. Có sự tương đồng này có thể do hai nghiên cứu đều thực hiện tại hai bệnh viện chuyên khoa Phụ Sản nên có nhiều điểm tương tự nhau về đặc trưng nghề nghiệp.

Khối hành chính có tỷ lệ trầm cảm, lo âu, stress cao nhất, tỷ lệ lần lượt là 28,6%, 31,0% và 23,8%. Nhóm lâm sàng có tỷ lệ lo âu cao hơn nhóm cận lâm sàng (27,3% so với 20,6%). Tỷ lệ trầm cảm và stress ở nhóm lâm sàng và cận lâm sàng không có nhiều khác biệt: trầm cảm (11,2% so với 11,8%), stress (10,3% so với 11,8%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ trầm cảm, tỷ lệ stress ở nhóm cán bộ phòng ban so với các khoa lâm sàng ($p < 0,05$).

Thông thường, mọi người cho rằng cán bộ y tế khối lâm sàng hàng ngày phải tiếp xúc bệnh nhân, đối mặt với nhiều tình huống phức tạp, làm việc căng thẳng cả ngày lẫn đêm, ... sẽ có nguy cơ mắc các rối loạn tâm thần nhiều hơn các cán bộ làm việc tại các vị trí khác trong bệnh viện. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả hoàn toàn trái ngược, tỷ lệ trầm cảm, lo âu, stress cao nhất ở điều dưỡng, hộ sinh khối phòng ban hành chính. Lý giải điều này, chúng tôi nghĩ đến một số khả năng sau: thu nhập của điều dưỡng và hộ sinh khu vực hành chính thấp hơn; đặc thù công việc khu vực hành chính đơn điệu; công việc khu vực hành chính khác biệt chuyên môn được đào tạo của điều dưỡng và hộ sinh. Kết quả này có phần phù hợp nghiên cứu của Trần Văn Thơ: điều dưỡng được phân công làm công việc chuyên môn đã được đào tạo là chăm sóc bệnh nhân có tỷ lệ stress thấp hơn điều dưỡng phải làm công việc ngoài chuyên môn. Những điều dưỡng phải làm các công việc khác như tiếp đón bệnh nhân hay sổ sách hành chính có nguy cơ stress gấp 2,78 lần những điều dưỡng khác (KTC: 1,47-5,26, $p < 0,05$) [7].

Kết quả nghiên cứu đã chỉ ra, trong số 424 điều dưỡng và hộ sinh tham gia nghiên cứu thì tỷ lệ có ít nhất 1 biểu hiện rối loạn tâm thần (trầm cảm, lo âu hoặc stress) là 36,6%. Trong số đó, chỉ có duy nhất 1 biểu hiện là 17,2%, có hai biểu hiện là 14,9% và thấp nhất là nhóm có cả 3 biểu hiện trầm cảm, lo âu, stress (chiếm 4,5%). So sánh với kết quả nghiên cứu của Ngô Thị Kiều My thấy kết quả của chúng tôi thấp hơn. Khác biệt này do nghiên cứu tại hai bệnh viện với những đặc trưng khác nhau của đối tượng nghiên cứu, đồng thời tỷ lệ trầm cảm, lo âu, stress trong nghiên cứu của Ngô Thị Kiều My cao hơn của chúng tôi, vì vậy cũng dễ dàng có tỷ lệ đối tượng có các biểu hiện tâm thần cao hơn.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trầm cảm, lo âu, stress ở điều dưỡng và hộ sinh Bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2017 lần lượt là: 13%, 27,1% và 11,8%.

Tỷ lệ trầm cảm, lo âu, stress theo nhóm điều dưỡng, hộ sinh lần lượt là: trầm cảm (12,3% và 13,7%), lo âu (26% và 28,3%), stress là 11,9% và 11,7%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ stress, lo âu, trầm cảm giữa nhóm điều dưỡng và hộ sinh của Bệnh viện.

Chia theo mức độ nhẹ, vừa, nặng, rất nặng: trầm cảm (5,9%, 5,9%, 1% và 0,2%), lo âu

(9,9%, 13%, 2,6% và 1,6%) và stress (5,4%, 5,4%, 0,7% và 0,2%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2013), "Investing in mental health: evidence action".
2. Trần Thị Thúy (2011), "Đánh giá trạng thái stress của cán bộ y tế khối lâm sàng bệnh viện Ung bướu Hà Nội năm 2011", *Luận văn Thạc sỹ Quản lý Bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng*.
3. Ngô Thị Kiều My (2014), "Đánh giá tình trạng stress, lo âu, trầm cảm của điều dưỡng và hộ sinh khối lâm sàng Bệnh viện Phụ Sản - Nhi Đà Nẵng năm 2014", *Luận văn Thạc sỹ Quản lý Bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng*.
4. Viện Sức khỏe tâm thần Quốc gia (2017), *Thang đo đánh giá lo âu - trầm cảm - stress (DASS 21)*, truy cập ngày 22/4/2017, tại trang web <http://nimh.gov.vn/trac-nghiem-tam-ly/28-cac-trc-nghim/151-thang-anh-gia-lo-au-trm-cm-stress-dass-21.html>.
5. Asad Zandi M, Sayari R, Ebadi A và các cộng sự. (2011), "Frequency of depression, anxiety and stress in military Nurses", *Iranian Journal of Military Medicine*, **13(2)**, tr. 103-108.
6. Đậu Thị Tuyết (2013), "Tình trạng stress, lo âu, trầm cảm ở cán bộ y tế khối lâm sàng tại Bệnh viện đa khoa thành phố Vinh và Bệnh viện đa khoa 115 Nghệ An năm 2013 và một số yếu tố liên quan", *Luận văn Thạc sỹ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội*.
7. Trần Văn Thơ (2017), "Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến stress nghề nghiệp ở điều dưỡng Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2017", *Luận văn Thạc sỹ Quản lý Bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội*.

NGHIÊN CỨU ĐẶC TÍNH MÔ BỆNH HỌC ĐỘNG MẠCH VỊ MẠC NỐI PHẢI SỬ DỤNG LÀM CẦU NỐI TRONG PHẪU THUẬT BẮC CẦU MẠCH VÀNH TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Đoàn Văn Phụng¹, Trần Quyết Tiến¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc tính cơ bản mô học và mô bệnh học của động mạch vị mạc nối phải (ĐVMNP) được sử dụng để làm cầu nối trong phẫu thuật bắc cầu mạch vành, các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến kết quả mô bệnh học của ĐVMNP tại khoa Hồi sức – Phẫu thuật Tim bệnh viện Chợ Rẫy. **Phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi thu thập các đoạn ở phần xa của ĐVMNP trên 74 bệnh nhân được phẫu thuật bắc cầu mạch vành có sử dụng loại mảnh ghép ĐVMNP làm cầu nối mạch vành. Tất cả các mẫu được gửi làm giải phẫu bệnh để phân tích các đặc tính cơ bản mô

học và mô bệnh học dưới kính hiển vi điện tử có ghi hình. Các đặc điểm về hình thái học như chiều dài, kích thước lòng trong, độ dày các lớp của ĐVMNP được đo đạc bằng kính hiển vi điện tử tại Khoa Giải phẫu bệnh, bệnh viện Chợ Rẫy. Mô bệnh học bao gồm tăng sinh nội mạc, xơ vữa động mạch và vôi hóa động mạch được đánh giá theo tiêu chuẩn của Hiệp Hội Xơ Vữa Động Mạch cải biến của Hoa Kỳ (AHA/ACC 2011). Các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến bệnh lý mô học của ĐVMNP được phân tích bằng thống kê y học. **Kết quả:** Độ dài trung bình các ĐVMNP là $23,9 \pm 3,3$ cm. Đường kính trung bình lòng trong của ĐVMNP ở phần xa là $1,85 \pm 0,69$ µm; độ dày trung bình lớp nội mạc là $70,1 \pm 40$ µm; độ dày trung bình lớp trung mạc là $210,5 \pm 110,3$ µm; độ dày toàn bộ thành động mạch trung bình là $298,6 \pm 121,3$ µm. Số sợi đàn hồi trong lớp trung mạc trung bình là $4,3 \pm 1,1$; số khoáng hờ của lớp màng đáy trung bình là $54 \pm 10,8$. Đặc điểm mô bệnh học ĐVMNP bao gồm tăng sinh nội mạc 56 mẫu (75,7%), nhưng đa số tăng

¹BV Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Văn Phụng

Email: doanvanphung@yahoo.com

Ngày nhận bài: 4.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2018

Ngày duyệt bài: 24.4.2018

sinh nội mạc nhẹ 94,6%. Các tổn thương nặng là xơ vữa động mạch và vôi hóa động mạch chiếm tần suất thấp lần lượt là 3 mẫu (4,1%) và 2 mẫu (2,7%). Kết quả phân tích mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và bệnh lý đi kèm của các bệnh nhân được lấy ĐMVMNP làm cầu nối đối với kết quả mô bệnh học của ĐMVMNP ghi nhận chỉ có yếu tố bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD) có ảnh hưởng làm tăng nguy cơ bệnh lý xơ vữa động mạch ở ĐMVMNP có ý nghĩa với OR = 35; khoảng tin cậy 95% (1,13–117) ($p < 0,025$). **Kết luận:** ĐMVMNP có độ dài phong phú, các đặc tính về mô học kích thước lòng trong rộng, thành động mạch mỏng, các tổn thương mô bệnh học động mạch hiếm xảy ra và ít chịu ảnh hưởng bởi các yếu tố nguy cơ cũng như bệnh lý đi kèm. Do đó, ĐMVMNP về đặc tính cơ bản phù hợp để làm cầu nối trong phẫu thuật bắc cầu động mạch vành.

Từ khóa: Phẫu thuật bắc cầu mạch vành, Động mạch vị mạc nối phải, Mô học

SUMMARY

STUDY OF HISTO-PATHOLOGY OF THE RIGHT GASTROEPIPLOIC ARTERY FOR USING CORONARY ARTERY BYPASS GRAFTING IN CHO RAY HOSPITAL

Objective: The aim of the present study was examined histology and histo-pathology properties of the right gastroepiploic artery (RGEA) for using the coronary artery bypass grafting (CABG) and analysis the risk factors for intimal hyperplasia, atherosclerosis, calcification of RGEA's histo-pathology. **Methods:** We obtained the distal segments of RGEA from 74 patients undergoing coronary bypass surgery and microscopically examined the transverse sections just distal to the most distal anastomoses. The histological and morphometric properties of RGEA were evaluated by electrically microscopy with camera. The histopathology included intimal hyperplasia, atherosclerosis, arterial calcification were defined by AHA/ACC 2011. The risk factors were examined using multivariate linear regression analysis. **Results:** The mean of RGEA's length was $23,9 \pm 3,3$ cm. The mean of lumen diameter at the most distal anastomosis was $1,85 \pm 0,69$ μ m; mean width of intima $70,1 \pm 40$ μ m; mean width of media $210,5 \pm 110,3$ μ m; mean wall thickness, $298,6 \pm 121,3$ μ m. The mean number of elastic lamellae in the media was $4,3 \pm 1,1$. The mean number of discontinuities in the circumferential internal elastic lamina was $54 \pm 10,8$. The histopathological properties of RGEA included: intimal hyperplasia in 56 segments (75,7%), but most of segments were mild intimal hyperplasia 94,6%. The severe pathological properties of RGEA with atherosclerosis, arterial calcification were found very rare 3 segments (4,1%) and 2 segments (2,7%) respectively. The results of risk factors associated with histo-pathological properties analysis were recorded that the chronic obstructive pulmonary disease (COPD) was independently associated with atherosclerosis damage OR = 35; confident rate 95% (1,13–117) ($p < 0,025$). **Conclusion:** The RGEA was very good length, histological properties with large lumen diameter, thin wall thickness. The severe

pathological properties of RGEA with atherosclerosis, arterial calcification were found very rare with less associated with risk factors. So, the RGEA was very suitable arterial graft using for CABG.

Key Words: Coronary bypass surgery, Right gastroepiploic artery, Histology

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật bắc cầu mạch vành điều trị bệnh lý hẹp mạch vành ngày càng trở nên phổ biến tại nhiều nước trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Việc lựa chọn vật liệu làm cầu nối là một trong các yếu tố quyết định sự thành công của PTBCMV [6]. Nghiên cứu các đặc tính cơ bản của vật liệu làm cầu nối bao gồm chiều dài, cấu trúc thành động mạch, bệnh lý mô học của động mạch trước khi ứng dụng làm cầu nối trong phẫu thuật bắc cầu động mạch vành là rất cần thiết nhằm mang lại hiệu quả tối ưu cho kết quả phẫu thuật [1],[5]. Động mạch vị mạc nối phải đã và đang sử dụng làm cầu nối mạch vành tại nhiều nước trên thế giới. Tuy nhiên, việc nghiên cứu loại cầu nối này tại Việt Nam chỉ mới bắt đầu tại BV Chợ Rẫy và chưa có nghiên cứu nào đánh giá về các đặc tính cơ bản của chúng. Từ những lý do trên, chúng tôi thực hiện "*Nghiên cứu đặc tính mô bệnh học của động mạch vị mạc nối phải sử dụng làm cầu nối trong PTBCMV*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

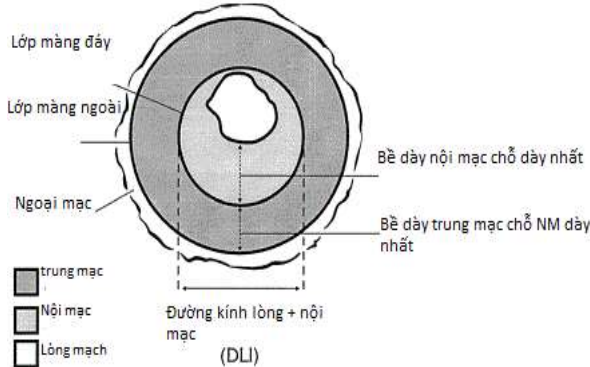
Thiết kế nghiên cứu: Quan sát-mô tả-cắt ngang
Mẫu nghiên cứu: 74 mẫu động mạch vị mạc nối phải ở phần đầu xa.

Tiến hành: + *Xử lý các đoạn động mạch VMNP và làm tiêu bản mô học:* Động mạch VMNP đã được phẫu tích, trước khi cắt làm miệng nối sẽ được đo chiều dài xem xét đủ để thực hiện miệng nối vành, sẽ được kẹp 2 clip, một ở đầu tận và một ở vị trí sẽ cắt làm miệng nối. Tiếp theo, mẫu này được cố định trong dung dịch formalin 10% trung tính từ 5 đến 7 ngày. Rửa lại một lần bằng nước muối sinh lý 0,9%. Khử nước trong các mẫu động mạch bằng cồn hay xylene. Cố định mẫu để cắt bằng paraffin. Cắt vi phẫu với độ dày thích hợp khoảng 1 μ m. Các mặt cắt được đặt lên 2 tiêu bản. Một tiêu bản sẽ được nhuộm Hematoxyllin –eosin (H-E), đánh giá tổn thương bệnh lý và tiêu bản còn lại nhuộm Trichrome để xác định cấu trúc mô học của động mạch, các sợi đàn hồi trong lớp trung mạc.

Các tiêu bản sẽ được quan sát dưới kính hiển vi quang học ở độ phóng đại 10X lần, 20X lần và 40X lần. Kính hiển vi quang học có camera chụp lại hình ảnh mô học kết nối với máy tính và cài đặt phần mềm để đo đạc các kích thước của động mạch.

+ Phân tích kết quả mô học và bệnh lý mô học động mạch VMNP gồm các giá trị: Xác định hình thái học của động mạch VMNP bao gồm các

giá trị: đường kính lòng động mạch, độ dày của lớp nội mạc, lớp trung mạc, độ dày thành mạch.



Hình 2.1: Phương thức xác định các kích thước của động mạch vị mạc nối phải

Xác định cấu trúc mô học của động mạch VMNP bao gồm lớp ngoại mạc, trung mạc và nội mạc, ghi nhận số lượng các khoảng không liên tục ở lớp màng đáy của nội mạc. Xác định số lượng sợi đàn hồi trong lớp trung mạc

+ Phân tích mô bệnh học của động mạch bao gồm 3 thương tổn: Tăng sinh nội mạc, xơ vữa động mạch và vôi hóa động mạch.

*Tăng sinh nội mạc: được xác định khi độ dày của lớp nội mạc lớn hơn 20 µm và chiếm hơn 1/4 chu vi của mặt cắt

*Đánh giá mức độ tăng sinh nội mạc bằng tỉ lệ độ giữa độ dày của lớp nội mạc và độ dày của lớp trung mạc tại vị trí nội mạc dày nhất gồm 5 mức độ:

- Độ 0: giá trị <0,25 (không hay tăng sinh nội mạc rất nhẹ)
- Độ 1: giá trị từ 0,25- 0,5 (nhẹ)
- Độ 2: giá trị từ 0,5 đến 0,75 (trung bình)
- Độ 3: giá trị >0,75 (nặng)
- Độ 4: tắc hoàn toàn lòng mạch do xơ vữa, vôi hóa hay huyết khối hoặc cả hai (rất nặng)

*Tổn thương xơ vữa, vôi hóa động mạch: được xác định theo tiêu chuẩn của Hiệp Hội xơ vữa động mạch của Mỹ (AAHA) cải tiến.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm dịch tễ bệnh nhân được gửi mẫu phân tích:

Đặc điểm	Tần số (n=74)	Tỷ lệ %
Giới (Nam)	56	75,7
Tuổi (năm)	58,4 ± 7,8	
Tăng huyết áp	62	83,3
Đái tháo đường type 2	32	43,2
Rối loạn mỡ máu	26	35,1
Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính	2	2,7
Suy thận mãn	1	1,4
Bệnh động mạch ngoại vi	1	1,4
Tai biến mạch máu não cũ	6	8,1
Hút thuốc lá	13	17,6

Nhận xét: Tăng huyết áp trên các bệnh nhân gửi mẫu chiếm tỷ lệ cao với 83,3%, kế tiếp là bệnh lý tiểu đường ở 32 trường hợp lấy mẫu chiếm tỷ lệ 43,2%. Rối loạn mỡ máu ghi nhận ở 26 trường hợp được lấy mẫu chiếm tỷ lệ 35,1%. Hút thuốc lá 13 trường hợp chiếm tỷ lệ (17,6%).

2. Đặc điểm mô học các mẫu động mạch nghiên cứu:

Đặc điểm	Trung bình ± độ lệch chuẩn
Chiều dài ĐMVMNP (mm)(n=117)	23,9 ± 3,3 mm
Đường kính lòng trong (mm)	1,85 ± 0,69 mm
Độ dày nội mạc (intima)(micromet)	70,1 ± 40,0 µm
Độ dày trung mạc (media)(micromet)	210,5 ± 110,3 µm
Số sợi đàn hồi trong lớp trung mạc	4,3 ± 1,1
Số khoảng hở màng đáy	54 ± 10,8

Nhận xét: Chiều dài của các động mạch vị mạc nối phải ghi nhận trên tất cả 117 bệnh nhân làm cầu nối mạch vành tương đối dài với giá trị trung bình là 23,9 ± 3,3mm. Kích thước lòng trong đoạn xa, chỗ làm miệng nối mạch vành đích trung bình là 1,85 ± 0,69mm. Độ dày nội mạc trung bình là 70,1 ± 40,0µm và của trung mạc là 210,5 ± 110,3µm. Số khoảng hở ở lớp màng đáy nhiều với giá trị trung bình là 54 ± 10,8 khoảng. Đa số các mẫu ĐMVMNP thu được thuộc loại động mạch cơ vì số lượng sợi đàn hồi trong lớp trung mạc ít giá trị trung bình là 4,3 ± 1,1 sợi.

3. Đặc điểm mô bệnh học của các mẫu ĐMVMNP:

Đặc điểm bệnh học	Tần số (n=74)	Tỷ lệ %
Tăng sinh nội mạc	56	75,7
Mức độ tăng sinh nội mạc		
Độ 0	24	32,4
Độ 1	35	47,3
Độ 2	11	14,9
Độ 3	3	4,1
Độ 4	1	1,4
Trung bình tỷ số độ dày nội mạc/ độ dày trung mạc (chỗ nội mạc dày nhất)	0,36 ± 0,23	
Tổn thương xơ vữa động mạch	3	4,1
Tổn thương vôi hóa trung mạc	2	2,7

Nhận xét: Tăng sinh nội mạc (bề dày nội mạc lớn hơn 20 µm chiếm hơn ¼ chu vi lòng mạch) được ghi nhận trên 56 mẫu chiếm tỷ lệ 75,7%. Tỷ lệ độ dày nội mạc / độ dày trung mạc (ở vị trí nội mạc dày nhất) để phân loại mức độ tăng sinh nội mạc, giá trị trung bình là 0,36 ± 0,23. Chúng tôi phân loại mức độ tăng sinh nội mạc dựa trên tỷ lệ này trong đó độ 1 chiếm ưu thế với tỷ lệ 47,3%.

Tổn thương xơ vữa ghi nhận ở 3 mẫu chiếm tỷ lệ 4,1% và tổn thương vôi hóa động mạch là 2 mẫu chiếm tỷ lệ 1,4%.

4. Môi liên quan giữa yếu tố nguy cơ, bệnh lý đi kèm đôi với tổn thương xơ vữa động mạch

Đặc điểm	OR	KTC	Giá trị p
Giới (nữ)	6,87	0,62 – 153,7	0,125
Tuổi (>70 tuổi)	1,10	0,94 – 1,32	0,266
Tăng huyết áp	-	-	-
Đái tháo đường type 2	-	-	-
Rối loạn mỡ máu	-	-	-
Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính	35,0	1,13 - 1170	0,025

Nhận xét: Qua phân tích các yếu tố nguy cơ, bệnh lý đi kèm trước mổ chúng tôi ghi nhận có mối liên quan giữa bệnh lý phổi tắc nghẽn mãn tính có liên quan đến xơ vữa động mạch với độ mạnh OR = 35; p = 0,025. Các yếu tố còn lại khác không ghi nhận có mối liên quan với tổn thương xơ vữa động mạch.

IV. BÀN LUẬN

Về độ dài ĐMVMNP: Chúng tôi đo đạc toàn bộ chiều dài của động mạch vị mạc nối phải được lấy trước khi làm cầu nối trên 117 bệnh nhân phẫu thuật bắc cầu mạch vành. Kết quả ghi nhận chiều dài của cầu nối này khá tốt trung bình là 23,9±3,3cm. Như vậy, với chiều dài của ĐMVMNP như trên là phù hợp để làm cầu nối mạch vành. Một số nghiên cứu trên thế giới như Mills và cộng sự ghi nhận chiều dài trung bình của động mạch này khi sử dụng tại chỗ là 23,7 cm, còn dạng cắt rời là 17,7cm. Suma và cộng sự trong một báo cáo của mình ghi nhận 95% số trường hợp có chiều dài động mạch vị mạc nối phải lớn hơn ½ chiều dài bờ cong lớn của dạ dày, 34% các trường hợp có độ dày lớn hơn 2/3 chiều dài bờ cong lớn [6].

Về cấu trúc hình thái ĐMVMNP: Đường kính lòng trong trung bình của ĐMVMNP trong nghiên cứu của chúng tôi là 1,85 ± 0,69mm. Theo nghiên cứu của Mills và cộng sự, đường kính lòng trong của ĐMVMNP thay đổi từ 1,5 đến 3,25 mm và giá trị trung bình là 2,14mm. Nghiên cứu

của Van Son và cộng sự tìm thấy kích thước lòng trong của ĐMVMNP ở đoạn xa là 1,8mm; đoạn giữa là 2,2mm và đoạn gần là 2,7mm [7]. Tác giả Santoff trong nghiên cứu của mình ghi nhận đường kính lòng của động mạch này thay đổi từ 1,8 đến 2,5mm. Một nghiên cứu tại Nhật của Kinoshita ghi nhận đường kính lòng ĐMVMNP tốt với giá trị trung bình là 3,8mm [6]. Như vậy chính sự phù hợp này tạo điều kiện cho việc thực hiện miệng nối mạch vành một cách dễ dàng hơn, góp phần nâng cao chất lượng miệng nối, tránh sự hẹp sớm cầu nối là một trong những nguyên nhân thất bại của cầu nối [3].

Về đặc tính lớp trung mạc, nội mạc ĐMVMNP: Lớp trung mạc của động mạch chứa các tế bào cơ trơn và các sợi đàn hồi. Theo đó, dựa vào số lượng các sợi đàn hồi trong lớp này, chúng tôi có thể tìm được phân loại động mạch là loại cơ, loại đàn hồi hay loại hỗn hợp [5]. Trong nghiên cứu này trên 74 mẫu thu được, số lượng sợi đàn hồi ở lớp trung mạc trung bình là 4,3 ± 1,1 sợi, thay đổi từ 2 sợi đến 6 sợi. Như vậy, đa số các mẫu ĐMVMNP là loại động mạch cơ. Nghiên cứu của Kinoshita và cộng sự tại Nhật thì số lượng sợi

đàn hồi trong lớp trung mạc là $4,2 \pm 18$ [6]. Một tỷ lệ lớn mẫu động mạch tìm thấy cũng là loại động mạch cơ. Kết quả của chúng tôi đã tìm thấy được yếu tố này cũng đã có thể góp phần khuyến cáo các phẫu thuật viên tim mạch trong việc chuẩn bị kỹ cầu nối bằng động mạch vị mạc nối phải trước khi thực hiện miệng nối vành, tránh co thắt cầu nối sau mổ có thể làm thất bại cuộc mổ.

Lớp nội mạc bao gồm các tế bào nội mạc, mô liên kết dưới nội mạc và lớp màng đáy hay là màng đàn hồi trong, mỗi thành phần trong lớp nội mạc có vai trò và chức năng góp phần xác định bệnh lý của động mạch làm cầu nối [7]. Lớp màng đáy của nội mạc mạch máu là một màng đàn hồi có các khoảng hở thay đổi tùy theo loại động mạch. Khảo sát các khoảng hở trong lớp màng đáy nội mạc cũng có ý nghĩa quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của bệnh lý mạch máu làm cầu nối. Ngoài ra, do đặc tính loại động mạch ngực trong trái là loại động mạch đàn hồi, chứa rất ít tế bào cơ nên cũng hạn chế được sự di chuyển các tế bào xuyên qua lớp màng đáy vào nội mạc. Hai yếu tố trên lý giải được lý do tại sao động mạch ngực trong trái tránh được bệnh lý mạch máu như tăng sinh nội mạc và xơ vữa động mạch. Từ cơ chế này, chúng tôi cũng đã khảo sát các khoảng hở trên mẫu nghiên cứu động mạch vị mạc nối phải [5],[6].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận số lượng các khoảng hở màng đáy trung bình là $54 \pm 10,8$ khoảng. Theo nghiên cứu của Van Son và cộng sự, số lượng khoảng hở lớp màng đáy ở đầu xa của ĐMVMNP là 58 ± 17 khoảng, đoạn giữa là 93 ± 29 khoảng và đoạn gần là 86 ± 30 khoảng. Đối với động mạch ngực trong trái, nhóm nghiên cứu ghi nhận các khoảng hở ở đoạn động mạch đàn hồi là 21 khoảng, động mạch hỗn hợp 40 khoảng và động mạch cơ là 89 khoảng [7].

Đặc điểm bệnh lý ĐMVMNP: Xác định độ dày của lớp nội mạc giúp đánh giá sự hiện diện tăng sinh nội mạc. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đo được độ dày nội mạc trung bình trên tất cả các mẫu là $70,7 \mu\text{m}$, và độ dày trung bình của lớp trung mạc là $210,5 \mu\text{m}$. Theo nghiên cứu của tác giả Malhotra và cộng sự, độ dày trung bình của lớp nội mạc là $90 \mu\text{m}$. Nakajima trong nghiên cứu của mình xác định giá trị này là $71,7 \mu\text{m}$, trung mạc là $164,8 \mu\text{m}$. Một nghiên cứu tại Nhật của Kinoshita và cộng sự thì độ dày nội mạc ghi nhận là $82 \mu\text{m}$ và trung mạc là $167 \mu\text{m}$ [4],[6],[7].

Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ *tăng sinh nội mạc* ở các mẫu nghiên cứu là 75,7% các trường hợp, tỷ lệ độ dày nội mạc và trung mạc trung bình ở

mức thấp là 0,36. Từ kết quả này, chúng tôi tìm ra mức tăng sinh nội mạc với phần lớn tăng sinh nội mạc ở mức độ thấp (độ 0,1) không tăng sinh nội mạc hay tăng sinh rất nhẹ là 79,7%; độ 2 tăng sinh nội mạc là 14,9%. Tăng sinh nội mạc nặng, cấp độ 3,4 chỉ chiếm 5,5%.

Tổn thương xơ vữa động mạch và vôi hóa động mạch trên các mẫu động mạch nghiên cứu. Nghiên cứu trên 74 mẫu động mạch vị mạc nối phải ở đoạn xa của các động mạch vị mạc nối phải thu được ghi nhận tần suất xơ vữa động mạch là 3 mẫu chiếm tỷ lệ 4,1%, vôi hóa động mạch là 2 mẫu chiếm tỷ lệ 2,7%. Theo Kinoshita và cộng sự khảo sát trên 33 mẫu ĐMVMNP ghi nhận tỷ lệ xơ vữa động mạch là 18,1% và vôi hóa động mạch là 9% [6]. Theo Mills và Lytle, không ghi nhận tổn thương xơ vữa và vôi hóa trên các đoạn ĐMVMNP, mô học giống với động mạch ngực trong có thể sử dụng làm cầu nối mạch vành với độ bền lâu dài tốt [5].

Song song với việc khảo sát các đặc tính cơ bản trên, trong nghiên cứu này chúng tôi còn *phân tích mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và bệnh lý đi kèm với bệnh lý của động mạch VMNP* trong nhóm nghiên cứu. Theo đó, chúng tôi chỉ ghi nhận có một mối liên quan giữa bệnh lý bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính lên tổn thương xơ vữa động mạch VMNP với $OR = 35$ ($p < 0,025$). Xét mối liên quan này với các cầu nối bằng động mạch khác của các nghiên cứu trên thế giới, chúng tôi cũng ghi nhận như sau: đối với động mạch quay, theo Ruengsakulrach, bệnh lý động mạch ngoại vi và hút thuốc lá có ảnh hưởng đến tăng sinh nội mạc, còn theo Kay, tuổi bệnh nhân hơn 70 có liên quan đến vôi hóa trung mạc. Đối với động mạch ngực trong, yếu tố tuổi già hơn 70 và đái tháo đường loại 2 có liên quan tăng sinh nội mạc, bệnh lý mạch máu ngoại vi và rối loạn mỡ máu có ảnh hưởng đến tổn thương xơ vữa động mạch. Như vậy trong hầu hết các nghiên cứu, bệnh lý động mạch VMNP ít chịu ảnh hưởng của các yếu tố nguy cơ hay bệnh lý đi kèm ở các bệnh nhân được khảo sát.

V. KẾT LUẬN

Chúng tôi thấy rằng xét về gốc độ mô học và bệnh lý mô học, ĐMVMNP mang những đặc tính cơ bản phù hợp cho một cầu nối bắc cầu mạch vành từ chiều dài, kích thước lòng trong, độ dày các lớp của thành mạch phù hợp tương ứng với động mạch vành đích. Tổn thương bệnh lý động mạch vị mạc nối phải như tăng sinh nội mạc nặng, xơ vữa hoặc vôi hóa trung mạc chiếm tần

suất ít do đó được nhiều nghiên cứu trên thế giới xem là cầu nối có độ bền cao. Ngoài ra, qua phân tích các yếu tố nguy cơ, bệnh lý đi kèm trước mổ chúng tôi ghi nhận có mối liên quan giữa bệnh lý phổi tắc nghẽn mãn tính có liên quan đến xơ vữa động mạch. Do đó, cần lưu ý cần nhắc sử dụng cầu nối bằng ĐMVMNP cho các bệnh nhân bị hẹp mạch vành có đi kèm bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Appleson T, Hill RV (2012): "Histological comparison of the candidate arteries for bypass grafting of the posterior interventricular artery". *Anat Sci Int* vol 87: pp 150-4
2. Benedetto U, Raja SG, Albanese A, Amrani M, Biondi-Zoccai G, Frati G (2015): "Searching for the second best graft for coronary artery bypass surgery: a network meta-analysis of randomized controlled trials". *Eur J Cardiothorac Surg*. Vol 47: pp 59-65:
3. Brenda Martinez G, Cynthia GR, Alejandro QG, Victor ER, Claudia NE, Rodrigo EE, Santo GP (2017): "Conduits used in coronary artery bypass grafting: a review of morphological studies". *Ann Thorac Cardiovasc Surg*. Vol 178: pp 129-35
4. Gaudino M, Taggart D, Suma H, Puskas JD, Crea F, Massetti M (2015): "The choice of conduits in coronary artery bypass surgery". *J Am Coll Cardiol*. ; Vol 66: pp 1729-37
5. 66. Gou-Wei H (2006): "Consideration in the choice of arterial grafts". In: Gou-Wei H, editor. *Arterial grafting for coronary artery bypass surgery*. 2nd ed. Berlin, Heidelberg: Springer, pp 81-6
6. Suma H, Wanibuchi Y, Furuta S, Isshiki T, Yamaguchi T, Takanashi R (1991): "Comparative study between the gastroepiploic and the internal thoracic artery as a coronary bypass graft. Size, flow, patency, histology". *Eur J Cardiothorac Surg*. Vol 5: pp 244-7
7. Van Son JA, Smedts F, Vincent JG, van Lier HJ, Kubat K (1990): "Comparative anatomic studies of various arterial conduits for myocardial revascularization". *J Thorac Cardiovasc Surg*. Vol 99: pp 703-7

NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN GIỮA XẠ HÌNH TƯỚI MÁU CƠ TIM VỚI MỨC ĐỘ SUY TIM Ở BỆNH NHÂN SUY TIM TÂM THU MẠN TÍNH

Hoàng Văn Nghiêm¹, Phạm Trường Sơn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối liên quan giữa xạ hình tưới máu cơ tim (XHTMCT) với mức độ suy tim ở bệnh nhân (BN) suy tim tâm thu mạn tính. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 80 bệnh nhân suy có EF < 50% theo tiêu chuẩn hội tim mạch Châu Âu 2016, tất cả đều được đánh giá bằng lâm sàng, cận lâm sàng, xạ hình tưới máu cơ tim. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nghiên cứu là 65,2, nam giới chiếm tỷ lệ 76,2%. Ở nhóm khuyết xạ mức độ nặng hoặc khuyết xạ diện rộng thì tỷ lệ suy tim độ III cao hơn tỷ lệ suy tim độ II và tỷ lệ BN có FF < 35% chiếm tỷ lệ cao hơn so với các nhóm còn lại. Ở nhóm khuyết xạ không hồi phục, tỷ lệ bệnh nhân có EF < 35% (85,7%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với bệnh nhân có khuyết xạ không hồi phục (với tỷ lệ lần lượt là 51,4% và 62,2%). Bệnh nhân suy tim độ III có điểm SSS và điểm SRS là 10,2±6,1 và 7,9±5,8 cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm suy tim độ II điểm SSS và điểm SRS chỉ là 5,7±5,1 và 5,4±4,5. **Kết luận:** Có mối tương quan giữa mức độ khuyết xạ và diện khuyết xạ với mức độ suy tim.

Từ khoá: Xạ hình tưới máu cơ tim, suy tim.

SUMMARY

THE RELATIONSHIP BETWEEN SPECT MYOCARDIAL PERFUSION IMAGING (MPI) AND HEART FAILURE SEVERITY IN CHRONIC SYSTOLIC HEART FAILURE PATIENTS

Objective: To assess the relationship between SPECT myocardial perfusion imaging (MPI) and heart failure severity in chronic systolic heart failure patients. **Subjects and methods:** A cross-sectional study with MPI was carried out on 80 chronic systolic heart failure patients. Clinical characteristics were collected, echocardiography and MPI was performed on all patients, heart failure severity was assessed according to NYHA classification and EF (Ejection fraction) on echocardiography. MPI findings were analysed and related with severity of heart failure. **Results:** In group either with severe perfusion defect or with large extent perfusion defect, the percentage of NYHA class III patients was higher than NYHA class II patients, the percentage of patients with EF < 35% was higher than in the remaining group. In group with irreversible perfusion defect, the percentage of patients with EF < 35% was shown higher than in group with reversible perfusion defect. The total summed stress score and the total summed rest score was higher in NYHA class III group comparing to NYHA class II group. **Conclusion:** in chronic systolic heart failure patients, a relation was found between a severity of Heart failure and MPI findings.

Key words: SPECT, myocardial perfusion imaging, systolic heart failure.

¹Tổng cục 2

²Bệnh viện trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Trường Sơn

Email: phamtruongson@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.4.2018

Ngày phản biện khoa học: 11.5.2018

Ngày duyệt bài: 17.5.2018

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là bệnh lý hay gặp trên lâm sàng, là hậu quả cuối cùng của bệnh tim cấu trúc, ảnh hưởng đến khả năng của thất nhận máu và /hoặc tổng máu.

Cho đến nay, mặc dù có nhiều thuốc điều trị suy tim như thuốc ức chế men chuyển, thuốc ức chế beta... giúp cải thiện đáng kể triệu chứng và tiên lượng, nhưng tỷ lệ tử vong do suy tim vẫn còn cao. Các nghiên cứu cho thấy ở bệnh nhân rối loạn chức năng thất trái không triệu chứng, nếu không được điều trị thì sau 4 năm tử vong lên tới 21%[7]. Tỷ lệ biến cố tim mạch và tử vong liên quan chặt chẽ với mức độ suy tim, suy tim càng nặng thì tỷ lệ tử vong càng cao. Như vậy đối với bệnh nhân suy tim, không chỉ tìm được nguyên nhân gây suy tim mà còn phải tiên lượng được biến cố tim mạch. Để tiên lượng bệnh nhân suy tim có thể dựa vào các chỉ tiêu về lâm sàng, siêu âm tim, ProBNP... nhưng các chỉ số này đôi khi chỉ là tương đối và khó đánh giá nguyên nhân gây suy tim. Xạ hình tưới máu cơ tim (XHTMCT) ngoài vai trò chẩn đoán bệnh động mạch vành còn xác định được mức độ thiếu máu cơ tim và khả năng hồi phục sau tái tưới máu cơ tim. Ngoài ra, ở bệnh nhân suy tim cho dù không phải do bệnh động mạch nhưng cũng có thể có tổn thương khuyết xạ do có tổn thương cơ tim. Nhưng dù cho khuyết xạ do nguyên nhân mạch vành hay do tổn thương cơ tim thì hình ảnh khuyết xạ đều có giá trị trong tiên lượng biến cố tim mạch. Do đó việc tìm hiểu đặc điểm XHTMCT theo mức độ suy tim là rất quan trọng nhằm góp phần tiên lượng ở các bệnh nhân này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: *Tìm hiểu mối liên quan giữa mức độ suy tim và hình ảnh xạ hình tưới máu cơ tim ở bệnh nhân suy tim tâm thu mạn tính.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các đối tượng được đưa vào nghiên cứu gồm 80 bệnh nhân suy tim tâm thu mạn tính. Các bệnh nhân nghiên cứu được điều trị nội trú tại Bệnh viện TWQĐ 108 từ 04/2014 đến 09/2016.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân nghiên cứu: Bệnh nhân chẩn đoán suy tim tâm thu dựa theo khuyến cáo hội tim mạch Châu Âu 2016 [5]: Có biểu hiện hoặc triệu chứng suy tim và EF < 50% trên siêu âm.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân suy tim do bệnh van tim, bệnh tim bẩm sinh. Hội chứng vành cấp tính: nhồi máu cơ tim cấp hoặc đau thắt ngực không ổn định. Bệnh nhân trong tình

trạng nặng nề, cấp tính như suy tim cấp, nhiễm khuẩn huyết, hôn mê, suy gan. Bệnh nhân bị các bệnh nặng như: ung thư, suy thận giai đoạn cuối. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Thực hiện theo phương pháp tiến cứu, mô tả, cắt ngang.

2.2.2. Các bước tiến hành: Các bệnh nhân được hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng. Tất cả bệnh nhân nghiên cứu đều được đánh giá các yếu tố nguy cơ tim mạch, siêu âm tim và được làm XHTMCT.

2.2.3. Các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu. Độ suy tim: theo phân độ chức năng suy tim của Hội Tim New York (NYHA) dựa vào triệu chứng nặng và khả năng gắng sức chia làm 4 độ. **Tăng huyết áp và rối loạn lipid máu:** theo khuyến cáo của Hội tim mạch Việt Nam năm 2008. Siêu âm tim: Đánh giá EF theo phương pháp simpson, theo khuyến cáo của Hội tim mạch Hoa Kỳ, EF < 35% là suy tim mức độ nặng.

2.2.4. Chụp xạ hình tưới máu cơ tim: Thực hiện đánh giá theo khuyến cáo của hội y học hạt nhân hoa kỳ năm 2003 [6]. Các BN được tiến hành xạ hình tưới máu cơ tim (XHTMCT) trên cơ sở kết hợp với gắng sức bằng thuốc Dipyridamol.

***Đánh giá mức độ khuyết xạ:**

- Khuyết xạ mức độ nhẹ: giảm tưới máu nhẹ - mật độ phóng xạ 60 - 80%.
- Khuyết xạ mức độ vừa: giảm tưới máu mức độ vừa - mật độ phóng xạ 40 - 59%
- Khuyết xạ mức độ nặng: giảm tưới máu nặng - mật độ phóng xạ < 40%.

***Đánh giá độ rộng khuyết xạ:** Được chia thành các mức độ dựa trên diện rộng tương đối so với toàn bộ thành thất trái:

Diện hẹp: 5-10% thành thất trái. Diện vừa: 15 - 20% thành thất trái. Diện rộng: trên 20% thành thất trái

***Đánh giá tổng điểm pha gắng sức và pha nghỉ:** Đánh giá phối hợp mức độ huyết xạ và độ rộng khuyết xạ ở mỗi vùng bằng số điểm, phần mềm sẽ tự động tính tổng điểm của tất cả các vùng cơ tim bằng tổng điểm pha gắng sức SSS (summed stress score) và tổng điểm pha nghỉ SRS (summed rest score)

2.2.6. Xử lý số liệu: Các số liệu nghiên cứu được xử lý theo các thuật toán thống kê y học bằng chương trình phần mềm SPSS 18.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm về tuổi, giới ở bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Số BN(n=80)	Tỷ lệ (%)
Nam	61	76,25
Nữ	19	23,75
Tuổi trung bình	65,27 ± 10,63	

Nhận xét: Nam giới chiếm đa số (76,25%). Tuổi trung bình là 65,27±10,63.

Bảng 3.2. Phân nhóm bệnh nhân theo độ suy tim

Độ suy tim	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
------------	--------------	-----------

	(n=80)	
II	34	42,5
III	46	57,5
IV	0	0
Tổng	80	100

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân suy tim độ III là 57,5%. Tỷ lệ bệnh nhân suy tim độ II chiếm 42,5%, không có suy tim độ IV.

3.2. Mối liên quan giữa mức độ suy tim và hình ảnh XHTMCT

Bảng 3.3. Mức độ khuyết xạ theo độ suy tim

Mức độ khuyết xạ(n=80)	Độ suy tim	Độ II	Độ III	p
Không - Nhẹ (n=35)		19 (54,3)	16 (45,7)	> 0,05
Vừa (n=18)		8 (44,4)	10 (55,6)	> 0,05
Nặng (n=27)		7 (26)	20 (74)	< 0,05

Nhận xét: Ở nhóm khuyết xạ mức độ nặng, tỷ lệ suy tim độ III (74%) cao hơn tỷ lệ suy tim độ II (26%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Còn ở hai nhóm còn lại không có sự khác biệt về tỷ lệ suy tim độ II và độ III.

Bảng 3.4. Tỷ lệ mức độ khuyết xạ theo EF

Mức độ khuyết xạ (n=80)	EF	< 35% (1)	35-40% (2)	41-50% (3)	p1-2	p2-3	p1-3
Không -Nhẹ (n=35)		16(45,7)	7(20)	12(34,3)	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Vừa(n=18)		12(66,7)	4(22,2)	2(11,1)	> 0,05	> 0,05	> 0,05
Nặng(n=27)		20(74,1)	5(18,5)	2(7,4)	> 0,05	> 0,05	< 0,05

Nhận xét: Ở nhóm khuyết xạ mức độ nặng, tỷ lệ BN có EF < 35% chiếm tỷ lệ cao nhất (74,1%) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Trong khi đó ở hai nhóm còn lại, tỷ lệ BN có EF < 35% cũng cao nhất nhưng sự khác biệt chưa có ý nghĩa.

Bảng 3.5. Độ rộng khuyết xạ theo độ suy tim

Diện khuyết xạ	Độ suy tim	Độ II	Độ III	p
Không-Hẹp (n=33)		17 (51,5)	16 (48,5)	> 0,05
Trung bình (n=16)		9 (56,2)	7 (43,8)	> 0,05
Rộng (n= 31)		8 (34,8)	23 (65,2)	< 0,05

Nhận xét: Ở nhóm khuyết xạ diện rộng, tỷ lệ suy tim độ III (65,2%) cao hơn tỷ lệ suy tim độ II (34,8%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Còn ở hai nhóm còn lại không có sự khác biệt về tỷ lệ suy tim độ II và tỷ lệ suy tim độ III.

Bảng 3.6. Độ rộng khuyết xạ theo EF

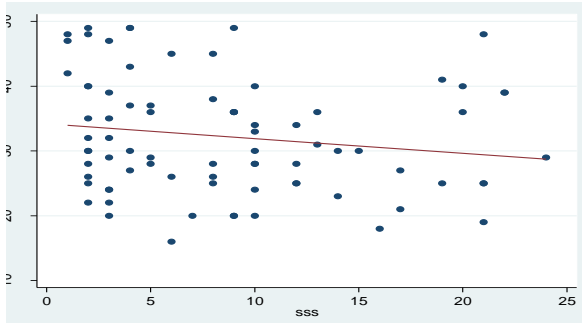
Diện khuyết xạ(n=80)	EF	<35% Số BN (%) (1)	35-40% Số BN (%) (2)	41-50% Số BN (%) (3)	p1-2	p2-3	p1-3
Không - Hẹp (n=33)		14(42,4)	9(27,3)	10(30,3)	>0,05	>0,05	<0,05
Trung bình (n=16)		11(68,7)	1(6,3)	4(25)	>0,05	>0,05	>0,05
Rộng(n= 31)		23(74,3)	6(19,3)	2(6,4)	>0,05	>0,05	<0,05

Nhận xét: Ở nhóm BN khuyết xạ diện rộng, tỷ lệ BN có EF < 35% chiếm tỷ lệ cao nhất (74,3%) và tỷ lệ này cũng cao hơn so với nhóm khuyết xạ diện nhẹ và trung bình.

Bảng 3.7. Trung bình điểm tổng điểm SSS và SRS theo mức độ suy tim

Độ suy tim	Độ II	Độ III	p
SSS	5,7 ± 5,1	10,2 ± 6,1	< 0,05
SRS	5,4 ± 4,5	7,9 ± 5,8	< 0,05

Nhận xét: Ở bệnh nhân suy tim độ III, điểm SSS và điểm SRS đều cao hơn ở nhóm suy tim độ II, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.



Biểu đồ 1. Tương quan giữa điểm SSS và EF ($r = -0,16$)

Nhận xét: có mối tương quan nghịch giữa điểm SSS và EF

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.1 cho thấy tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $65,27 \pm 10,63$ tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của Bùi Thị Mai An, tuổi trung bình của bệnh nhân suy tim là $62,2 \pm 9,5$ tuổi [1]. Bảng 3.1 cho thấy tỷ lệ nam giới chiếm 76,2% cao hơn hẳn so với tỷ lệ nữ giới chỉ có 23,8%. Các nghiên cứu khác tại Việt Nam như Hà Thiêm Đông (2012) thì tỷ lệ nam/nữ (73,8%/26,1%) tương đương với nghiên cứu của chúng tôi. Điều này chứng tỏ rằng giới tính có liên quan đến nguy cơ mắc các bệnh tim mạch nói chung và sự sống còn của bệnh nhân suy tim nói riêng, người ta thấy thời gian sống sau suy tim ở nữ tốt hơn vì ở họ tỷ lệ thiếu máu cơ tim cục bộ thấp hơn.

Số liệu nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.2 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân suy tim độ III là 57,5%, tỷ lệ bệnh nhân suy tim độ II chiếm 42,5%, không có suy tim độ IV. Tương tự nghiên cứu của Bùi Thị Minh Thu [4] thấy tỷ lệ bệnh nhân suy tim độ III là 41% cao hơn tỷ lệ bệnh nhân suy tim độ II (29,5%). Ở nhóm nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân suy tim độ IV vì chúng tôi chỉ tiến hành XHTMCT cho những bệnh nhân không suy tim quá nặng, với suy tim độ IV chúng tôi điều trị chuyển về độ III hoặc độ II thì mới thực hiện.

4.2. Mối liên quan giữa mức độ suy tim và hình ảnh XHTMCT: Khi nghiên cứu về mức độ khuyết xạ theo độ suy tim, số liệu ở bảng 3.3 cho thấy ở nhóm khuyết xạ mức độ nặng, tỷ lệ suy tim độ III (74%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với tỷ lệ suy tim độ II (26%), còn ở 2 nhóm khuyết xạ nhẹ hơn thì không có sự khác biệt về tỷ lệ suy tim độ II và độ III. Tương tự như vậy, tại bảng 3.4 cũng thấy ở nhóm khuyết

xạ mức độ nặng, tỷ lệ BN có EF < 35% chiếm cao nhất (74,1%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm khuyết xạ mức độ nhẹ. Như vậy, khi suy tim tiến triển lên độ III thì khuyết xạ mức độ nặng tăng lên một cách đáng kể. Điều này có thể giải thích là do khi suy tim độ III thì tổn thương cơ tim cũng gia tăng nhanh và làm tăng mức độ khuyết xạ. Các nghiên cứu trong và ngoài nước cũng đều thấy rằng khi mức độ khuyết xạ tim mạch tăng lên thì biến cố tim mạch cũng tăng đáng kể [3], phù hợp với sự gia tăng của suy tim và mức độ khuyết xạ nặng là yếu tố tiên lượng biến cố tim mạch.

Đánh giá mối liên quan giữa độ rộng khuyết xạ và độ suy tim, bảng 3.5 cho thấy ở nhóm khuyết xạ diện rộng, tỷ lệ suy tim độ III cao hơn tỷ lệ suy tim độ II, trong khi đó ở hai nhóm còn lại thì không có sự khác biệt về tỷ lệ suy tim độ II và độ III. Bảng 3.6 cũng cho thấy ở nhóm khuyết xạ diện rộng, tỷ lệ BN có EF < 35% chiếm tỷ lệ cao nhất (74,3%) so với nhóm khuyết xạ diện trung bình (68,7%) và diện hẹp (42,4%). Như vậy khi suy tim tiến triển thì không chỉ gia tăng mức độ khuyết xạ mà còn gia tăng cả độ rộng khuyết xạ. Cũng như giải thích kể trên, suy tim làm gia tăng mức độ cơ tim tổn thương và diện cơ tim bị tổn thương nên vùng khuyết xạ cũng tăng lên tương ứng với độ suy tim. Tuy nhiên, tỷ lệ khuyết xạ diện rộng đối với cả suy tim độ III và độ II của chúng tôi cũng thấp hơn so với một số tác giả. Theo nghiên cứu của Vũ Thị Phương Lan [2] ở bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim cấp thấy tỷ lệ khuyết xạ diện rộng chiếm tới 91,1%. Phải chăng có sự khác biệt là đối tượng nghiên cứu của Vũ Thị Phương Lan là ở bệnh nhân sau nhồi máu, nên tổn thương trên XHTMCT thường ở diện rộng.

Nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.7 cho thấy ở bệnh nhân suy tim độ III, điểm SRS và điểm SSS đều cao hơn ở nhóm suy tim độ II. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Vũ Thị Phương Lan (2012) [2] ở bệnh nhân sau nhồi máu thấy điểm SRS và SSS trung bình là $15,8 \pm 4,89$ và $19,5 \pm 5,04$ của nhóm BN có thể tích cuối tâm thu > 70ml, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với các giá trị tương ứng ở nhóm BN có thể tích tâm thu ≤ 70 ml là $10,5 \pm 4,46$ và $13,8 \pm 4,7$ ($p < 0,001$). Biểu đồ 3.1 cũng minh chứng cho kết quả bảng 3.7, số liệu của biểu đồ cho thấy có mối tương quan nghịch giữa giá trị EF và tổng điểm SSS với hệ số tương quan $r = -0,16$, điều này có nghĩa là EF càng giảm thì điểm SSS càng cao.

V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình của nghiên cứu là 65,2, nam giới chiếm tỷ lệ 76,2%.

- Ở nhóm khuyết xạ mức độ nặng hoặc khuyết xạ diện rộng thì tỷ lệ suy tim độ III (74% và 62,5%) cao hơn tỷ lệ suy tim độ II (26% và 34,8%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

- Ở nhóm khuyết xạ mức độ nặng hoặc khuyết xạ diện rộng, BN có EF < 35% chiếm tỷ lệ cao nhất so với các nhóm còn lại (lần lượt là 74,1% và 74,3%)

- Ở nhóm khuyết xạ không hồi phục, tỷ lệ bệnh nhân có EF < 35% (85,7%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với bệnh nhân có khuyết xạ không hồi phục (với tỷ lệ lần lượt là 51,4% và 62,2%).

- Bệnh nhân suy tim độ III có điểm SSS và điểm SRS là 10,2±6,1 và 7,9±5,8 cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm suy tim độ II điểm SSS và điểm SRS chỉ là 5,7±5,1 và 5,4±4,5

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Thị Mai An (2010)** "Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nguyên nhân suy tim mạn tính độ III, IV" *Luận văn thạc sỹ y học*, Học viện Quân y.

2. **Vũ Thị Phương Lan (2012)** "Nghiên cứu đặc điểm và giá trị tiên lượng của xạ hình tưới máu cơ tim ở bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim", *Luận văn tiến sỹ y học*, Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108.

3. **Phạm Trường Sơn (2013)** "Nghiên cứu đặc điểm và giá trị tiên lượng của xạ hình tưới máu cơ tim trong chẩn đoán và tiên lượng bệnh động mạch vành ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2" *Luận văn tiến sỹ y học*, Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108. [25]

4. **Bùi Thị Minh Thu (2010)** "Nghiên cứu nồng độ NT-PRO BNP ở bệnh nhân suy tim mạn tính" *Luận văn chuyên khoa cấp II*, Học viện Quân y.

5. **Piotr Ponikowski et al (2016)**, ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure, *European Heart Journal*, 37, pp. 2129–2200

6. **Klocke F.J., Baird M.G., Bateman T.M, et al. (2003)**, "ACC/AHA/ASNC guidelines for the clinical use of cardiac radionuclide imaging: a report of the American 1995 guidelines for the clinical use of radionuclide imaging", *J Am Coll Cardiol*, 42, pp.1318-1333. [46]

7. **Wayne I, Miller., David O. Hodge, Susan K.T, et al. (2004)**, "Relationship of myocardial perfusion imaging findings to outcome of patients with heart failure and suspected ischemic heart disease" *Imaging and Diagnostic Testing*, pp.714-720.

NGHIÊN CỨU NHU CẦU SỬ DỤNG DỊCH VỤ NGOÀI GIỜ CỦA NGƯỜI BỆNH KHUYẾT TẬT TẠI KHOA PHỤC HỒI CHỨC NĂNG, BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Văn Công¹, Phạm Thị Yến²

TÓM TẮT

Mục đích: Nghiên cứu về nhu cầu sử dụng dịch vụ phục hồi chức năng (PHCN) ngoài giờ của người bệnh khuyết tật tại Khoa PHCN bệnh viện Nhi Trung ương. **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu nhu cầu sử dụng dịch vụ PHCN ngoài giờ của người bệnh khuyết tật tại Khoa PHCN bệnh viện Nhi Trung ương bằng bảng hỏi thiết kế sẵn, thu thập số liệu và sử dụng phương pháp thống kê y học để xử lý và phân tích số liệu. **Kết quả:** 70,3% người bệnh có nhu cầu sử dụng dịch vụ PHCN vào thứ 7, chủ nhật và 66,8% người bệnh có nhu cầu sử dụng dịch vụ PHCN vào ngoài giờ ngày thường. Nhu cầu về dịch vụ ngôn ngữ trị liệu chiếm tỉ lệ cao nhất (35,1%), thấp nhất là nhu cầu về dịch vụ Kỹ thuật kéo dẫn cột sống bằng máy (2,5%). 41,7% số người bệnh có khả năng chi trả ở mức trung bình đối với dịch vụ PHCN ngoài giờ ngày thường, chiếm tỉ lệ

cao nhất. Tình trạng tương tự với nhu cầu PHCN vào thứ 7, chủ nhật với 43,4%. **Kết luận:** Phần lớn người bệnh có nhu cầu sử dụng dịch vụ PHCN ngoài giờ ngày thường và thứ 7, chủ nhật. Tuy nhiên khả năng chi trả của người bệnh chủ yếu ở mức trung bình.

Từ khóa: Nhu cầu sử dụng dịch vụ ngoài giờ; Phục hồi chức năng; Bệnh nhi khuyết tật.

SUMMARY

STUDYING NEEDS FOR USING OUT-OF-HOURS REHABILITATION SERVICES FOR CHILDREN WITH DISABILITIES AT REHABILITATION DEPARTMENT, NATIONAL HOSPITAL OF PEDIATRICS

Objective: Study on demand for out-of-hours rehabilitation services for children with disabilities at Department of Rehabilitation, National Hospital of Paediatrics. **Design:** To study the need for out-of-hours rehabilitation services for children with disabilities at the Rehabilitation Department of the National Hospital of Paediatrics by questionnaire, collecting data and using the medical statistical method to analysis. **Result:** 70.3% of patients have demand for rehabilitation services on Saturday and Sunday, and 66.8% of patients have demand for out-

¹Ban Bảo vệ, chăm sóc sức khỏe cán bộ TW

²Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Công

Email: congnguyen6848@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.3.2018

Ngày phản biện khoa học: 4.5.2018

Ngày duyệt bài: 9.5.2018

of-hours rehabilitation services on weekdays. Demand for language therapy services is highest (35.1%), the lowest demand is for mechanical stretching services (2.5%). 41.7% of the patients were able to pay an moderate rate for overtime rehabilitation services on weekdays, the highest rate. The situation is similar to the demand for rehabilitation on Saturday, Sunday with 43.4%. **Conclusions:** Most patients need to use out-of-hours rehabilitation services on weekdays and Saturday and Sunday. However, the affordability of the patients is moderate.

Keywords: Out-of-hours demand; Rehabilitation; Children with disabilities

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của Tổ chức hỗ trợ và giáo dục trẻ em thiệt thòi Việt Nam, có tới 80% người khuyết tật ở thành thị và 70% người khuyết tật ở nông thôn sống dựa vào gia đình, người thân và trợ cấp xã hội. Những khó khăn này cản trở người khuyết tật tiếp cận dịch vụ y tế, giáo dục, tìm kiếm việc làm, tham gia giao thông dẫn đến khó khăn trong cuộc sống và hòa nhập cộng đồng.

Trong việc điều trị khuyết tật, bên cạnh việc khám chữa bệnh thì công tác phục hồi chức năng (PHCN) sau điều trị là vô cùng quan trọng. Để người bệnh phục hồi được cần một thời gian luyện tập khá dài và thường xuyên. Vì vậy, nhu cầu sử dụng dịch vụ chăm sóc sức khỏe và PHCN của bệnh nhân và người nhà bệnh nhân càng cao. Tại khoa PHCN-Bệnh viện Nhi Trung ương, 1 ngày bình quân 1 bác sĩ khám và điều trị cho hơn 100 bệnh nhi. Tuy nhiên, vẫn có những bệnh nhi và người nhà bệnh nhi phải chờ đến ngày hôm sau. Bên cạnh đó, cơ sở vật chất, nhân lực của bệnh viện có hạn và tình trạng quá tải bệnh viện đang là khó khăn cho việc đáp ứng nhu cầu khám, điều trị, PHCN của bệnh nhân. Theo nghiên cứu nhu cầu khám chữa bệnh tại Khoa điều trị tự nguyện A – Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2014 của Đỗ Thanh Tùng cho thấy: Các đối tượng tham gia nghiên cứu có nhu cầu

cao về dịch vụ khám bác sĩ chuyên khoa (99,2%) hay giáo sư (95,4%), khám và theo dõi trong ngày (88,4%), làm các xét nghiệm tự nguyện (98,2%)... Thanh toán phí khám chữa bệnh qua thẻ, mạng internet (20,6%). Tuy nhiên cho đến nay chưa có một nghiên cứu nào về nhu cầu khám, sử dụng dịch vụ PHCN ngoài giờ tại khoa PHCN, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu ngày nhằm thu thập những bằng chứng khoa học, khách quan để làm căn cứ đề xuất lãnh đạo bệnh viện các giải pháp nhằm giải quyết tình trạng quá tải, nâng cao chất lượng phục vụ và hạn chế khó khăn cho người bệnh. Mục tiêu nghiên cứu: *Xác định nhu cầu sử dụng dịch vụ ngoài giờ của người bệnh khuyết tật tại Khoa Phục hồi chức năng, bệnh viện Nhi Trung ương năm 2015.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Người nhà có trẻ khuyết tật tới khám, chữa bệnh tại khoa PHCN, Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 04/2015 – 12/2015.

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu ngang mô tả.

Thu thập và xử lý số liệu: Thu thập số liệu bằng bảng hỏi thiết kế sẵn, nhập liệu bằng phần mềm Epidata, xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê Stata 11.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm về người nhà của trẻ khuyết tật

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	18-29	48	13,7
	30-39	105	30,0
	40-49	185	52,8
	>50	12	3,4
Trình độ học vấn	Biết đọc, biết viết	3	0,8
	Tiểu học	8	2,2
	Trung học cơ sở (THCS)	29	8,2
	Trung học phổ thông (THPT)	93	26,5
	Trung cấp/cao đẳng	115	32,8
	Đại học/Sau đại học	102	29,1
Nghề nghiệp	Nông dân	139	39,7
	Công chức/viên chức	156	44,5
	Lao động tự do	30	8,5
	Hưu trí	14	4,0
	khác	11	3,1

Hầu hết người đưa trẻ khuyết tật đến khám và điều trị tại khoa là bố mẹ trẻ khuyết tật với tỷ lệ 93,4%. Chỉ có một tỷ lệ nhỏ là ông/bà (5,4%) và anh chị của trẻ khuyết tật (1,1%).

Người đưa trẻ khuyết tật đi khám chủ yếu là nữ giới chiếm 73,4%, nam giới chiếm 26,5%.

Phần lớn các đối tượng có độ tuổi từ 40-49 tuổi với 185 người chiếm 52,86%. Sau đó là nhóm đối tượng có độ tuổi từ 30-39 với 105 người chiếm 30,0%. Có 48 người có độ tuổi từ 18-29 chiếm 13,7%. Còn lại có 12 người có độ tuổi trên 50 tuổi chiếm 3,4%.

Trình độ học vấn của các đối tượng phần lớn là đã tốt nghiệp THPT trở lên với trên 90%, trong đó có 29,1% có trình độ Đại học/sau Đại học, 32,8% có trình độ Trung cấp/Cao đẳng, 26,5% tốt nghiệp THPT. Chỉ có một số ít có trình độ học vấn là tốt nghiệp tiểu học và THCS (2,2% và 8,2%).

Nghề nghiệp chủ yếu của các đối tượng là công nhân viên chức chiếm 44,5%, nông dân chiếm 39,7% còn lại là lao động tự do, hưu trí và lao động khác lần lượt là: 8,5%; 4,01% và 3,1%.

Bảng 2: Cơ cấu bệnh tật của trẻ khuyết tật tới điều trị tại Khoa PHCN

Tên bệnh	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bại não	48	13,7
Chậm phát triển trí tuệ	53	15,1
Chậm phát triển ngôn ngữ	62	17,7
Chậm phát triển vận động	58	16,5
Tự kỷ	2	0,5
Dị tật bàn chân (bàn chân khoèo, bàn chân dẹt,...)	56	16,0
Cong vẹo cột sống, trật khớp háng bẩm sinh,...	43	12,3
Tăng động	2	0,5
Thoái hóa cơ	8	2,3
Liệt	12	3,4
Khác (biến chứng, di chứng sau viêm não,...)	6	1,7
Tổng số	350	100

Phần lớn trẻ mắc các bệnh về chậm phát triển như chậm phát triển ngôn ngữ với 62 trẻ chiếm 17,7%, chậm phát triển vận động với 58 trẻ chiếm 16,5%, chậm phát triển trí tuệ với 53 trẻ chiếm 15,1% và bại não với 48 trẻ chiếm 13,7%. Các nhóm bệnh tật về cơ xương khớp có tỷ lệ trẻ mắc ít hơn: dị tật bàn chân có 56 trẻ mắc chiếm 16,0 %, cong vẹo cột sống, trật khớp háng bẩm sinh có 43 trẻ mắc chiếm 12,3%.

Bảng 3: Tình trạng bệnh của bệnh nhi khi tới khám và điều trị tại khoa PHCN

Tình trạng bệnh	n	%
Nhẹ	74	21,1
Vừa	221	63,1

Bảng 5: Nhu cầu của người nhà trẻ khuyết tật về các dịch vụ ngoài giờ

Dịch vụ PHCN	Nhu cầu	
	Số lượng	Tỷ lệ %
Ngôn ngữ trị liệu	246	35,1
Hoạt động trị liệu	182	26,0
PHCN hô hấp	158	22,5
Kỹ thuật tạo thuận cho trẻ chậm phát triển vận động	168	24,0
Kỹ thuật tạo thuận cho trẻ bại não	144	20,5
Kỹ thuật tập nắn chỉnh trục chân	104	14,8

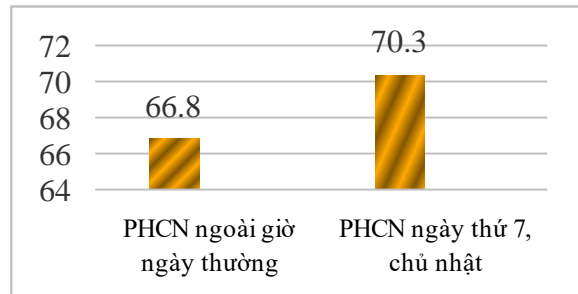
Nặng	55	15,7
Tổng	350	100

Chủ yếu trẻ khuyết tật đến khám và điều trị tại khoa với tình trạng bệnh ở mức độ vừa (theo đánh giá của nhân viên y tế) với tỷ lệ 63,1%. Có 15,7% trẻ khuyết tật đến khám và điều trị khi tình trạng bệnh đã tiến triển nặng. Có 21,1% trẻ khuyết tật đến PHCN khi bệnh mới phát hiện và tình trạng bệnh ở mức độ nhẹ.

Bảng 4: Lý do chọn khám và điều trị tại khoa PHCN của đối tượng

Lý do chọn khám và điều trị tại khoa	n	%
Đúng chuyên khoa	223	59,1
Có người giới thiệu	14	3,7
Tuyển dưới chuyển lên	107	28,3
Trình độ chuyên môn của bác sĩ	19	5,0
Thái độ phục vụ của nhân viên y tế (NVYT)	8	2,1

Lý do chính mà người nhà trẻ khuyết tật chọn khám và điều trị tại khoa là vì đúng chuyên khoa với tỷ lệ là 59,1% (n=223). Sau đó là do tuyển dưới chuyển lên (n=107) chiếm 28,3%.

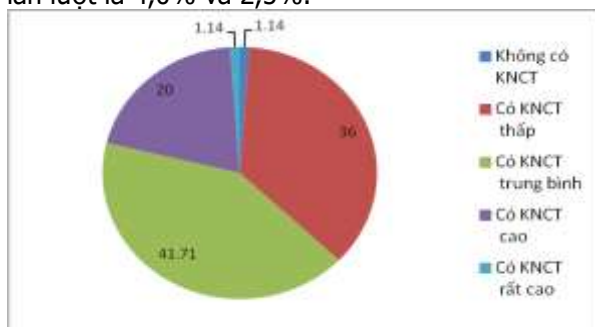


Biểu đồ 1: Nhu cầu cung cấp các dịch vụ PHCN ngoài giờ

Mức độ ưu tiên của người nhà trẻ khuyết tật đối với dịch vụ PHCN ngày thứ 7, chủ nhật cao nhất trong các dịch vụ với tỷ lệ có nhu cầu là 70,3%. Sau đó là dịch vụ PHCN ngoài giờ ngày thường với 66,8%. Đăng ký sử dụng dịch vụ qua điện thoại cũng là dịch vụ được đối tượng chú ý ưu tiên và có nhu cầu cao chiếm 62,8%.

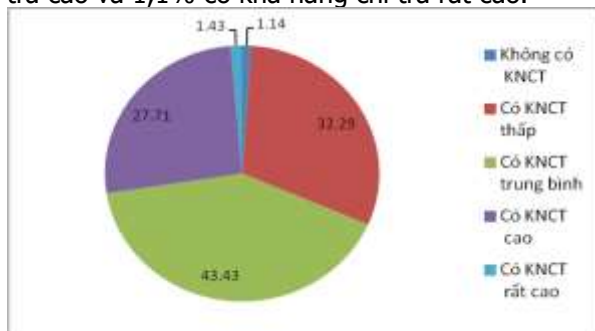
Kỹ thuật kéo dẫn cột sống bằng máy	18	2,5
Bài tập cột sống	52	7,4
Tập cho trẻ xơ hóa cơ ức đòn chũm	28	4,0
Điện trị liệu	152	21,7

Nhu cầu được khám chữa bệnh ngoài giờ của người nhà trẻ khuyết tật tập trung chủ yếu vào dịch vụ ngôn ngữ trị liệu (35,1%) và hoạt động trị liệu (26,0%). Dịch vụ tập cho trẻ xơ hóa cơ ức đòn chũm và kỹ thuật kéo dẫn cột sống bằng máy là 2 dịch vụ có nhu cầu thấp nhất với tỷ lệ lần lượt là 4,0% và 2,5%.



Biểu đồ 2: Khả năng chi trả đối với dịch vụ PHCN ngoài giờ ngày thường, tăng 20% phí

Phần lớn đối tượng có khả năng chi trả trung bình đối với tăng phí dịch vụ PHCN ngoài giờ ngày thường lên 20% chiếm tỷ lệ 41,7%. Chỉ có 1,1% đối tượng không có khả năng chi trả. Trong khi đó 20,0% đối tượng có khả năng chi trả cao và 1,1% có khả năng chi trả rất cao.



Biểu đồ 3: Khả năng chi trả của đối tượng đối với dịch vụ PHCN vào thứ 7, chủ nhật, tăng 30% phí

Đối với tăng phí dịch vụ PHCN ngoài giờ ngày thứ 7, chủ nhật lên 30%, tỷ lệ đối tượng có khả năng chi trả chiếm tỷ lệ khá cao, trong đó: có 43,4% đối tượng có khả năng chi trả trung bình, 32,2% có khả năng chi trả thấp, có 21,7% có khả năng chi trả cao và 1,4% có khả năng chi trả rất cao. Chỉ có 1,1% đối tượng không có khả năng chi trả.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu: Qua phỏng vấn 350 đối tượng là bố mẹ, ông bà của trẻ khuyết tật đến khám tại Khoa PHCN - Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 04 năm 2015 đến tháng 12 năm 2015 cho thấy phần lớn các đối tượng có độ tuổi từ 40-49 tuổi chiếm 52,8%. Sau đó là nhóm đối tượng có độ tuổi từ 30-39 chiếm 30,0%. Người có độ tuổi từ 18-29 chiếm 13,71%. Còn lại là độ tuổi trên 50 tuổi chiếm 3,4%.

Với 94% đối tượng nghiên cứu sinh sống ở Thành thị và 6% đối tượng nghiên cứu ở Làng quê, nông thôn, thể hiện nhóm đối tượng nghiên cứu sống ở Thành thị có nhu cầu KCB-PHCN cho trẻ nhiều hơn nhóm đối tượng nghiên cứu sinh sống ở vùng Nông thôn.

Có 61,14% đối tượng nghiên cứu phải mất trên 1 giờ đi từ nhà tới bệnh viện, chứng tỏ dù có xa xôi, tốn nhiều thời giờ đi lại thì người nhà bệnh nhi vẫn đưa trẻ tới điều trị ở những cơ sở y tế tuyến trên, có trình độ chuyên môn cao và chất lượng phục vụ tốt.

Một số lý do đối tượng nghiên cứu lựa chọn Khoa PHCN chủ yếu là đúng chuyên khoa (63,71%) và do tuyến dưới chuyển lên (30,5%). Các lý do khác như có người giới thiệu, không phải chờ đợi lâu hay do thái độ phục vụ, chuyên môn của NVYT chiếm tỉ lệ ít hơn. Phần lớn trẻ đến đây ở tình trạng các bệnh vừa, bệnh nhẹ, cho nên chỉ cần khám xong, kê đơn, hướng dẫn về nhà điều trị là được, phù hợp với việc bố trí thời gian, công việc của gia đình.

2. Nhu cầu của gia đình bệnh nhi đối với các dịch vụ PHCN ngoài giờ

Nhu cầu khám và PHCN cho trẻ khuyết tật ngày càng cao do nhận thức về ý nghĩa của việc phát hiện sớm và can thiệp sớm khuyết tật của cha mẹ ngày càng nâng cao, do hoàn cảnh kinh tế nói chung của nhân dân được cải thiện. Mặt khác, có thể do uy tín và kinh nghiệm lâu năm của Khoa PHCN nói riêng và bệnh viện nói chung.

Mức độ ưu tiên khá cao đối với dịch vụ PHCN ngoài giờ ngày thường và thứ 7 chủ nhật với tỷ lệ 70,38% nhưng thấp hơn trong cả 2 nghiên cứu của Trần Thanh Long (88,7%) và Bùi Thùy Dương (87,3%). Tỷ lệ có nhu cầu khám và điều trị PHCN ngoài giờ ngày thường tại khoa PHCN-Bệnh viện Nhi TW đạt 66,8%, thấp hơn trong nghiên cứu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội của Bùi Thùy Dương (74,2%) và của Trần Thanh Long

(76,8%). Tỷ lệ có nhu cầu đăng kí khám qua điện thoại (62,8%) cao hơn là qua internet (47,0%).

Khả năng chi trả dịch vụ PHCN ngoài giờ: Phí dịch vụ đối với PHCN ngoài giờ ngày thường tăng 20%; PHCN ngày T7 và CN tăng 30%. Mặc dù vậy, tỷ lệ người đến khám có KNCT dịch vụ khám ngoài giờ ngày thường và khám ngày T7, CN khá cao, chiếm 98,8%. Kết quả này cho thấy người bệnh và người nhà người bệnh sẵn sàng chi trả cao hơn mức phí hiện tại để được khám chữa bệnh ngoài giờ tại khoa PHCN. Trong tình hình phát triển kinh tế xã hội hiện nay, mức thu nhập bình quân khá ổn định, đời sống người dân được cải thiện. Gia đình bệnh nhi có thể chủ động vấn đề chi trả cho việc lựa chọn và sử dụng các dịch vụ PHCN theo nhu cầu của mình. Như vậy có thể thấy nếu Khoa PHCN triển khai các dịch vụ PHCN ngoài giờ nêu trên với mức phí tăng thêm thì một số gia đình bệnh nhi vẫn có khả năng chi trả tuy nhiên mức độ có khác nhau.

Theo kết quả nghiên cứu của Đỗ Thanh Tùng tại khoa khám chữa bệnh tự nguyện: có đến 98,2% gia đình bệnh nhi có khả năng chi trả đối với dịch vụ Khám bác sĩ chuyên khoa tăng 20% và 94,1% có khả năng chi trả với dịch vụ Khám giáo sư tăng 30% phí dịch vụ. Với dịch vụ Khám tổng quát định kỳ tăng 10% và Khám, điều trị ngoại trú tăng 20% phí dịch vụ thì tỷ lệ gia đình bệnh nhi có khả năng chi trả thấp hơn (67,1% và 53,7%).

Nguyễn Thị Kim Dung (2013) nghiên cứu về thực trạng và một số yếu tố liên quan đến sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh cho trẻ dưới 5 tuổi của người dân xã Sơn Đông, huyện Hoài Đức-Hà Nội cho thấy kinh tế gia đình và khả năng sẵn sàng chi trả cho dịch vụ khám chữa bệnh khi con ốm là rất cao: trong số 385 người có con ốm được phỏng vấn thì 96,4 % người sẵn sàng chi trả phí dịch vụ khám chữa bệnh cao miễn là chất lượng cao, thuận tiện và hài lòng. Ngoài ra nghiên cứu cũng cho thấy nhóm tuổi của các bà mẹ từ 25 đến 35 có nhu cầu sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh cho con là cao nhất. Ngoài ra nghiên cứu cũng cho thấy 72,7% các bà mẹ sẵn sàng đưa con ốm tới các cơ sở y tế có uy tín, chất lượng cao. 50,9% lựa chọn cơ sở y tế gần nhà và 59,1% các bà mẹ lựa chọn do kinh nghiệm đã đưa trẻ đến khám những cơ sở y tế lần trước.

Nguyễn Thế Lương (2002), Nghiên cứu một số đặc điểm nhân khẩu học và nhu cầu, sử dụng dịch vụ y tế tại 3 tỉnh miền núi, đồng bằng và đô thị. Ở Hà Nội, hầu như người dân không gặp trở ngại gì về khoảng cách khi tiếp cận bệnh viện, còn tại Thanh Hoá và Yên Bái thì tỷ lệ người

bệnh cách xa bệnh viện trên 60 phút đi bằng phương tiện thông thường lần lượt là 41,3% và 54%. Sự khác biệt về thời gian tiếp cận với bệnh viện là một trong những nguyên nhân gây mất công bằng trong tiếp cận dịch vụ khám chữa bệnh của người dân ở những vùng khác nhau.

V. KẾT LUẬN

Lý do chính các đối tượng lựa chọn khám và điều trị tại khoa là đúng chuyên khoa (59,15%).

Đối tượng nghiên cứu có nhu cầu cao đối với dịch vụ khám và điều trị, PHCN ngoài giờ ngày thường và ngày thứ 7, chủ nhật (66,8% và 70,38%).

Phần lớn gia đình bệnh nhi đều có khả năng chi trả đối với các dịch vụ PHCN ngoài giờ tại khoa (98,86%): phí dịch vụ tăng 20% đối với dịch PHCN ngoài giờ ngày thường, tăng 30% đối với dịch vụ PHCN vào thứ 7, chủ nhật.

KHUYẾN NGHỊ

Xác định những khó khăn, thuận lợi và có một số giải pháp để tăng cường triển khai, cung cấp các dịch vụ khám chữa bệnh mà đối tượng nghiên cứu có nhu cầu cao, như dịch vụ PHCN ngoài giờ ngày thường, PHCN ngày thứ 7, chủ nhật để đáp ứng nhu cầu của người dân.

Triển khai kế hoạch thăm dò, khảo sát tại phòng khám, phòng vấn nhân viên y tế để có thông tin toàn diện hơn khi triển khai dịch vụ PHCN ngoài giờ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam (2009).** Luật số 40/2009/QH12: Luật khám bệnh, chữa bệnh.
2. **Đỗ Thanh Tùng (2014).** Thực trạng nhu cầu dịch vụ khám chữa bệnh tại khoa điều trị tự nguyện A – Bệnh viện Nhi Trung ương. Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Lê Quang Cường và cộng sự (2008).** Đánh giá tình hình quá tải của một số bệnh viện tại Hà Nội & TP Hồ Chí Minh và đề xuất giải pháp khắc phục. Viện Chiến lược và Chính sách Y tế.
4. **Nguyễn Thị Kim Dung (2013).** Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh cho trẻ em dưới 5 tuổi của người dân xã Sơn Đông huyện Hoài Đức - Hà Nội năm 2012.
5. **Bùi Thùy Dương (2010).** Khảo sát nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngoài giờ và tại nhà của bệnh nhân và người nhà bệnh nhân đến khám bệnh tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.
6. **Kajal L. & Guibo Xing (2003).** "An empirical analysis of Medicare-eligible Veterans' demand of outpatient health care services". *Health Service and outcomes research Methodology*, 4(4), Page: 221 – 240.
7. **Eric P Moll van Charante, Pauline CE van Steenwijk-Opdam, and Patrick JE Bindels (2007).** "Out-of-hours demand for GP care and

emergency services: patients' choices and referrals
by general practitioners and ambulance services".

BMC Fam Pract. Page 8-46.

NGHIÊN CỨU NỒNG ĐỘ NT-PRO BNP HUYẾT TƯƠNG Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP NGUYÊN PHÁT

Cao Trường Sinh*, Nguyễn Quang Trung**

TÓM TẮT

Mục đích: Xác định nồng độ NT-proBNP huyết tương ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát. **Đối tượng và phương pháp:** 150 bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát vào điều trị nội trú tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An, 87 nam, 63 nữ tuổi trung bình 76,8 ± 9,8. Tất cả được xét nghiệm định lượng NT-Pro BNP bằng máy xét nghiệm miễn dịch Cobas. 6000. **Kết quả:** Nồng độ NT-proBNP trung bình ở người bệnh tăng huyết áp nguyên phát là 6756,1 ± 5991,7 pg/ml và nồng độ NT-proBNP tăng dần theo độ tuổi ($p < 0,01$). Nhóm bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp có nồng độ NT-proBNP cao hơn có ý nghĩa so với nhóm bệnh nhân mới được phát hiện ($7798,6 \pm 6106 > 2006,7 \pm 1492,5$; $p < 0,01$). Nhóm bệnh nhân tăng huyết áp được điều trị có nồng độ NT-proBNP thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm không được điều trị ($4497,8 \pm 3602,5 < 8140,2 \pm 6719,2$; $p < 0,01$). Nồng độ NT-proBNP có tương quan thuận huyết áp tâm thu với $r = 0,68$, $p < 0,01$. Nồng độ NT-proBNP tăng dần theo độ suy tim NYHA (NYHAI: $982,2 \pm 578,1 < NYHA II$: $2666 \pm 1085,7 < NYHAIII$: $6565,6 \pm 1877,8 < NYHAIV$: $15900,2 \pm 4984,7$; $p < 0,01$) và giai đoạn suy tim ABCD của ACC/AHA (A: $982,3 \pm 578,1 < B$: $2734,2 \pm 1139 < C$: $6673,7 \pm 1873,3 < D$: $16139,5 \pm 4851,3$; $p < 0,01$). **Kết luận:** Tăng cường khám sàng lọc phát hiện tăng huyết áp và điều trị sớm cho người dân để hạn chế biến chứng tim mạch ở bệnh nhân tăng huyết áp.

SUMMARY

THE PLASMA NT-PROBNP CONCENTRATIONS IN PATIENTS WITH PRIMARY HYPERTENSION

Aim: To determine the plasma NT-proBNP concentrations in patients with primary hypertension. **Objects and methods:** 150 patients with primary hypertension at Nghe An General Hospital Friendship Hospital, 87 men and 63 women with an average age of 76.8 ± 9.8. All of them were performed NT-Pro BNP quantitative tests with the Cobas 6000 immunity tester. **Results:** The mean NT-proBNP level in patients with primary hypertension was 6756.1 ± 5991.7 pg/ml and the NT-proBNP level increased with age ($p < 0.01$). Patients with a history of hypertension had a significantly higher NT-proBNP level than those who had been newly diagnosed ($7798.6 \pm 6106 > 2006.7 \pm 1492.5$ $p < 0.01$). Patients with hypertension were treated with significantly lower NT-proBNP

concentrations versus untreated patients ($4497.8 \pm 3602.5 < 8140.2 \pm 6719.2$ $p < 0.01$). NT-proBNP levels were correlated with systolic pressure with $r = 0.68$, $p < 0.01$. Levels of NT-proBNP increased with NYHAs heart failure (NYHAI: $982.2 \pm 578.1 < NYHAII$: $2666 \pm 1085.7 < NYHAIII$: $6565.6 \pm 1877.8 < NYHAIV$: 15900.2 ± 4984.7 ; $p < 0.01$) and ABCD of ACC /AHA (A: $982.3 \pm 578.1 < B$: $2734.2 \pm 1139 < C$: $6673.7 \pm 1873.3 < D$: 16139.5 ± 4851.3 ; $p < 0.01$). **Conclusion:** Intensive screening for hypertension and early treatment for patients to reduce cardiovascular complications in patients with hypertension.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tăng huyết áp (THA) là bệnh phổ biến trên thế giới cũng như ở Việt Nam, là mối đe dọa rất lớn đối với sức khỏe của con người, là nguyên nhân gây tàn phế và tử vong hàng đầu. Năm 2012, theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới, mỗi năm có 17,5 triệu người tử vong do các bệnh tim mạch, nhiều gấp 4 lần tổng số người tử vong của các bệnh ung thư, bệnh về đường hô hấp, đái tháo đường. Trong đó, bệnh nhân tử vong vì tăng huyết áp và biến chứng của tăng huyết áp chiếm 9,4 triệu người [1]. Tăng huyết áp cũng là nguyên nhân gây suy tim, đột quỵ và là nguyên nhân thứ hai gây nhồi máu cơ tim cấp. Một nghiên cứu năm 2008 tại 8 tỉnh thành ở miền Bắc cho thấy: tỷ lệ người trên 25 tuổi mắc bệnh tăng huyết áp là khoảng 25%; nghĩa là cứ 4 người lớn thì có 1 người bị tăng huyết áp. Tuy nhiên, kết quả điều tra năm 2015 cũng tại 8 tỉnh thành trên, tỷ lệ này đã tăng lên hơn 47% [2].

Tăng huyết áp gây tổn thương ở hầu hết các cơ quan đích như: tim, thận, não, mắt, những tổn thương này đã làm tăng tỷ lệ tàn phế, tử vong đối với bệnh nhân. Suy tim do tăng huyết áp là một quá trình âm thầm diễn ra trong nhiều năm, bệnh nhân có thể không nhận ra sự thay đổi trong quá trình phát triển của bệnh.

Trong những năm gần đây với sự phát triển của chẩn đoán hình ảnh, siêu âm tim đã trở thành phương pháp không xâm nhập, dễ sử dụng để phát hiện suy tim. Bên cạnh đó các peptide lợi niệu nhóm B, đặc biệt nồng độ NT-proBNP huyết tương có vai trò trong chẩn đoán rối loạn hình thái và chức năng tim, ước lượng độ nặng và tiên lượng suy tim.

Việc định lượng NT-proBNP còn khá mới mẻ và chưa được ứng dụng rộng rãi trong lâm sàng. Trong những năm gần đây, ở nước ta đã có các

*Đại học Y khoa Vinh

**BV Ung bướu Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Cao Trường Sinh

Email: caotruongsinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.3.2018

Ngày phản biện khoa học: 7.5.2018

Ngày duyệt bài: 14.5.2018

công trình nghiên cứu nồng độ NT-proBNP trên bệnh nhân suy tim, suy thận mạn, nhưng còn ít nghiên cứu trên người bệnh tăng huyết áp. Việc sử dụng dấu ấn sinh học này để phát hiện suy tim ở giai đoạn sớm có tầm quan trọng đối với hiệu quả quản lý điều trị bệnh tăng huyết áp nhất là tại các tuyến y tế cơ sở. Do đó chúng tôi tiến hành đề tài nhằm mục đích: Xác định nồng độ NT-proBNP huyết tương ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 150 bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát có và chưa có biểu hiện suy tim trên lâm sàng vào điều trị nội trú tại khoa Tim mạch Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An, 87 nam, 63 nữ tuổi trung bình $76,8 \pm 9,8$. Tất cả được khám lâm sàng, hỏi tiền sử làm điện tâm đồ, siêu âm tim và xét nghiệm định lượng NT-Pro BNP bằng máy xét nghiệm miễn dịch Cobas.6000 tại khoa Sinh hoá Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Nồng độ NT-pro BNP ở bệnh nhân tăng huyết áp

Bảng 3.1. Giá trị trung bình NT-proBNP phân bố theo tuổi - giới tính

Độ tuổi	n	Nam		Nữ		Tổng	p(t)
		n	$\bar{x} \pm SD$ (pg/ml)	n	$\bar{x} \pm SD$ (pg/ml)	$\bar{x} \pm SD$ (pg/ml)	
<60	10	6	1392.4 ± 899.9	4	2744.5 ± 54.4	2494.2 ± 2017.6	< 0,01
60-74	47	32	6116.7 ± 9823.5	15	3603.7 ± 5404.9	4206.4 ± 3147.9	
≥ 75	93	45	8667.3 ± 9369.9	48	8731.1 ± 11711.9	8502.9 ± 6664.2	
Tổng	150	83	6492.5 ± 5638.3	67	7082.6 ± 6430.9	6756.1 ± 5991.7	
p(g)			> 0,05				

p(t): Giá trị p so sánh theo độ tuổi; p(g): Giá trị p so sánh theo giới

Giá trị trung bình NT-proBNP của mẫu nghiên cứu là 6756.1 ± 5991.7 . NT-proBNP có xu hướng tăng dần theo tuổi với sự khác biệt giữa các nhóm tuổi có ý nghĩa ($p < 0,01$)

Bảng 3.2. NT-proBNP phân bố theo tiền sử THA

Tiền sử THA	n	Nam		Nữ		Tổng	p (c-k)
		n	$\bar{x} \pm SD$ (pg/ml)	n	$\bar{x} \pm SD$ (pg/ml)	$\bar{x} \pm SD$ (pg/ml)	
Có	123	63	7856.8 ± 5774.2	60	7737.5 ± 6484.6	7798.6 ± 6106	< 0,01
Không	27	20	2194.9 ± 1669.9	7	1469.1 ± 606.7	2006.7 ± 1492.5	

p (c-k): giá trị p so sánh giữa có tiền sử THA và không có tiền sử

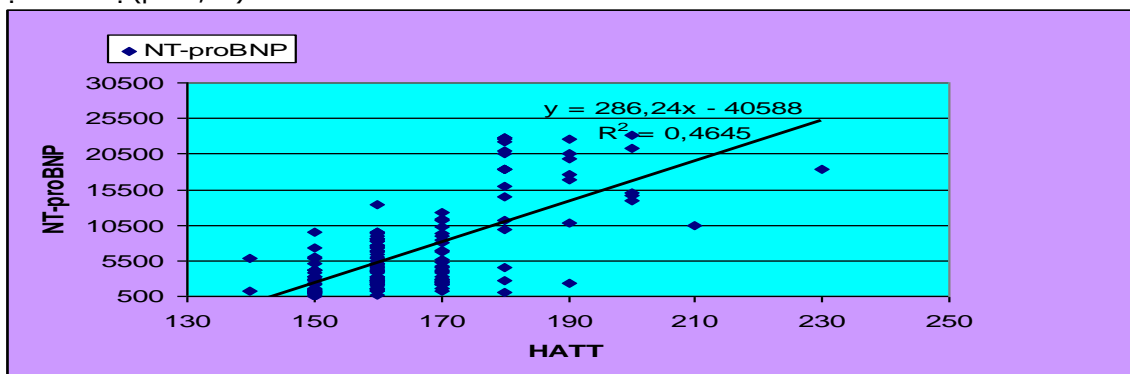
Nhóm bệnh nhân có tiền sử THA có nồng độ NT-pro BNP cao hơn có ý nghĩa so với nhóm mới được phát hiện ($p < 0,01$).

Bảng 3.3. NT-proBNP phân bố theo tiền sử điều trị THA

Điều trị THA	n	Nam		Nữ		Tổng cộng	p(c-k)
		n	$\bar{x} \pm SD$ (pg/ml)	n	$\bar{x} \pm SD$ (pg/ml)	$\bar{x} \pm SD$ (pg/ml)	
Có	57	22	4217.1 ± 2298.2	35	4674.3 ± 4246.3	4497.8 ± 3602.5	< 0,01
Không	93	61	7313.1 ± 6246.2	32	9716.7 ± 7386.6	8140.2 ± 6719.2	

p (c-k): giá trị p so sánh giữa có điều trị và không điều trị THA

Nhóm tăng huyết áp được điều trị có nồng độ NT-proBNP thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm không được điều trị ($p < 0,01$).



Biểu đồ 3.1: Tương quan giữa huyết áp tâm thu và NT-proBNP với $r = 0,68$, $p < 0,01$

3.2. Liên quan, tương quan giữa NT-pro BNP với huyết áp**Bảng 3.4. NT-proBNP phân bố theo phân độ huyết áp**

Độ THA	n	Nam		Nữ		Tổng	p
		n	$\bar{X} \pm SD(\text{pg/ml})$	n	$\bar{X} \pm SD(\text{pg/ml})$	$\bar{X} \pm SD(\text{pg/ml})$	
Độ I	27	21	2561.2±1686.2	6	1510±644.9	2327.6±1570.2	< 0,01
Độ II	94	48	5660.7±3327.2	46	4546.6±2381.7	5115.5±2941.6	
Độ III	29	14	15241.4±6795.2	14	17088.8±5904.8	16197 ±6305.1	

Nồng độ NT-proBNP tăng dần theo độ tăng huyết áp, với sự khác biệt rất có ý nghĩa với $p < 0,01$.

3.3. Liên quan giữa nồng độ NT-proBNP với mức độ suy tim ở bệnh nhân tăng huyết áp**3.3.1. Nồng độ NT-proBNP huyết tương phân bố theo suy tim lâm sàng****Bảng 3.5. NT-proBNP phân bố theo phân độ suy tim theo NYHA**

Độ suy tim	n	Nam		Nữ		Tổng cộng	p
		n	$\bar{X} \pm SD(\text{pg/ml})$	n	$\bar{x} \pm SD(\text{pg/ml})$	$\bar{X} \pm SD(\text{pg/ml})$	
NYHA I	8	6	689.7 ± 189.6	2	1860 ± 323.9	982.2 ± 578.1	<0,01
NYHA II	65	33	2599.4 ± 980.5	32	2734.8 ± 1196.5	2666 ± 1085.7	
NYHA III	42	24	6465.8 ± 1802.1	18	6698.7 ± 2019.3	6565.6 ± 1877.8	
NYHA IV	35	20	14689 ± 4895.3	15	17515.1 ± 4788.6	15900.2 ± 4984.7	

Nồng độ NT-proBNP huyết tương có xu hướng tăng dần theo độ nặng suy tim theo NYHA với sự khác biệt giữa các độ NYHA có ý nghĩa.

- Nồng độ NT-proBNP huyết tương phân bố theo phân độ suy tim theo ACC/AHA:

Bảng 3.6. NT-proBNP phân bố theo phân độ suy tim theo ACC/AHA

Giai đoạn suy tim	n	Nam		Nữ		Tổng cộng	p
		n	$\bar{x} \pm SD(\text{pg/ml})$	n	$\bar{x} \pm SD(\text{pg/ml})$	$\bar{x} \pm SD(\text{pg/ml})$	
Giai đoạn A	8	6	689.7±189.6	2	1860±323.9	982.3±578.1	<0,01
Giai đoạn B	67	34	2674.3±1059.7	33	2795.8±1228.8	2734.2±1139	
Giai đoạn C	41	23	6523.2±1820	18	6866±1972.7	6673.7±1873.3	
Giai đoạn D	34	20	14689± 4895.3	14	18211.6±4105.7	16139.5±4851.3	

Nồng độ NT-proBNP có xu hướng tăng dần theo độ nặng suy tim theo ACC/AHA với sự khác biệt giữa các giai đoạn suy tim có ý nghĩa.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Nồng độ NT-proBNP huyết tương phân bố theo tuổi và giới tính: Giá trị trung bình NT-proBNP của mẫu nghiên cứu của chúng tôi là $6756.1 \pm 5991.7(\text{pg/ml})$ (bảng 3.1), nồng độ NT-proBNP ở bệnh nhân tăng huyết áp tăng dần theo tuổi, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị trung bình của NT-proBNP giữa các nhóm tuổi ($p < 0,01$) (bảng 3.1).

Về vấn đề này nghiên cứu của Hà Thị Anh khi tiến hành trên 112 bệnh nhân được chẩn đoán suy tim điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy TP. Hồ Chí Minh [3] có NT-proBNP trung bình là 5394.92 ± 5734.52 , nhưng lại thấp hơn so với nghiên cứu của Huỳnh Kim Gàn tiến hành trên 58 bệnh nhân tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm An Giang có NT-proBNP trung bình là 9655 ± 5899 [4]. Sự khác biệt này là do độ nặng suy tim trong nhóm nghiên cứu khác nhau.

Nghiên cứu Hoàng Anh Tiến khi nghiên cứu trên nhóm chứng với 25 người khỏe mạnh, giá trị bình thường của người Việt Nam < 50 tuổi để tham khảo là $36,94 \pm 24,43$ (pg/ml) với nam là $31,88 \pm 57,68$ và nữ là $43,38 \pm 32,86$ (pg/ml) [5]. Trong nghiên cứu chúng tôi ở nhóm < 60

tuổi giá trị trung bình NT-proBNP là 2494.2 ± 2017.6 (pg/ml) (bảng 3.2). Khi so sánh với nhóm người khỏe mạnh của Hoàng Anh Tiến thì kết quả của chúng tôi có giá trị cao hơn, bởi vì mẫu nghiên cứu của chúng tôi ở người tăng huyết áp.

Tuy nhiên, ở nhóm tuổi từ 60 trở lên trong nghiên cứu chúng tôi, có sự gia tăng đáng kể nồng độ NT-proBNP ở BN THA. Giá trị trung bình của NT-proBNP ở nhóm ≥ 75 tuổi là 8502.9 ± 6664.2 (pg/ml) (bảng 3.1), cao hơn rất nhiều ngay cả trên 389 đối tượng khỏe mạnh trong nghiên cứu của Per Hildebrandt [6] với trị số trung bình NT-proBNP của người > 60 tuổi ở nữ (195ng/L); nam (143ng/L), cao hơn hẳn so với nhóm < 60 tuổi ở nữ (145ng/L), nam (82ng/L).

Qua đó ta thấy nồng độ NT-proBNP huyết tương gia tăng đáng kể theo tuổi, điều này phù hợp với một số nghiên cứu, tuổi là yếu tố làm tăng NT-proBNP.

Theo Hildebrandt P giới tính cũng ảnh hưởng đến NT-proBNP, nữ có trị số cao hơn nam, tuy nhiên khác biệt này ít, vì vậy có thể sử dụng cùng một điểm cắt cho cả nam và nữ [6]. Trong nghiên cứu chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt giữa nam và nữ về giá trị trung bình của NT-proBNP.

4.2. Nồng độ NT-proBNP huyết tương phân bố theo tiền sử mắc bệnh và điều trị

THA: Ở bảng 3.2, giá trị trung bình NT-proBNP ở nhóm không có tiền sử mắc bệnh THA là 2006.7 ± 1492.5 (pg/ml), trong khi đó ở nhóm có tiền sử mắc bệnh tăng gần gấp 4 lần, lên đến 7798.6 ± 6106 (pg/ml), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Điều này phù hợp với y văn đã đề cập đó là bệnh nhân tăng huyết áp động mạch, điện tâm đồ có phì đại thất trái và chức năng thất trái bảo tồn, NT-proBNP cao gấp 8 lần so với người khoẻ mạnh. NT-proBNP là một dấu hiệu tiên đoán rất mạnh, đặc biệt là kết hợp với tiền sử bệnh tim mạch. Các bệnh nhân có NT-proBNP cao và đã được biết bệnh tim mạch thì có biến cố về tim mạch tăng gấp 7 lần so với những bệnh nhân có NT-proBNP thấp và không có bệnh tim mạch, trong khi đó bệnh nhân có NT-proBNP cao hoặc bệnh tim mạch thì có nguy cơ tăng gấp ba bốn lần [7].

Ở bảng 3.3, giá trị trung bình NT-proBNP ở nhóm có tiền sử thường xuyên điều trị THA là 4497.8 ± 3602.5 (pg/ml), trong khi đó ở nhóm không thường xuyên điều trị tăng gấp 2 lần (8140.2 ± 6719.2 (pg/ml)), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Nghiên cứu của Per Hildebrandt ở Châu Âu trên nhóm chứng với 20 bệnh nhân tăng huyết áp nhưng không tuân thủ điều trị với 38 bệnh nhân điều trị thường xuyên thì NT-proBNP cao hơn đáng kể ở các bệnh nhân có điều trị so với những bệnh nhân không điều trị ($p < 0.01$) [6].

4.3. Liên quan tương quan giữa nồng độ NT-pro BNP với huyết áp: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3.4 và biểu đồ 3.1 cho thấy nồng độ NT-proBNP tăng dần theo mức độ huyết áp. Nồng độ NT-pro BNP ở nhóm bệnh nhân tăng huyết áp độ III cao hơn độ II và độ I và tương quan thuận với huyết áp tâm thu với $r=0,68$ với $p<0,01$ nghĩa là huyết áp tâm thu càng cao thì nồng độ NT-proBNP càng cao.

Về vấn đề này, Miguel Rivera và cộng sự nghiên cứu trên 202 người, trong đó có 72 người tăng huyết áp nguyên phát và 130 người không tăng huyết áp cho thấy nồng độ NT-proBNP ở người tăng huyết áp cao hơn có ý nghĩa so với người có huyết áp bình thường [7].

Nghiên cứu của Toda K và cộng sự trên 186 bệnh nhân tăng huyết áp không có tiền sử suy tim cho thấy tuổi, giới, phì đại thất trái, huyết áp có liên quan với nồng độ NT-proBNP ở bệnh nhân tăng huyết áp.

4.4. Nồng độ NT-proBNP huyết tương phân bố theo suy tim lâm sàng: Giá trị trung

bình NT-proBNP theo NYHA I, II, III, IV lần lượt là 982.2 ± 578.1 ; 2666 ± 1085.7 ; 6565.6 ± 1877.8 và 15900.2 ± 4984.7 (pg/ml) với $p < 0,001$ (bảng 3.5). Nhìn vào kết quả trên ta thấy nồng độ NT-proBNP tăng dần theo phân độ suy tim theo NYHA, nghĩa là suy tim càng nặng thì nồng độ NT-proBNP càng tăng. Phù hợp với nghiên cứu Nguyễn Thị Thu Dung trên 202 bệnh nhân tại Bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện Thống Nhất, Bệnh viện 115, Viện Tim, BV 115, BV 175, Tạ Mạnh Cường trên 106 bệnh nhân suy tim tại Viện Tim Mạch Việt Nam. Khi so sánh với nghiên cứu của Trịnh Hoàng Thanh tiến hành trên 42 bệnh nhân suy tim tại Bệnh viện Quân Y 121 (NYHA I: 0 pg/ml, NYHA II: 4199 pg/ml, NYHA III là 17166 pg/ml và NYHA IV: 32689 pg/ml)[11], kết quả NT-proBNP của chúng tôi thấp hơn. Trong khi đó, khi so sánh với nghiên cứu Hà Thị Anh (NYHA I: 0 pg/ml, NYHA II: $1127,24 \pm 625,34$ pg/ml, NYHA III là $4901,46 \pm 1436,72$ pg/ml và NYHA IV: $14357,04 \pm 4039,08$ pg/ml)[3], kết quả gần như giống nhau, chỉ khác nhau ở nhóm NYHA I.

- Nồng độ NT-proBNP huyết tương theo suy tim giai đoạn A, B, C, D lần lượt là 982.3 ± 578.1 ; 2734.2 ± 1139 ; 6673.7 ± 1873.3 và 16139.5 ± 4851.3 (pg/ml) với $p < 0,001$). Như vậy cùng với sự tăng dần của suy tim theo giai đoạn A, B, C, D thì nồng độ NT-proBNP huyết tương cũng tăng theo một cách có ý nghĩa.

Tế bào cơ trong cả bốn buồng tim thường bị tác động bởi các quá trình mà có thể gây tiết NT-proBNP như căng, dẫn, thiếu oxy. Các peptid lợi niệu được phóng thích từ tâm thất khi áp lực thất và thể tích máu tĩnh mạch trở về tăng lên. Do đó đối với BN suy tim càng nặng tương ứng với phân độ suy tim NYHA và các giai đoạn trong quá trình tiến triển của suy tim theo ACC/AHA càng cao thì nồng độ tiết ra của NT-proBNP càng nhiều. Như vậy cùng với sự tăng dần của suy tim theo phân độ NYHA và các giai đoạn theo ACC/AHA thì nồng độ NT-proBNP cũng tăng theo một cách có ý nghĩa. Cùng với các nghiên cứu trong và ngoài nước, kết quả của chúng tôi cũng tương tự như vậy. Chính vì thế việc phối hợp NT-proBNP với phân độ giai đoạn theo ACC/AHA hoặc phân độ suy tim theo NYHA sẽ giúp ích cho việc sàng lọc suy tim trong cộng đồng nói chung và cho bệnh nhân tăng huyết áp nói riêng.

V. KẾT LUẬN

Nồng độ NT-proBNP trung bình ở người bệnh tăng huyết áp nguyên phát là $6756,1 \pm 5991,7$ pg/ml và tăng dần theo độ tuổi. Nhóm bệnh

nhân có tiền sử tăng huyết áp có nồng độ NT-proBNP cao hơn có ý nghĩa so với nhóm bệnh nhân mới được phát hiện. Nhóm bệnh nhân tăng huyết áp được điều trị có nồng độ NT-proBNP thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm không được điều trị. Nồng độ NT-proBNP có tương quan thuận huyết áp tâm thu với $r = 0,68$, $p < 0,01$.

Nồng độ NT-proBNP tăng dần theo độ suy tim NYHA và giai đoạn suy tim ABCD của ACC/AHA. Do vậy cần tăng cường khám sàng lọc phát hiện tăng huyết áp và điều trị sớm cho người dân để hạn chế biến chứng tim mạch ở bệnh nhân tăng huyết áp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization (2014), "World Health Statistics 2014".
2. Nguyễn Lâm Việt (2016), "Kết quả mới nhất điều tra tăng huyết áp toàn quốc năm 2015 - 2016".

3. Hà Thị Anh, Nguyễn Thị Thu Trà (2010), "Khảo sát mối liên quan giữa nồng độ NT-proBNP máu với mức độ suy tim", *Y Học TP. Hồ Chí Minh tập 14, phụ bản của số 2, 2010: 212-219*.
4. Huỳnh Kim Gòn, Nguyễn Phú Quý, Phạm Ngọc Dũng và CS (2008), "Nồng độ NT-proBNP ở bệnh nhân suy tim", *Bệnh viện đa khoa Trung Tâm An Giang*.
5. Hoàng Anh Tiến (2006), "Nghiên cứu giá trị chẩn đoán của nồng độ NT-proBNP ở đợt cấp của suy tim mạn", *Luận văn Thạc sĩ Y học - Huế*.
6. Per Hildebrandt, Mikael Boesen, Michael Olsen et al. (2004), "N-terminal pro brain natriuretic peptide in arterial hypertension - a marker for left ventricular dimensions and prognosis", *The European Journal of Heart Failure 6 (2004) 313-317*.
7. Rivera Miguel, Taléns-Visconti R, Salvador A, et al. (2004), "NT-proBNP levels and hypertension. Their importance in the diagnosis of heart failure", *Rev Esp Cardiol, 2004;57:396-402*.

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRONG ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN SAU PHẪU THUẬT SẢN PHỤ KHOA TẠI BỆNH VIỆN SẢN TRUNG ƯƠNG

Thân Thị Hải Hà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm sử dụng kháng sinh điều trị nhiễm khuẩn sau phẫu thuật sản phụ khoa tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương. **Đối tượng nghiên cứu:** 225 bệnh nhân điều trị tại bệnh viện Phụ Sản Trung ương trong khoảng thời gian từ 2/2016 đến 12/2016, được chẩn đoán nhiễm khuẩn sau phẫu thuật sản phụ khoa và sử dụng kháng sinh đường toàn thân không dưới 2 ngày. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Các kháng sinh có tỉ lệ bệnh nhân sử dụng cao nhất là metronidazol (93,8%), cefuroxim (58,2%), levofloxacin (37,3%), ampicilin/sulbactam (27,6%). Phác đồ có tỉ lệ bệnh nhân sử dụng cao nhất là metronidazol + cefuroxim (37,8%). Hầu hết các phác đồ kháng sinh ban đầu trong điều trị nhiễm khuẩn vùng chậu đều chứa cefuroxim. Các kháng sinh chủ yếu được dùng theo đường tĩnh mạch, liều dùng mỗi kháng sinh không thay đổi giữa các lượt chỉ định. Có sự khác biệt về liều dùng của một số kháng sinh trong nghiên cứu với các khuyến cáo. **Kết luận:** Cần xem xét lại các phác đồ chứa cefuroxim, phác đồ phối hợp chứa imipenem/cilastatin, phác đồ phối hợp ampicilin/sulbactam + metronidazol. Chế độ liều của một số thuốc cần được đánh giá lại vì có sự khác biệt với các khuyến cáo.

Từ khóa: nhiễm khuẩn, kháng sinh, phẫu thuật sản phụ khoa

SUMMARY

ANTIBIOTICS USAGE IN TREATMENT OF POSTOPERATIVE INFECTIONS IN NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objectives: The study described the pattern of antibiotics usage in the treatment of postoperative infections in investigated hospital. **Material:** 225 patients were treated in investigated hospital from 2/2016 to 12/2016, diagnosed with postoperative infections in obstetrics and gynecology, using at least one systemic antibiotic no less than 2 days. **Method:** Cross-sectional descriptive. **Results:** Antibiotics were used the most were metronidazole (93.8%), cefuroxime (58.2%), levofloxacin (37.3%), ampicillin/sulbactam (27.6%). Metronidazole + cefuroxime (37.8%) was the most common regimen. Most of the initial antibiotic regimens for the treatment of pelvic infections contained cefuroxime. The majority of antibiotics were given intravenously with unchanged doses. Doses of several antibiotics were not appropriate with recommendations. **Conclusion:** It is necessary to review regimens with cefuroxime, combination regimens containing imipenem/cilastatin or ampicillin/sulbactam + metronidazole also. Doses of several antibiotics should be re-evaluated according to current recommendations.

Keywords: infection, antibiotics, obstetrics and gynecology surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

¹Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Thân Thị Hải Hà

Email: thanthihaiha@gmail

Ngày nhận bài: 29.3.2018

Ngày phản biện khoa học: 7.5.2018

Ngày duyệt bài: 14.5.2018

Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là biến chứng thường gặp nhất và là nguyên nhân quan trọng gây tử vong. Bệnh viện Phụ Sản Trung ương (PSTW) là bệnh viện chuyên khoa tuyến cuối về sản phụ khoa. Tuy nhiên bệnh viện chưa có nhiều nghiên cứu về sử dụng kháng sinh trong điều trị loại nhiễm khuẩn này, nên đặt ra câu hỏi liệu việc điều trị đã thực sự hợp lý hay chưa. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu: Khảo sát đặc điểm sử dụng kháng sinh điều trị nhiễm khuẩn sau phẫu thuật sản phụ khoa tại bệnh viện PSTW.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn sau phẫu thuật sản phụ khoa, được điều trị tại bệnh viện PSTW năm 2016.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được sử dụng ít nhất 1 kháng sinh đường toàn thân trong thời gian điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân tử vong, bệnh nhân có thời gian điều trị kháng sinh ít hơn 2 ngày.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.3. Cỡ mẫu: Kỹ thuật lấy mẫu thuận tiện không xác suất, lấy tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu: Chúng tôi thu thập được 225 bệnh nhân được điều trị trong khoảng thời gian từ 2/2016 đến 12/2016 đưa vào nghiên cứu. Tuổi của bệnh nhân có trung bình là 29. Tỷ lệ bệnh nhân có bệnh lý mắc kèm thấp (7,1%). Có 10 bệnh nhân được chẩn đoán có 2 loại nhiễm khuẩn, vì vậy tỉ

lệ chẩn đoán mỗi loại nhiễm khuẩn được tính trên tổng số là 235.

Bảng 1. Số lượng và tỉ lệ các loại nhiễm khuẩn

Loại nhiễm khuẩn	Số lượng (%) (n=235)
NKVM thành bụng	48 (20,4)
NKVM vùng chậu (viêm nội mạc tử cung, nhiễm trùng môm cắt sau mổ, nhiễm trùng vết mổ tử cung, viêm tiểu khung, viêm dính tử cung, viêm phần phụ)	178 (75,8)
Khác	9 (3,8)

Trong nghiên cứu, có 184 bệnh nhân được làm xét nghiệm vi sinh (40,2% có kết quả dương tính, còn lại là âm tính), có tất cả 271 mẫu bệnh phẩm (30,3% có kết quả dương tính, còn lại là âm tính). Trong số các mẫu bệnh phẩm có kết quả dương tính, những vi khuẩn phổ biến phân lập được là *E. Coli* (36,6%), *Enterococcus* (28%) - phần lớn từ dịch âm đạo và *S. aureus* (28%) - phần lớn phân lập được từ dịch vết mổ.

Có 41 kết quả kháng sinh đồ trong toàn bộ 225 bệnh án nghiên cứu. *E. coli* có tỉ lệ kháng cao với cefuroxim (3/4: có tổng số 4 kết quả kháng sinh đồ của *E. coli*, trong đó 3 trường hợp là đề kháng), tỉ lệ kháng thấp với amikacin (3/12), levofloxacin (1/4), imipenem (0/20). *S. aureus* có tỉ lệ kháng cao với oxacilin (6/6), clindamycin (5/6) và 4/7 trường hợp ghi nhận là kháng vancomycin.

3.2. Đặc điểm sử dụng kháng sinh

3.2.1. Đặc điểm lựa chọn kháng sinh chung: Các kháng sinh có tỉ lệ bệnh nhân sử dụng cao nhất là metronidazol (93,8%), cefuroxim (58,2%), levofloxacin (37,3%), ampicilin/sulbactam (27,6%), imipenem/ cilastatin (24,9%). Ngoài ra còn 6 kháng sinh khác được sử dụng là cefoperazon/sulbactam, ceftriaxon, doxycyclin, clindamycin, amikacin, azithromycin.

Bảng 2. Tỉ lệ các phác đồ kháng sinh được sử dụng phổ biến

Kiểu phác đồ	Tên phác đồ	Số lượng bệnh nhân (%) (n=225)
Phác đồ 1 kháng sinh	Cefuroxim	11 (4,9)
Phác đồ 2 kháng sinh	Metronidazol + cefuroxim	85 (37,8)
	Metronidazol + ampicilin/sulbactam	42 (18,7)
Phác đồ 3 kháng sinh	Metronidazol + cefuroxim + levofloxacin	31 (13,8)
	Metronidazol + levofloxacin + imipenem/cilastatin	25 (11,1)

Ghi chú: Có những bệnh nhân có thay đổi phác đồ trong quá trình điều trị nên được sử dụng 2 hoặc 3 phác đồ khác nhau trong cả đợt. Phác đồ được sử dụng phổ biến nhất là metronidazol + cefuroxim, metronidazol + ampicilin/sulbactam. Nếu tính 1 lượt phác đồ là 1 phác đồ sử dụng trên 1 bệnh nhân thì trong

nghiên cứu có tất cả 276 lượt phác đồ. Có 58 lượt phác đồ chứa imipenem, trong đó 54 lượt (93,1%) là phác đồ phối hợp.

3.2.2. Phác đồ ban đầu: Trong 225 bệnh nhân nghiên cứu, NKVM thành bụng được chẩn đoán ở 48 bệnh nhân, NKVM vùng chậu được chẩn đoán ở 178 bệnh nhân (có 1 bệnh nhân có cả 2

loại nhiễm khuẩn này, chúng tôi tổng kết phác đồ kháng sinh của bệnh nhân này ở cả 2 nhóm).

Bảng 3. Tỷ lệ các phác đồ ban đầu phổ biến

Kiểu phác đồ	Tên phác đồ	NKVM thành bụng Số lượng (%) (n=48)	NKVM vùng chậu Số lượng (%) (n=178)
Phác đồ 1 kháng sinh	Cefuroxim	5 (10,4)	6 (3,4)
	Ampicilin/sulbactam	1 (2,1)	-
	Tổng	6 (12,5)	6 (3,4)
Phác đồ 2 kháng sinh	Metronidazol + cefuroxim	10 (20,8)	73 (41,0)
	Metronidazol + ampicilin/sulbactam	9 (18,8)	32 (18,0)
Phác đồ 3 kháng sinh	Metronidazol+cefuroxim + levofloxacin	8 (16,7)	22 (12,4)
	Metronidazol + levofloxacin + imipenem/cilastatin	4 (8,3)	10 (5,6)

Các phác đồ ban đầu trong NKVM thành bụng và NKVM vùng chậu là tương tự nhau với các phác đồ phổ biến nhất là metronidazol + cefuroxim, metronidazol + ampicilin/sulbactam, metronidazol + cefuroxim + levofloxacin.

3.2.3. Đặc điểm về liều dùng, đường dùng của kháng sinh

Bảng 4. Đặc điểm về đường dùng và liều dùng của các kháng sinh

Kháng sinh	Đường dùng	Liều dùng 1 lần	Số lần trong ngày
Metronidazol	Truyền tĩnh mạch	0,5g	2
Cefuroxim	Tiêm tĩnh mạch	1,5g	2
Levofloxacin	Truyền tĩnh mạch	750mg	1
Ampicilin/sulbactam	Tiêm tĩnh mạch	1,5g	2
Imipenem/cilastatin	Truyền tĩnh mạch	1g	3
Doxycyclin	Uống	100mg	2
Ceftriaxon	Tiêm tĩnh mạch	1g	2
Clindamycin	Tiêm bắp	600mg	2

Không có sự thay đổi đường dùng cũng như chế độ liều của mỗi kháng sinh trong toàn bộ nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, NKVM vùng chậu chiếm tỷ lệ lớn (75,8%), NKVM thành bụng chỉ chiếm khoảng 1/5 (20,4%). Các tác nhân chính gây NKVM trong nghiên cứu là vi khuẩn *E. coli*, *Enterococcus spp* (chủ yếu phân lập được từ dịch âm đạo) và *S. aureus* (chủ yếu phân lập được từ dịch vết mổ). Kết quả này hoàn toàn phù hợp với đặc điểm vi sinh của mỗi loại nhiễm khuẩn. Cũng cần lưu ý rằng vi khuẩn kỵ khí cũng là một tác nhân phổ biến, song ở điều kiện nuôi cấy thông thường rất khó phân lập được chúng.

Trong kết quả kháng sinh đồ, có 4 trong số 7 trường hợp *S. aureus* được ghi nhận là kháng vancomycin. Tuy nhiên theo khuyến cáo của Viện Tiêu Chuẩn Lâm sàng và Xét nghiệm Hoa Kỳ (CLSI) 2015, *Staphylococcus* kháng vancomycin được coi là một kết quả bất thường và cần phải kiểm tra lại [2]. Vì vậy, khoa vi sinh cần cân nhắc kiểm tra lại các kết quả này.

4.2. Đặc điểm về sử dụng kháng sinh

4.2.1. Đặc điểm lựa chọn kháng sinh chung: Các tác nhân gây nhiễm khuẩn sau phẫu thuật sản phụ khoa là vi khuẩn hiếu khí, kỵ khí hỗn hợp[3]. Phần lớn các bệnh nhân trong

nghiên cứu của chúng tôi có nhiễm khuẩn vùng chậu (75,8%), vì thế hầu hết các phác đồ ban đầu đều có phổ tác dụng lên vi khuẩn kỵ khí - tác nhân thường gây nhiễm khuẩn vùng chậu. Như vậy trong nghiên cứu này việc metronidazol có mặt trong hầu hết các phác đồ là hợp lý.

Trong nghiên cứu có 58 lượt phác đồ chứa imipenem/cilastatin, trong đó hầu hết là phác đồ phối hợp (93,1%), phổ biến nhất là metronidazol + levofloxacin + imipenem/cilastatin. Imipenem được chấp nhận để điều trị các loại nhiễm khuẩn sau phẫu thuật sản phụ khoa nhưng được khuyến cáo dùng đơn độc [1], [4]. Như vậy, việc sử dụng phác đồ phối hợp chứa imipenem/cilastatin trong điều trị nhiễm khuẩn sau phẫu thuật ở bệnh viện PSTW nên được cân nhắc lại.

4.2.2. Đặc điểm lựa chọn phác đồ ban đầu

NKVM vùng chậu: Phác đồ đơn độc được sử dụng là cefuroxim. Tuy nhiên phác đồ này không được khuyến cáo trong các hướng dẫn điều trị (HDĐT) nhiễm khuẩn vùng chậu sau phẫu thuật sản phụ khoa. Về phổ tác dụng, cefuroxim có hoạt tính trên *E. coli* và *S. aureus* là 2 tác nhân gây bệnh phổ biến trong nghiên cứu nhưng lại không có hoạt tính trên *Enterococcus spp* và có hiệu quả kém trên vi khuẩn kỵ khí vùng chậu và

vi khuẩn Gr(-). Mặt khác, dựa trên kết quả kháng sinh đồ tại bệnh viện PSTW, tỉ lệ kháng của *E. coli* với cefuroxim khá cao (3/4). Như vậy phác đồ cefuroxim đơn độc không phải là lựa chọn phù hợp cho NKVM vùng chậu.

Phác đồ phối hợp kháng sinh phổ biến nhất là metronidazol + cefuroxim (41,0%). So với phác đồ đơn độc cefuroxim, phác đồ này chỉ cải thiện được phổ trên vi khuẩn kỵ khí. Phác đồ này cũng nằm ngoài các phác đồ khuyến cáo. Các phác đồ điều trị NKVM vùng chậu sau phẫu thuật sản phụ khoa của bệnh viện Từ Dũ, khoa phụ sản của một số trường đại học ở Hoa Kỳ đều khuyến cáo sử dụng metronidazol kết hợp với cephalosporin thế hệ 3 hoặc aminoglycosid [5],[6].

Metronidazol + cefuroxim + levofloxacin là phác đồ 3 kháng sinh thường gặp nhất. Levofloxacin là kháng sinh có hiệu quả tốt trong điều trị nhiễm khuẩn vùng chậu và không ảnh hưởng đến pH âm đạo [3]. Levofloxacin có hoạt tính trên tụ cầu, các vi khuẩn ưa khí Gr(-) (bao gồm *E. coli*, *Enterococcus*). Hơn nữa, kết quả kháng sinh đồ tại bệnh viện cho thấy *E. coli* còn nhạy cảm với levofloxacin (3/4 trường hợp là nhạy cảm). Như vậy, sự phối hợp levofloxacin và metronidazol đã bao trùm được phổ tác dụng trên các tác nhân gây bệnh thường gặp, việc kết hợp thêm cefuroxim là không cần thiết. Và thực tế cho thấy trong các HDĐT chỉ khuyến cáo metronidazol + levofloxacin [1].

Như vậy, có thể nhận thấy rằng các phác đồ chủ yếu được sử dụng để điều trị nhiễm khuẩn vùng chậu sau phẫu thuật tại bệnh viện PSTW, từ phác đồ đơn độc đến phác đồ phối hợp 2 hay 3 kháng sinh đều có chứa cefuroxim và hầu như các phác đồ này đều không được khuyến cáo trong các HDĐT. Hơn nữa, xét về phổ tác dụng hay đặc điểm vi sinh tại bệnh viện PSTW, các phác đồ trên cũng chưa thực sự là lựa chọn tối ưu.

Các phác đồ phối hợp còn lại trong điều trị nhiễm khuẩn vùng chậu (ngoài phác đồ chứa imipenem/cilastatin đã được bàn luận ở trên) chủ yếu là các phác đồ có cả ampicilin/sulbactam và metronidazol. Tuy nhiên phác đồ này không được khuyến cáo trong các HDĐT. Ampicilin/sulbactam có thể dùng đơn độc trong điều trị NKVM vùng chậu sau phẫu thuật sản phụ khoa [1] hoặc phối hợp với gentamicin [5].

NKVM thành bụng: Chỉ có 12,5% là phác đồ đơn độc (cefuroxim hoặc ampicilin/sulbactam) còn lại là phác đồ phối hợp. Điều này không phù hợp với nhiều HDĐT: phác đồ điều trị NKVM thành bụng là phác đồ đơn độc, có thể là một

trong các kháng sinh amoxicilin/clavulanat, clarithromycin, moxifloxacin, cefazolin [4], [7].

4.2.3. Đặc điểm về đường dùng, liều dùng kháng sinh: Chế độ liều của metronidazol, imipenem/ cilastatin, doxycyclin trong nghiên cứu phù hợp với khuyến cáo trong một số HDĐT nhiễm khuẩn sau phẫu thuật sản phụ khoa và Dược thư quốc gia Việt Nam 2015 [1], [4], [5]. Tuy nhiên có sự khác biệt về liều dùng ở các kháng sinh còn lại.

Tuy cefuroxim không được khuyến cáo sử dụng trong các HDĐT nhiễm khuẩn sau phẫu thuật sản phụ khoa nhưng đây là kháng sinh được sử dụng khá phổ biến trong nghiên cứu (58,2% bệnh nhân). Theo tờ thông tin sản phẩm Zinacef, liều của cefuroxim trong điều trị NKVM là 750-1500mg x 3-4 lần/ngày. Theo Dược thư Anh (BNF), cefuroxim được khuyến cáo sử dụng cho người lớn với liều 750-1500mg x 3-4 lần/ngày. Như vậy, số lần dùng trong ngày của cefuroxim trong nghiên cứu có sự khác biệt so với các tài liệu trên. Liều dùng một lần của ampicilin/sulbactam (1,5g) thấp hơn so với khuyến cáo ở một số trường đại học tại Hoa Kỳ [1], tuy nhiên vẫn nằm trong phạm vi khuyến cáo của Dược thư quốc gia Việt Nam 2015, nhưng số lần dùng trong ngày (2 lần/ngày) có sự khác biệt so với các tài liệu trên (4 lần/ngày). Cefuroxim và ampicilin/sulbactam là các kháng sinh thuộc nhóm β -lactam - nhóm kháng sinh phụ thuộc thời gian - trong thực hành lâm sàng, các bác sĩ cần đảm bảo số lần dùng trong ngày theo khuyến cáo để đảm bảo hiệu quả điều trị.

Với levofloxacin, số lần dùng mỗi ngày trong nghiên cứu (1 lần/ngày) phù hợp với khuyến cáo của nhiều trường Đại học Y ở Hoa Kỳ trong điều trị NKVM sản phụ khoa [1], tuy nhiên liều dùng một lần trong nghiên cứu cao hơn liều được khuyến cáo.

Với ceftriaxon, theo tờ thông tin sản phẩm Rocephin, tất cả các mức liều đều được khuyến cáo sử dụng 1 lần/ngày, có thể cân nhắc chia 2 lần với liều lớn hơn 2g/ngày. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ceftriaxon được sử dụng 1g x 2 lần/ngày - việc chia liều này nên được cân nhắc lại.

Chế độ liều của clindamycin trong nghiên cứu (600mg x 2 lần/ngày) không hoàn toàn tương đồng với Hướng dẫn sử dụng kháng sinh của Bộ Y tế 2015 (600mg x 3 lần/ngày).

V. KẾT LUẬN

- Các kháng sinh được sử dụng phổ biến nhất là metronidazol (93,8%), cefuroxim (58,2%), levofloxacin (37,3%), ampicilin/ sulbactam (27,6%).

- Phác đồ phổ biến nhất là metronidazol + cefuroxim (37,8%). Hầu hết các phác đồ kháng sinh ban đầu trong điều trị NKVM vùng chậu đều chứa cefuroxim.

- Các kháng sinh chủ yếu được dùng theo đường tĩnh mạch, liều dùng mỗi kháng sinh không thay đổi giữa các lượt chỉ định. Có sự khác biệt về liều dùng của một số kháng sinh trong nghiên cứu với các khuyến cáo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Larsen J. W., Hager W. D., et al.** Guidelines for the diagnosis, treatment and prevention of postoperative infections. *Infect Dis Obstet Gynecol*; 2003. 11(1), pp. 65-70
2. **Clinical and Laboratory Standards Institute.** M100-S25 Performance standards for antimicrobial susceptibility testing. Twenty-Fifth informational supplement; 2015. pp. 26-32.
3. **Gilles R. G, Monif David A. Baker.** *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*; 2008. pp. 528-590.
4. **Jaiyeoba O.** Postoperative infections in obstetrics and gynecology. *Clin Obstet Gynecol*; 2012. 55(4), pp. 904-13.
5. **Faro Sebastian.** Postpartum Endometritis. *Clinics in Perinatology*; 2005. 32(3). pp. 803-814.
6. **Lachiewicz M. P., Moulton L. J., et al.** Pelvic surgical site infections in gynecologic surgery. *Infect Dis Obstet Gynecol*; 2015. 614950(10), pp. 18.
7. **Chan K. K., Davila G. Willy, et al.** Gynecologic and Obstetric Surgery Challenges and Management Options; 2016. pp. 142-146.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, KIỂU HÌNH KHÁNG PYRAZINAMID Ở BỆNH NHÂN LAO PHỔI MỚI VÀ LAO PHỔI ĐIỀU TRỊ LẠI

Nguyễn Thị Phượng¹, Đinh Ngọc Sỹ¹,
Nguyễn Mạnh Thế², Nguyễn Kim Cương²

lao phổi điều trị lại là 43,2%. Kiểu hình kháng PZA phối hợp với kháng INH chiếm tỉ lệ cao nhất.

Từ khóa: kháng PZA, lao phổi mới, lao phổi điều trị lại

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và xác định kiểu hình kháng PZA của vi khuẩn lao phân lập từ bệnh nhân lao phổi mới và lao phổi điều trị lại tại bệnh viện Phổi Trung Ương từ tháng 05/2016-07/2017. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Tỉ lệ bệnh nhân lao phổi mới 79,3%; lao phổi điều trị lại 20,7%. Tỉ lệ các triệu chứng ở 2 nhóm lao phổi mới và lao phổi điều trị lại: sốt 69,9% và 78,4%; ho khạc đờm 78,2% và 94,6%; khó thở 39,4% và 64,9%; biến dạng lồng ngực 13,4% và 59,5%; ran nổ 42,3% và 73%; ran rít ran ngáy 9,9% và 29,7%, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$); mệt mỏi ăn kém 90,1% và 91,9%; gầy sút cân 68,3% và 83,8%; ho ra máu 21,1% và 18,9%; đau ngực 69,7% và 81,1%; ran ẩm 66,2% và 64,9%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tỉ lệ kháng PZA chung 12,8%, trong đó nhóm lao phổi mới 4,9%; nhóm lao phổi điều trị lại 43,2%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kiểu hình kháng PZA phối hợp với kháng INH chiếm tỉ lệ cao nhất, sau đó đến kiểu hình kháng PZA kết hợp với S; PZA kết hợp với E. Tỷ lệ kháng của PZA trong nhóm kháng thuốc 32,4%, trong đó ở nhóm MDR 88,9%, ở nhóm không MDR 24,2%. **Kết luận:** vi khuẩn kháng PZA ở bệnh nhân lao phổi điều trị lại tại bệnh viện Phổi Trung ương phổ biến (12,8%), trong đó nhóm lao phổi mới tỉ lệ kháng PZA là 4,9%; nhóm

SUMMARY

CLINICAL FEATURE AND PHENOTYPE OF PYRAZINAMID DRUG RESISTANT IN NEW AND RELAPSE TUBERCULOSIS

Research objectives: Clinical manifestations and PZA-resistant phenotypes of *M. tuberculosis* isolated from new TB and retreatment TB patients at National Lung Hospital from May-2016 to July-2017. **Research method:** Cross sectional study. **Results:** The percentages of new TB and retreatment TB are 79,3% and 20,7%, respectively. The prevalence of symptoms in new TB group and retreatment TB group: fever 69,9% & 78,4%; productive cough 78,2% & 94,6%; dyspnea 39,4% & 64,9%; abnormal thorax 13,4% & 59,5%; crackles 42,3% & 73%; wheeze and rhonchus 9,9% & 29,7%, statistically significant difference ($p < 0,05$); anorexia and fatigue 90,1% & 91,9%; weight loss 68,3% & 83,8%; hemoptysis 21,1% & 18,9%; chest pain 69,7% & 81,1%; coarse crackles 66,2% & 64,9%, non-significant difference ($p > 0,05$). The prevalence of PZA-resistant is 12,8% (new-TB 4,9%; retreatment TB 43,2%, statistically significant difference ($p < 0,05$)). The prevalence of PZA-resistant associated with INH-resistant phenotype is highest, then PZA-resistant associated with S-resistant; E-resistant. The prevalence of PZA-resistant in drug-resistant group is 32,4%, in MDR-TB group 88,9%, in non-MDR-TB group 24,2%. **Conclusions:** PZA-resistant in tuberculosis pulmonary at National Lung Hospital is (12,8%), the prevalence of PZA-resistant in new TB group and retreatment TB group are 4,9%

¹Bệnh viện Phổi Trung ương

²Đại học Y Hà Nội;

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Ngọc Sỹ

Email: syminhquan@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.3.2018

Ngày phản biện khoa học: 4.5.2018

Ngày duyệt bài: 10.5.2018

and 43,2%. The prevalence of PZA-resistant associated with INH-resistant phenotype is highest.

Key words: PZA-resistant, new TB, retreatment TB.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam vẫn là một nước có gánh nặng bệnh lao cao và lao kháng đa thuốc (MDR). Pyrazinamid (PZA) là một thuốc chống lao mạnh được sử dụng trong hầu hết các công thức điều trị, bao gồm cả điều trị lao đa kháng ở cả hai giai đoạn tấn công và duy trì. Việc sử dụng rộng rãi và lâu dài PZA trong quá trình điều trị lao sẽ làm tăng khả năng kháng thuốc của vi khuẩn đối với thuốc này. Vì vậy nghiên cứu về tính kháng thuốc của vi khuẩn lao (VKL) đối với PZA là rất cần thiết. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm 2 mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân lao phổi điều trị tại bệnh viện Phổi Trung ương từ tháng 5/2016 đến tháng 7/2017.*

2. *Xác định kiểu hình kháng PZA của vi khuẩn lao phân lập từ bệnh nhân*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 179 bệnh nhân được chẩn đoán lao phổi tại bệnh viện Phổi Trung ương trong thời gian từ tháng 5/2016 đến tháng 7/2017, được chia thành 2 nhóm:

- Nhóm 1: 142 bệnh nhân lao phổi mới (LPM)
- Nhóm 2: 37 bệnh nhân lao phổi điều trị lại (LPĐTL) bao gồm lao phổi tái phát, lao phổi thất bại điều trị và lao phổi sau bỏ trị

Tiêu chuẩn lựa chọn: Chọn bệnh nhân lao phổi theo hướng dẫn của TCYTTG và CTCLQG (2016)

- Lao phổi AFB(+): có ít nhất một mẫu đờm nhuộm soi trực tiếp AFB(+) (Acid - Fast -Bacilli) và một mẫu đờm nuôi cấy, định danh xác định có vi khuẩn lao MTB(+).

- Lao phổi AFB(-): có ít nhất 2 mẫu đờm nhuộm soi trực tiếp AFB(-) và một mẫu đờm nuôi cấy, định danh xác định có vi khuẩn lao MTB(+).

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không hợp tác trong quá trình nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu:

- Thu nhập các thông tin hành chính, triệu chứng lâm sàng, hình ảnh xquang

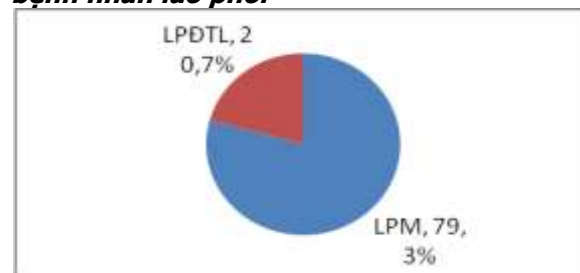
- Soi trực tiếp, nuôi cấy đờm tìm vi khuẩn lao, đánh giá nhạy cảm thuốc môi trường lỏng với các thuốc SM, RMP, INH, EMP bằng hệ thống BACTEC-MGIT, thuốc PZA cũng trong môi trường lỏng với pH 5,9.

Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu không xác suất với mẫu thuận tiện: tất cả bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn, được thu nhận vào nghiên cứu.

Thu thập số liệu theo mẫu phiếu nghiên cứu, xử lí theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 21.0. Sử dụng test χ^2 so sánh các tỉ lệ, sự khác nhau có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân lao phổi



Đồ thị 1: Phân bố bệnh nhân theo tiền sử điều trị lao

Nhận xét: tỉ lệ bệnh nhân lao phổi mới là 79,3%; bệnh nhân lao phổi điều trị lại là 20,7%.

Bảng 1: Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	Nhóm	LPM (n = 142)		LPĐTL (n = 37)		Chung (n = 179)		p
		n	%	n	%	n	%	
Có sốt		85	59,9	29	78,4	114	63,7	<0,05
Mệt mỏi, ăn kém		128	90,1	34	91,9	162	90,5	>0,05
Gầy sút cân		97	68,3	31	83,8	128	71,5	>0,05
Ra mồ hôi trộm về đêm		39	27,5	7	18,9	46	25,7	>0,05
Ho khạc đờm		111	78,2	35	94,6	146	81,6	<0,05
Ho ra máu		30	21,1	7	18,9	37	20,7	>0,05
Đau ngực		99	69,7	30	81,1	129	72,1	>0,05
Khó thở		56	39,4	24	64,9	80	44,7	<0,01
Biến dạng lồng ngực		19	13,4	22	59,5	41	22,9	<0,01
Ran ẩm		94	66,2	24	64,9	118	65,9	>0,05
Ran nổ		60	42,3	27	73,0	87	48,6	<0,01
Ran ngày, rít		14	9,9	11	29,7	25	14,0	<0,01

Nhận xét: Tỷ lệ các triệu chứng ở 2 nhóm lao phổi mới và lao phổi điều trị lại: sốt 69,9% và 78,4%; ho khạc đờm 78,2% và 94,6%; khó thở 39,4% và 64,9%; biến dạng lồng ngực 13,4% và 59,5%; ran nổ 42,3% và 73%; ran rít ran ngáy 9,9% và 29,7%, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$); mệt mỏi ăn kém 90,1% và 91,9%; gầy sút cân 68,3% và 83,8%; ho ra máu 21,1% và 18,9%; đau ngực 69,7% và 81,1%; ran ẩm 66,2% và 64,9%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

2. Đặc điểm kiểu hình kháng PZA của vi khuẩn

2.1 Tỷ lệ kháng PZA ở nhóm LPM và LPĐTL

Bảng 2: Tỷ lệ kháng PZA ở nhóm LPM và LPĐTL

PZA	Nhóm	LPM(n = 142)		LPĐTL(n = 37)		Chung(n = 179)		p
		n	%	n	%	n	%	
	Nhạy cảm	135	95,1	21	56,8	156	87,2	<0,001
	Kháng	7	4,9	16	43,2	23	12,8	

Nhận xét: Trong 179 bệnh nhân nghiên cứu có 23 trường hợp kháng PZA chiếm tỷ lệ 12,8%, trong số đó có 7 bệnh nhân lao phổi mới và 16 bệnh nhân lao phổi điều trị lại. Tỷ lệ kháng PZA trong nhóm LPĐTL chiếm 43,2% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm LPM (4,9%), $p < 0,001$.

2.2 Tỷ lệ kháng PZA phối hợp với từng loại

Bảng 3. Tỷ lệ kháng PZA phối hợp với từng loại thuốc

Kháng	Nhóm	LPM(n = 142)		LPĐTL(n = 37)		Chung(n = 179)		p
		n	%	n	%	n	%	
	Z+S	2	1,4	11	29,7	13	7,3	<0,001
	Z+H	3	2,1	12	32,4	15	8,4	<0,001
	Z+R	1	0,7	7	18,9	8	4,5	<0,001
	Z+E	1	0,7	9	24,3	10	5,6	<0,001

Nhận xét: kiểu kháng Z kết hợp với H chiếm tỷ lệ cao nhất, sau đó đến kiểu kháng kết hợp với S và E.

2.3 Tỷ lệ kháng PZA ở nhóm bệnh nhân MDR

Bảng 4. Tỷ lệ kháng PZA nhóm bệnh nhân MDR

PZA	Nhóm	Không MDR(n = 62)		MDR(n = 9)		Chung(n = 71)		p
		n	%	n	%	n	%	
	Nhạy cảm	47	75,8	1	11,1	48	67,6	<0,001
	Kháng	15	24,2	8	88,9	23	32,4	

Nhận xét: tỷ lệ kháng của PZA trong nhóm kháng thuốc là 32,4%, trong đó ở nhóm MDR là 88,9%, ở nhóm không MDR là 24,2%, tỷ lệ kháng PZA trong nhóm MDR cao hơn so với nhóm không MDR, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,001$

IV. BÀN LUẬN

1. Triệu chứng lâm sàng: Kết quả bảng 1, nghiên cứu trên 179 bệnh nhân lao phổi mới (142 bệnh nhân) và lao phổi tái phát (37 bệnh nhân) cho thấy trong nghiên cứu này các triệu chứng sốt, mệt và ăn kém, gầy sút cân gặp nhiều nhất lần lượt 63,7%, 90,5% và 71,5%. Trong đó triệu chứng mệt, ăn kém có tỷ lệ cao nhất gặp trong 90,5% các trường hợp, triệu chứng này không có sự khác biệt giữa 2 nhóm LPM và LPĐTL. Nghiên cứu của Đặng Văn Khoa cho kết quả kết quả tương tự, tỉ lệ mệt, ăn kém của 2 nhóm LPM và LPTP là 74,6% và 78,8%. Nghiên cứu của Hoàng Hà thấy tỷ lệ có dấu hiệu mệt mỏi ở bệnh nhân LPĐTL từ 71,8 đến 78,7%. Triệu chứng sốt có tỷ lệ khá cao chiếm 63,7% trong 179 bệnh nhân, trong đó nhóm LPĐTL có 78,4% bệnh nhân sốt, cao hơn so với nhóm LPM có 59,9% bệnh nhân sốt ($p < 0,05$).

Về các triệu chứng cơ năng, kết quả ở bảng 1 cho thấy ho khạc đờm là triệu chứng cơ năng

hay gặp nhất, chiếm tỷ lệ 81,6% trong số 179 bệnh nhân. Nhóm LPĐTL có 94,6% và nhóm LPM có 78,2% bệnh nhân ho khạc đờm, tỷ lệ ho khạc đờm không có sự khác biệt giữa 2 nhóm bệnh. Triệu chứng đau ngực cũng có tỷ lệ cao chiếm 72,1%, đứng thứ 2 sau triệu chứng ho khạc đờm, trong đó tỷ lệ đau ngực của 2 nhóm LPM và LPĐTL cao tương đương nhau, tương ứng là 69,7% và 81,1%. Triệu chứng cơ năng thứ 3 hay gặp trong nghiên cứu này là khó thở chiếm tỷ lệ 47,7%, trong đó nhóm LPĐTL có tỷ lệ khó thở cao hơn so với nhóm LPM tương ứng là 64,9% và 40,1%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Ho ra máu gặp 20,7% trong tổng số bệnh nhân nghiên cứu, chiếm tỷ lệ thấp nhất trong các triệu chứng cơ năng. Ho khạc đờm là triệu chứng gặp nhiều nhất trong lao phổi. Đặng Văn Khoa cho thấy tỷ lệ ho khạc ở 2 nhóm LPM và LPTP tương ứng là 81,2% và 88,8%, theo Lê Ngọc Hưng tỷ lệ này là 87,4% và 100%, theo Hoàng Hà tỷ lệ ho khạc ở bệnh nhân

LPĐTL từ 70,6% đến 79,6%. Nghiên cứu của chúng tôi thấy nhóm LPĐTL tỷ lệ khó thở cao hơn so với LPM, nghiên cứu của các tác giả Lê Ngọc Hưng, Đặng Văn Khoa trên 2 nhóm bệnh nhân LPTP và LPM cũng cho kết quả tương tự. Ở bệnh nhân LPĐTL thường có các di chứng trên phổi do lần mắc bệnh trước như nốt vôi, xơ, giãn phế quản, hang, do đó chức năng thông khí của phổi bị giảm, khi bệnh tiến triển trở lại cộng với các tổn thương mới, khiến bệnh nhân cảm thấy khó thở.

Nghiên cứu trên 179 bệnh nhân chúng tôi thấy triệu chứng có ran ẩm, ran nổ ở phổi gặp nhiều nhất trong các triệu chứng thực thể, chiếm tỷ lệ lần lượt 65,9% và 48,6%. Triệu chứng biến dạng lồng ngực chiếm tỷ lệ 22,9% đứng thứ 3 sau triệu chứng có ran nổ ở phổi, bệnh nhân có ran ngáy, ran rít chiếm tỷ lệ thấp nhất (14%). Một số nghiên cứu cũng cho thấy triệu chứng có ran ẩm, ran nổ là triệu chứng thực thể hay gặp nhất trong lao phổi. Hoàng Hà thấy ở bệnh nhân LPĐTL triệu chứng có ran ẩm chiếm 79,6%, triệu chứng có ran nổ chiếm 30,6%. Triệu chứng lồng ngực biến dạng và phổi có ran ngáy, ran rít trong nghiên cứu này chiếm tỷ lệ 22,9% và 14%, trong đó ở nhóm LPĐTL các triệu chứng này chiếm tỷ lệ lần lượt là 59,5% và 29,7% cao hơn so với ở nhóm LPM có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ và $p < 0,05$. Đây là các triệu chứng có thể gặp ở bệnh nhân lao lần đầu nhưng phát hiện bệnh muộn, thời gian diễn biến bệnh kéo dài cũng như đối với bệnh nhân LPĐTL bệnh tái diễn nhiều lần làm xuất hiện các tổn thương xơ gây co kéo các thành phần của phổi, làm hẹp các khoang liên sườn khiến cho lồng ngực bị lép bên tổn thương. Các thay đổi cấu trúc của phổi trên là nguyên nhân xuất hiện ran ngáy, ran rít, tuy nhiên cũng có thể có hiện tượng đồng mắc tình trạng phổi tắc nghẽn ở những bệnh nhân này.

2. Kiểu hình kháng PZA: Theo kết quả tại bảng 2 tỷ lệ kháng PZA ở bệnh nhân trong nghiên cứu này là 12,8%. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Hưng, năm 2011 từ các chủng VKL lưu trữ trong điều tra kháng thuốc toàn quốc lần thứ 3 năm 2005, xác định được tỷ lệ kháng của PZA là 0,5%. Cũng trong năm 2011 nghiên cứu của Phạm Thu Hằng từ các chủng vi khuẩn lưu trữ của điều tra kháng thuốc lần 4 thấy tỷ lệ kháng của PZA là 2,2%. Trên thế giới có một số báo cáo về tỷ lệ kháng PZA: tại Canada theo Bộ sức khỏe cộng đồng Canada tỷ lệ kháng PZA các năm 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015 lần lượt là: 2,1%; 1,5%; 2,7%; 2,1%; 1,7%; 2,4%; 2,3%; 2,8%; 2,2%; 2,6% và 3,4%. Tại New Zealand năm 2005 tỷ lệ

kháng PZA là 1,2%. Tại Thái Lan năm 2012 có 2 nghiên cứu về mức độ nhạy cảm của PZA với vi khuẩn lao cho thấy tỷ lệ kháng PZA trong các nghiên cứu này là 6% và 8%. Từ những dữ liệu trên đây chúng tôi thấy tỷ lệ kháng PZA là 12,8% trong nghiên cứu của chúng tôi đang ở mức cao, có thể do sự khác biệt về tiêu chuẩn kỹ thuật xác định kháng PZA.

Vấn đề kháng PZA trong đối tượng LPĐTL được rất nhiều nước trên thế giới quan tâm, hầu hết các nghiên cứu đều cho thấy tỷ lệ kháng PZA trong nhóm LPĐTL là rất cao và cao hơn nhiều so với nhóm LPM. Trong nghiên cứu của chúng tôi, theo kết quả tại bảng 2 tỷ lệ kháng PZA trong nhóm LPĐTL là 43,2% cao hơn khác biệt so với nhóm LPM (4,9%), $p < 0,001$. So với các nghiên cứu trước đây tại Việt Nam, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp, đều cho thấy tỷ lệ kháng PZA trong nhóm LPĐTL cao hơn hẳn so với nhóm LPM. Nhưng sự khác biệt là các tỷ lệ này ở các nghiên cứu sau tuần tự cao hơn so với các nghiên cứu trước đó và kết quả hiện tại của chúng tôi cao nhất trong các nghiên cứu. Điều này phản ánh một thực tế là theo thời gian, trải qua quá trình sử dụng để điều trị bệnh lao tỷ lệ kháng với PZA đã dần tăng cao. Đặc biệt đối với đối tượng LPĐTL đã có tiền sử điều trị bằng PZA, một mặt vi khuẩn đã tiếp xúc với PZA, mặt khác do các nguyên nhân khách quan và chủ quan khiến cho việc điều trị không có kết quả tốt đã tạo ra các chủng vi khuẩn kháng PZA.

Kết quả ở bảng 3 cho thấy trong 23 trường hợp kháng PZA ở nghiên cứu này tỷ lệ kháng kết hợp với H là cao nhất, tiếp đó tỷ lệ kháng kết hợp với S cao thứ 2. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Phạm Thu Hằng (2012) trong các chủng kháng PZA tỷ lệ kháng kết hợp với H và S là cao nhất. Đây là 2 thuốc có tỷ lệ kháng cao nhất hiện nay và cũng là 2 thuốc có tỷ lệ kháng cao nhất trong nghiên cứu này.

Vấn đề kháng PZA trong nhóm bệnh lao phổi MDR: Người ta nhận thấy trong nhóm lao MDR tỷ lệ kháng PZA rất cao và có xu hướng ngày càng tăng cao hơn, hầu hết kháng PZA đều liên quan đến kháng RMP. Theo Michael G. Whitfield (2015) ước tính trên thế giới tỷ lệ kháng PZA trong nhóm bệnh MDR là 60,5%. Theo Dawn Verdugo, tại New York, Mỹ tỷ lệ kháng PZA trong bệnh nhân MDR giai đoạn 2001 - 2008 là 44%. Tại Việt Nam, theo Nguyễn Văn Hưng (2005) tỷ lệ kháng PZA trong nhóm bệnh lao MDR là 1,3%. Theo Phạm Thu Hằng tỷ lệ kháng PZA trong nhóm lao MDR năm 2011 là 18,5%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tại bảng 4 cho thấy tỷ

lệ kháng PZA ở nhóm lao phổi MDR là 88,9%. So sánh với 2 nghiên cứu tại Việt Nam chúng tôi thấy tỷ lệ kháng PZA trong nhóm lao phổi MDR đang từ rất thấp dưới 2% ở giai đoạn năm 2006 đã nhanh chóng tăng lên mức khá cao vào năm 2011(18,5%) và trong nghiên cứu của chúng tôi tại thời điểm hiện tại tỷ lệ này là rất cao chiếm 88,9%, khác biệt này có thể do liên quan tới tiêu chuẩn và kỹ thuật xác định kháng PZA.

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ kháng PZA trong tất cả các nhóm bệnh của lao phổi đều tăng cao hơn rõ rệt so với các nghiên cứu trước đây tại Việt Nam, đặc biệt trong nhóm LPĐTL và nhóm lao phổi MDR. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với tình hình kháng PZA cao hiện nay trên thế giới. Cơ chế kháng của vi khuẩn lao đối với PZA rất phức tạp vẫn còn nhiều vấn đề chưa được làm rõ, ngoài cơ chế enzyme do đột biến gen pncA, gần đây người ta còn tìm thấy 2 gen mới là panD và rpsA có liên quan tới kháng PZA ở mức độ thấp. Mặt khác cơ chế tác dụng của PZA đối với vi khuẩn lao cũng khác biệt so với các thuốc chống lao khác, là thuốc có khả năng diệt và tiết vi khuẩn lao, nó phát huy tác dụng tốt trong môi trường có pH thấp nên ở những bệnh nhân lao phổi ĐTL, lao phổi MDR thường có tình trạng viêm nhiễm, phân áp oxy tại phổi thấp, môi trường tại phổi nơi vi khuẩn lao hoạt động thường toan khiến PZA vẫn có tác dụng diệt vi khuẩn. Theo TCYTTG qua các nghiên cứu cho thấy ở nhiều nơi mặc dù tỷ lệ kháng PZA trong bệnh nhân lao kháng RMP rất cao từ 50% - 60% thì việc đưa PZA vào công thức điều trị ở bệnh nhân MDR vẫn có kết quả cải thiện tỷ lệ thành công đáng kể, có ý nghĩa thống kê. Vì vậy hiện nay TCYTTG vẫn khuyến cáo đưa PZA vào công thức điều trị bệnh nhân lao MDR mặc dù kết quả kháng sinh đồ của vi khuẩn có thể kháng với PZA chỉ trừ những trường hợp không dùng được do tác dụng không mong muốn của thuốc.

Để đánh giá một cách toàn diện hơn về kháng PZA của vi khuẩn ở bệnh nhân lao cũng như ảnh hưởng đến kết quả điều trị lao nói chung, và lao kháng thuốc nói riêng cần phải có những nghiên cứu khác với quy mô lớn hơn để làm sáng tỏ.

V. KẾT LUẬN

Tình trạng vi khuẩn kháng PZA ở bệnh nhân lao phổi điều trị tại bệnh viện Phổi Trung ương đang khá phổ biến (12,8%), trong đó nhóm lao phổi mới tỉ lệ kháng PZA là 4,9%; nhóm lao phổi điều trị lại là 43,2%. Kiểu hình kháng PZA phổi hợp với kháng INH chiếm tỉ lệ cao nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **CTCQG (2017)**, "Báo cáo tổng kết 2016 và phương hướng hoạt động 2017", Hà Nội 3-2017, tr.5 - 6, 37- 38
2. **Lee K.W, Lee J.M, Jung K.S (2001)**, "Characterization of pncA Mutations of Pyrazinamide Resistant Mycobacterium tuberculosis in Korea". J Korea Med Sci; 16, pp. 2086-2105.
3. **Nguyễn Văn Hưng, Đinh Ngọc Sỹ (2011)**, "Nghiên cứu tính nhạy cảm với Pyrazinamide của MTB tại Việt Nam", Tạp chí Y học Việt Nam, (số 1), tr. 25-28
4. **Jirarut Jonmalung, Therdsak Prammananan, et al. (2010)**, "Surveillance of pyrazinamide susceptibility among multidrug-resistant Mycobacterium tuberculosis isolates from Siriraj Hospital, Thailand", BMC Microbiology 2010 (10), pp.258
5. **Michael G. Whitfield, Heidi M. Soeters, Robin M. Warren, et al. (2015)**, "A Global Perspective on Pyrazinamide Resistance: Systematic Review and Meta-Analysis". PLOS one, US National Library of Medicine National Institutes of Health.
6. **Đặng Văn Khoa (2010)**, "Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đáp ứng miễn dịch, tính kháng thuốc của vi khuẩn ở bệnh nhân lao phổi mới và lao phổi tái phát", Luận án tiến sỹ Y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội, tr. 56, 60, 73.
7. **Lê Ngọc Hưng (2007)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tình hình kháng thuốc của lao phổi tái phát", Tạp chí thông tin y dược số đặc biệt chào mừng hội nghị khoa học bệnh phổi toàn quốc lần thứ 2, Hà Nội 10/2007. Tr.148 - 153.

ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU BỆNH - LÂM SÀNG CỦA UNG THƯ VÚ

Nguyễn Văn Luân¹, Nguyễn Sào Trung²

TÓM TẮT³⁴

¹Bệnh viện Đa khoa Cần Thơ

²Bộ môn Giải phẫu bệnh, Trường Đại học Y dược Tp. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Luân

Email: nvluan@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 28.3.2018

Qua nghiên cứu 165 trường hợp carcinôm vú, đã điều trị tại bệnh viện Đa khoa Cần Thơ. Chúng tôi có các kết quả như sau: Khoảng tuổi có xuất độ cao là 40 - 49 tuổi, chiếm 35,2%. Vị trí bướu ở vú trái chiếm 52,1%. Vị trí bướu ở ¼ trên ngoài chiếm 46,1%. Loại mô học chiếm tỷ lệ cao là carcinôm ống tuyến vú loại

Ngày phản biện khoa học: 4.5.2018

Ngày duyệt bài: 10.5.2018

không đặc hiệu, chiếm 83,6 %. Độ mô học thường gặp là độ II, chiếm 71,5%. Di căn hạch carcinôm loại không đặc hiệu chiếm 51,45%

SUMMARY

CLINICAL – PATHOLOGICAL CHARACTERISTICS OF BREAST CARCINOMA

A retrospective study on 165 cases of the characteristics of clinical-pathology of the breast carcinoma, treated at Can Tho General Hospital. We have some results such as: The age range (from 40 to 49) is frequently 35,2% of cases. The frequency of the tumor in the left breast is 52,1% of cases. The location of the tumor in the outer upper quadrant of the breast is 46,1% of cases. The most frequent histological type is ductal carcinoma, not otherwise specified (83,6% of cases). The most common histological grade is grade II (71,5% of cases). The rate of lymph node metastasis of ductal carcinoma is 84,93% of cases. The most frequency of clinical stage is stage II (59,4% of cases).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là một trong những ung thư có xuất độ cao ở giới nữ. Theo nhiều công trình nghiên cứu trong và ngoài nước, ung thư vú thường có xuất độ cao thứ nhất hoặc thứ nhì so với các loại ung thư khác ở giới nữ^(1,2,6,7). Carcinôm vú chiếm trên 95% ung thư vú^(1,2,6,7). Có rất nhiều tác giả trong nước và ngoài nước đã nghiên cứu rất kỹ về giải phẫu bệnh lâm sàng carcinôm vú. Tại Cần Thơ, khu vực đồng bằng sông Cửu Long, chưa có tác giả nào nghiên cứu về đặc điểm giải phẫu bệnh - lâm sàng carcinôm vú.

Vì vậy chúng tôi thực hiện công trình nghiên cứu này, nhằm các mục tiêu sau:

- Khảo sát đặc điểm giải phẫu bệnh đại thể của carcinôm vú.

- Khảo sát đặc điểm giải phẫu bệnh vi thể của carcinôm vú.

- Khảo sát các đặc điểm lâm sàng có liên quan đến đặc điểm giải phẫu bệnh của carcinôm vú.

II. VẬT LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

165 trường hợp carcinôm vú đã được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện Đa Khoa Cần Thơ trong thời gian từ tháng 5/2000 đến tháng 5/2004.

Hồi cứu, mô tả cắt ngang.

Xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm giải phẫu bệnh đại thể

Vị trí khối bướu

Bảng 1. Tỷ lệ của vú có bướu

Vị trí bướu	Số trường hợp	Tỉ lệ %
Vú trái	86	52.1
Vú phải	77	46.7
Hai vú	2	1.2
Tổng cộng	165	100.0

Vị trí bướu trong vú

Bảng 2. Tỷ lệ của vị trí bướu trong vú

Vị trí bướu	Số trường hợp	Tỉ lệ %
¼ trên ngoài	77	46.1
¼ trên trong	33	19.8
¼ dưới ngoài	22	13.2
¼ dưới trong	11	6.6
Trung tâm	16	9.6
Toàn bộ	8	4.8
Tổng cộng	165	100.0

3.2 Đặc điểm giải phẫu bệnh vi thể

Phân loại mô bệnh học

Bảng 3. Bảng phân loại mô bệnh học

Loại mô học	Số trường hợp	Tỷ lệ %
Carcinôm OTV loại không đặc hiệu	138	83.6
Carcinôm OTV loại bã khô	10	6.1
Carcinôm OTV loại ống	6	3.6
Carcinôm tiểu thùy	5	3.0
Carcinôm OTV loại nhầy	4	2.4
Carcinôm OTV loại nhú	1	0.6
Carcinôm OTV loại đa bào	1	0.6
Tổng cộng	165	100.0

Liên quan giữa độ mô học và loại mô học

Bảng 4. Liên quan giữa độ mô học và loại mô học

Loại mô học	Độ mô học			Số ca
	Độ I	Độ II	Độ III	
Carcinôm OTV loại không đặc hiệu	4	104	30	138

Carcinôm OTV loại bã khô	0	9	1	10
Carcinôm OTV loại ống	1	3	1	5
Carcinôm tiểu thùy	4	0	0	4
Carcinôm OTV loại nhầy	4	1	1	6
Carcinôm OTV loại nhú	1	0	0	1
Carcinôm OTV loại đa bào	0	1	0	1
Tổng cộng	14	118	33	165
Tỉ lệ %	8.5	71.5	20	100

Tình trạng di căn hạch limphô**Bảng 5.** Tỷ lệ di căn hạch limphô theo loại mô học

Loại mô học	Số trường hợp		Tỉ lệ %
	Không di căn	Di căn	
Carcinôm OTV loại không đặc hiệu	67	71	51,45

3.3 Đặc điểm lâm sàng liên quan giải phẫu bệnh**Tuổi bệnh nhân****Bảng 6.** Tỷ lệ mắc bệnh theo tuổi

Tuổi	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	≥70
Số bệnh nhân	3	19	58	46	20	19
Tỷ lệ %	1.8	11.5	35.2	27.9	12.1	11.5

Xếp giai đoạn lâm sàng**Bảng 7.** Xếp giai đoạn

Giai đoạn	Số trường hợp	Tỉ lệ %
Giai đoạn I	7	4.2
Giai đoạn II	98	59.4
Giai đoạn III	57	34.5
Giai đoạn IV	3	1.8
Tổng cộng	165	100.0

IV. BÀN LUẬN**4.1 Đặc điểm giải phẫu bệnh đại thể**

Vị trí vú có bướu: Theo bảng 1, xuất độ ung thư ở vú trái là 52,1%, vú phải là 46,7%.

Theo tác giả NB Đức⁽²⁾, tỷ lệ bướu ở vú trái là 52,5% và vú phải là 47,5%, theo T Hòa⁽³⁾, tỷ lệ

này là 54,85% và 45,2%, theo NS Trung⁽⁶⁾, tỷ lệ bướu vú trái là 50,93% và vú phải là 46,91%.

Vị trí bướu trong vú: Theo bảng 2, tỷ lệ của vị trí bướu trong vú, ¼ trên ngoài là 46,1%.

Theo tác giả NS Trung tỷ lệ này chiếm 51,81%, theo Klatt bướu ở ¼ trên ngoài chiếm 50%, theo Tavassoli trên 50% bướu ở ¼ trên ngoài.

4.2 Đặc điểm giải phẫu bệnh vi thể

Phân loại mô bệnh học, liên quan giữa độ mô học và loại mô học: Theo bảng 3 và 4, loại carcinôm OTV xơ chai, XN chiếm 83,6%.

Hầu hết các công trình nghiên cứu cho thấy tỷ lệ carcinôm OTV xơ chai, xâm nhập chiếm tỷ lệ cao nhất. Các tỷ lệ theo các tác giả (xem bảng 8).

Bảng 8. Tỷ lệ % loại mô học theo các tác giả

Tác giả	Tỷ lệ % loại mô học					
	Không đặc hiệu	Tiểu thùy	Nhầy	Nhú	Ong	Đa bào
Edinburgh	70	10	2	1	3	5
Klatt	63,6	5,9	2,1	0,8	0,6	2,8
Rosen	75	10	2	0,5	1	10
T Hòa ⁽⁷⁾	85,3	4,9	3,6	0,8	0	2,8
NS Trung	57,88	0,49	2,18	2,87	5,45	7,93
NC này	83.6	3.0	2.4	0.6	3.6	0.6

Tình trạng di căn hạch limphô: Theo bảng 5, di căn hạch limphô đối với carcinôm OTV loại không đặc hiệu chiếm 51,45%, không di căn là 48,5%.

Theo tác giả NS Trung, tỷ lệ di căn hạch limphô theo loại carcinôm OTV chiếm 84,93%⁽⁶⁾.

4.3 Đặc điểm lâm sàng liên quan giải phẫu bệnh

Tuổi bệnh nhân: Theo bảng 6, tỷ lệ mắc bệnh cao nhất ở khoảng tuổi 40-49 (35,2%).

Theo nghiên cứu của các tác giả trong nước, khoảng tuổi thường gặp nhất 40 đến 49 tuổi. Theo KV Duy và cs⁽¹⁾, tỷ lệ này là 52,2%, theo NB Đức và cs⁽²⁾, tỷ lệ này là 47,8%, theo NS Trung⁽⁶⁾, nhóm tuổi này có tỷ lệ cao nhất (30,17%).

Xếp giai đoạn lâm sàng: Theo bảng 7, giai đoạn II chiếm 59,4%.

Theo tác giả NC Hùng và cs⁽³⁾, giai đoạn III chiếm tỷ lệ 53,9%, theo tác giả NS Trung⁽⁶⁾, giai đoạn III chiếm tỷ lệ cao nhất (51,04%).

Có sự khác biệt về giai đoạn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)

V. KẾT LUẬN

Qua khảo sát 165 trường hợp carcinôm vú, chúng tôi có các nhận xét như sau:

Khoảng tuổi có xuất độ ung thư vú cao từ 40-49 tuổi (32,5%)

Vị trí bướu ở ¼ trên ngoài vú chiếm (46,1%)

Loại carcinôm thường gặp nhất là carcinôm OTV loại không đặc hiệu (83,6%).

Độ mô học thường là: độ II (71,7%).

Di căn hạch chiếm 51,45% trường hợp.

Giai đoạn lâm sàng: giai đoạn II chiếm 59,4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Khương Văn Duy, Nguyễn Ngọc Kha, Nguyễn Thị Thu, Đặng Thị Phương Loan (1999):** Các yếu tố nguy cơ của ung thư vú: nghiên cứu bệnh chứng tại bệnh viện đa khoa Hà Nội. Y học thực hành, (10), 372, Tr: 21-25
2. **Nguyễn Bá Đức, Đoàn Hữu Nghị, Nguyễn Hồng Thăng (1999):** Di căn hạch nách ung thư vú giai đoạn I, II, III, đối chiếu lâm sàng giải phẫu

bệnh lý. Thông tin Y-Dược, chuyên đề ung thư, (11), trang 143-147

3. **Trần Hòa, Hoàng Xuân Kháng, Đặng Thế Căn, Nguyễn Sào Trung, Lê Văn Xuân (2002):** Một số đặc điểm giải phẫu bệnh của ung thư tuyến vú ở khu vực Đà Nẵng - Quảng Nam trong 5 năm (1996-2000). Y học thực hành, trang: 227-231
4. **Nguyễn Chấn Hùng VÀ CS (1993):** Ghi nhận ung thư tại Trung Tâm Ung Bướu Tp. Hồ Chí Minh, năm 1990-1991-1992. Tài liệu của Trung Tâm Ung Bướu Thành Phố Hồ Chí Minh.
5. **Lâm Văn Tiên, Đặng Tiến Hoạt (2002):** Nhận xét bệnh u lành tuyến vú và ung thư vú điều trị tại bệnh viện đa khoa thái nguyên. Y học Thực Hành, (431): 241-247
6. **Nguyễn Sào Trung (1993):** Đặc tính giải phẫu bệnh - lâm sàng của ung thư vú. Luận án phó tiến sĩ, Đại học Y dược Tp. Hồ Chí Minh
7. **Klatt E.C. (2002):** The breast cancer. In: The Internet Pathology Laboratory, file:/E:\webpath\tutorial\ breast.htm, Florida State University Reseach Foundation Inc.
8. **Rosen P.P., Oberman H.A. (1992):** Tumors of the Breast. In: Atlas of Tumor of Pathology, series 3, fascicle 7, Washington DC, Armed Forces Institute of Pathology
9. **Sakamoto G. (1987).** Infiltrating carcinoma: major histological types. In: Page D.L., Anderson T.J., Diagnostic Histopathology of the Breast. p: 300-311, ChurchillLingstone
10. **Tavassoli A.T., Devilee P. (2003):** Tumors of the Breast. In: Pathology and Genetics of Tumors of the Breast and Female Genetal Organs. P 13-59, IRAC Press Lion.

THỰC TRẠNG HOẠT ĐỘNG KHÁM CHỮA BỆNH CỦA CÁC KHU ĐIỀU TRỊ PHONG TẠI VIỆT NAM NĂM 2016

Nguyễn Văn Thành¹, Trương Việt Dũng², Nguyễn Thị Hoài Yên³, Nguyễn Hữu Thắng³

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành tại 16 khu điều trị phong trên cả nước năm 2016. Nghiên cứu sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang. Kết quả cho thấy: Tổng số lượt khám/cơ sở và số lượt khám/người bệnh phong/năm của loại hình tổ chức bệnh viện da liễu chiếm cao nhất là: 12.152,82 lượt & 36,43 lượt người/năm 2016. Số lượt khám bệnh trung bình của 1 bác sĩ/ngày của loại hình bệnh viện da liễu cao nhất (2,89 lượt), cao gấp 3 lần số lượt khám trung bình của

1 bác sĩ/ngày tại trạm da liễu (0,09 lượt). Tổng số người bệnh phong nội trú/cơ sở và số lượt điều trị nội trú/1000 dân của loại hình tổ chức bệnh viện da liễu là cao nhất (1109 BN & 12,199). Công suất sử dụng giường bệnh có sự chênh lệch giữa các loại hình tổ chức: cao nhất là trạm da liễu (160%) và thấp nhất là TTPCBXH (85%). Tỷ lệ người bệnh phong nội trú chuyển tuyến của trạm da liễu cao nhất là 2,7.

Từ khóa: khám chữa bệnh, khu điều trị phong, năm 2016.

SUMMARY

STATUS OF MEDICAL EXAMINATION AND TREATMENT OF THE LEPROSY TREATMENT AREAS IN VIETNAM, 2016

A cross-sectional study was conducted at 16 leprosy treatment areas in Viet Nam, 2016. The results showed that: total number of medical examination/facility and total number of medical examination/ leprosy patient

¹Bệnh viện Da Liễu Trung Ương

²Trường Đại học Thăng Long

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Thành

Email: thanhnv67@yahoo.com

Ngày nhận bài: 29.3.2018

Ngày phản biện khoa học: 3.5.2018

Ngày duyệt bài: 11.5.2018

/year of type of dermatology hospital organizations the highest was: 12,152.82 times and 36.43 times/year 2016. The number of average medical examination of 1 doctor/day of dermatology hospital (2.89 times), 3 times higher at the station of dermatology (0.09 times). The total number of leprosy inpatient/facility and total inpatient treatment/1000 people of type of dermatology hospital was the highest (1109 BN & 12.199). For the bed capacity, there were difference between the types of institutions: the highest was dermatology station (160%) and the lowest was social disease prevention center (85%). The rate of leprosy inpatient transit at the station of dermatology the highest was 2.7.

Keyword: healthcare, leprosy treatment areas, 2016.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hệ thống quản lý và khám chữa bệnh cho các người bệnh mắc phong đã được nhà nước chú ý từ lâu. Khu điều trị là cơ sở y tế đặc biệt được hình thành trong hệ thống quản lý và khám chữa bệnh cho các người bệnh phong. Tại đây, gia đình của họ được sinh sống, sinh hoạt trong một vùng và được chăm sóc, điều trị. Số lượng người bệnh phong ở các khu điều trị phong nhiều. Ở tại đó, có cán bộ y tế như bác sĩ, y sĩ, điều dưỡng. Tuy vậy, ở các khu điều trị phong thì việc chăm sóc y tế còn gặp nhiều khó khăn [1]. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu về hoạt động của các khu điều trị phong. Để góp phần nâng cao chất lượng hoạt động của các khu điều trị, nhất là công tác khám chữa bệnh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu mô tả thực trạng hoạt động khám chữa bệnh của một số khu điều trị phong tại Việt Nam năm 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Hồ sơ, sổ sách, báo cáo hoạt động khám chữa bệnh cho người bệnh phong của các khu điều trị.

3.2. Thực trạng hoạt động khám chữa bệnh:

Bảng 1: Tình hình chung hoạt động khám chữa bệnh của các KĐT phong năm 2016

Một số hoạt động khám chữa bệnh	Năm 2016 (n=16)
Tổng số lượt khám bệnh phong	134.774
Tổng số người bệnh phong nội trú	134.62
Tổng số lượt xét nghiệm của người bệnh phong	1.216
Tổng số lượt người bệnh phong kiểm tra mức độ tàn tật	4.034
Tổng số lượt phẫu thuật chỉnh hình	359

Bảng 1 cho thấy: Tại 16 KĐT phong năm 2016, tổng số lượt khám bệnh là 134.774 lượt, số người bệnh phong nội trú là 13.462, số lượt xét nghiệm là 1.216 lượt, số lượt người bệnh phong được kiểm tra mức độ tàn tật là 4.034, số lượt phẫu thuật chỉnh hình là 359.

Bảng 2: Tình hình hoạt động khám chữa bệnh của các KĐT phong theo từng loại hình tổ chức năm 2016

Chỉ số hoạt động khám chữa bệnh	Loại hình tổ chức của khu điều trị		
	Bệnh viện da	TTPCBXH	Trạm da

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 6/2017 – 6/2018 tại 16 khu điều trị phong trên toàn quốc.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu: chọn mẫu toàn bộ, 16 khu điều trị phong tại Việt Nam.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập số liệu sẵn có qua báo cáo thống kê của 16 KĐT phong năm 2016

2.6. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu định lượng được kiểm tra, làm sạch, mã hoá và nhập bằng phần mềm Epidata 3.1. Sau đó, được xử lý thống kê bằng phần mềm STATA 13.0 với các tỷ lệ % cho thống kê mô tả.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu nhận được sự chấp thuận của Ban giám đốc các KĐT phong, Ban lãnh đạo Viện đào tạo Y học dự phòng và Y tế cộng đồng, trường Đại học Y Hà Nội. Đối tượng tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu. Thông tin được bảo mật tuyệt đối và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm chung nghiên cứu: Nghiên cứu này được thực hiện trên 16 KĐT phong tại Việt Nam. Trong đó có 11 đơn vị là khoa phòng thuộc các bệnh viện da liễu, 4 đơn vị là khoa phòng thuộc các trung tâm phòng chống bệnh xã hội (TTPCBXH) và 1 đơn vị là trạm da liễu. Nhân lực: Trong tổng số 1293 CBYT, bác sĩ chiếm 187 (14,13%), điều dưỡng 412 (31,74%), dược 81 (6,25%), còn cán bộ khác 620 (47,88%). Cán bộ thuộc khối lâm sàng chiếm 650 người (50,27%), khối cận lâm sàng và dược 185 người (14,32%), 458 (35,42%) cán bộ y tế thuộc khối quản lý hành chính. Số giường bệnh theo kế hoạch là 1.527. Số giường thực kê là 1.548.

	liều (n=11)	(n=4)	liều (n=1)
Tổng số lượt khám phong/cơ sở/năm	12.152,82	248,25	100
Số lượt KB TB/người bệnh phong /năm	41,54	5,46	1,06
Số lượt khám phong TB/BS/ngày	2,89	0,94	0,09
Số lượt điều trị bệnh phong nội trú /cơ sở/năm	1105,18	233,75	370
Số lượt điều trị nội trú người bệnh phong/1000 dân/năm	12,157	0,935	0,37
Công suất giường bệnh (%)	101,27	85	160
Tỷ lệ người bệnh phong nội trú chuyển tuyến (%)	0,45	0	2,7

Bảng 2 cho thấy: Tổng số lượt khám/cơ sở và số lượt khám/người bệnh phong/năm của loại hình tổ chức bệnh viện da liễu chiếm cao nhất là: 12.152,82 lượt & 41,54/lượt/người/năm 2016. Số lượt khám bệnh trung bình của 1 bác sĩ/ngày của loại hình bệnh viện da liễu cao nhất (2,89 lượt), cao gấp 3 lần số lượt khám trung bình của 1 bác sĩ/ngày tại trạm da liễu (0,09 lượt). Tổng số bệnh nhân nội trú/cơ sở và số lượt điều trị nội trú/1000 dân của loại hình tổ chức bệnh viện da liễu là cao nhất (1109 BN & 12,199 lượt). Công suất sử dụng giường bệnh có sự chênh lệch giữa các loại hình tổ chức: cao nhất là trạm da liễu (160%), bệnh viện da liễu 101% và thấp nhất là TTPCBXH (85%). Tỷ lệ người bệnh phong nội trú chuyển tuyến của trạm da liễu cao nhất là 2,7%.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Một số đặc điểm về đối tượng nghiên cứu: Khu điều trị là nơi khám bệnh, chăm sóc, điều trị những người mắc bệnh phong. Tại đây người mắc bệnh phong, gia đình của họ được sinh sống, sinh hoạt trong một một vùng và được chăm sóc y tế. 16 KĐT phong trong nghiên cứu được triển khai theo đúng mô hình quản lý bệnh phong của Bộ Y tế giai đoạn năm 2015 – 2030 [2].

Nhân lực y tế là yếu tố quyết định trong các hoạt động khám chữa bệnh của bệnh viện nói chung và của các KĐT phong nói riêng. Nghiên cứu cho thấy tổng số số lượng CBYT của các KĐT phong năm 2016 là 1293. Số bác sĩ chiếm 14,13% trong tổng số CBYT. Tỷ lệ này thấp hơn với tỷ lệ bác sĩ tại bệnh viện huyện ở một số huyện như kết quả nghiên cứu trước của Phạm Thị Tố Uyên tại tỉnh Hòa Bình năm 2014 là 15,81% [3].

Theo quy định hiện nay của các cơ sở khám chữa bệnh có 3 bộ phận chính là lâm sàng, cận lâm sàng và dược, quản lý hành chính. Tỷ lệ phân bổ nhân lực y tế cho các bộ phận này của 16 KĐT phong tương ứng: 50,27% - 14,32% - 35,42%. Tỷ lệ này chưa phù hợp theo quy định của thông tư 08/TTLT-BNV-BYT của Bộ Nội vụ - Bộ Y tế về định mức biên chế sự nghiệp trong các CSYT nhà nước [4]. Tỷ lệ CBYT làm việc trong bộ phận lâm sàng thấp hơn so với quy

định, ngược lại tỷ lệ CBYT làm việc trong bộ phận quản lý, hành chính cao hơn so với quy định. Rõ ràng cần có quy định về cơ cấu nhân lực cho các KĐT phong. Hiện nay, chưa có văn bản nào quy định cơ cấu nhân lực này.

4.2 Hoạt động khám chữa bệnh của các khu điều trị phong năm 2016: Số lượng bệnh nhân phong mới được phát hiện hàng năm ngày càng giảm nhưng số lượng bệnh nhân thuộc diện quản lý vẫn rất lớn. Toàn quốc quản lý gần 20.000 bệnh nhân bị tàn tật do phong, hàng nghìn bệnh nhân đang điều trị, giám sát sau điều trị, đang bị cơn phản ứng. Vì vậy, nhu cầu chăm sóc y tế cho các bệnh nhân này cũng rất lớn [2]. Năm 2016, tại các khu điều trị phong tổng số lượt khám bệnh là 134.774 lượt, số người bệnh phong nội trú là 13.468, số lượt xét nghiệm là 1.216 lượt, số lượt người bệnh phong kiểm mức độ tàn tật là 4.034, số lượt phẫu thuật chỉnh hình là 359.

Bảng 2 cho thấy: tổng số lượt khám/cơ sở của loại hình tổ chức bệnh viện da liễu là cao nhất (12152,82 lượt), sau đó là TTPCBXH (248,25 lượt), thấp nhất là trạm da liễu (100 lượt). Kết quả này cho thấy hiệu quả hoạt động của KĐT dưới loại hình tổ chức bệnh viện da liễu hiệu quả hơn các loại hình tổ chức khác. Nguyên nhân này có thể giải thích bằng khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế của người dân. Mô hình tổ chức của các khu điều trị khác nhau nên việc tiếp cận và nắm bắt thông tin khám chữa bệnh khác nhau. Kèm theo nhận thức của người dân về bệnh phong kém cùng tâm lý e ngại khi tới các khu điều trị khiến tỷ lệ người dân tới thăm khám thấp, chỉ tới viện khi bệnh đã nặng. Mặt khác, do số lượng và chất lượng CBYT của trạm và TTPCBXH chưa cao, một số bộ phận người dân có tâm lý đến khám thẳng các bệnh viện da liễu.

Tại bệnh viện da liễu, số lượt khám bệnh của 1 người bệnh phong/năm là 41,54 lượt/ người/năm. Trong khi tại nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy cho thấy số lượt khám bệnh của 1 người dân đến các BV TP Hà Nội năm 2010 là 0,63 lượt/ người/ năm. Điều này cho thấy, người bệnh phong sử dụng dịch vụ nhiều hơn đối tượng

khác, phải chăng người bệnh phong có nhu cầu chăm sóc sức khỏe nhiều hơn.

Số lần khám bệnh trung bình của bác sĩ giữa các KĐT có sự khác nhau. Số lượt khám bệnh trung bình của 1 bác sĩ/ngày của loại hình bệnh viện cao nhất (2,89 lượt) cao gấp 3 lần số lượt khám trung bình của 1 bác sĩ/ngày tại trạm da liễu (0,09 lượt). Điều này cho thấy cường độ làm việc của các KĐT cũng khác nhau. Có 2 nguyên nhân chính dẫn đến tình. Thứ nhất là bệnh viện da liễu được đầu tư nhiều BHYT và nằm ở những khu vực có dân số cao, còn trạm da liễu ít BHYT hơn và nằm ở khu vực dân cư thưa thớt. Thứ hai là tại các bệnh viện da liễu có sự hỗ trợ chuyên môn kĩ thuật tuyến trung ương. Sự có mặt của các chuyên gia thu hút người bệnh tại một số vùng lân cận tới khám và điều trị.

Tổng số người bệnh phong nội trú/cơ sở và số lượt điều trị nội trú/1000 dân của loại hình tổ chức bệnh viện da liễu là cao nhất (1109 BN & 12,199).

Công suất sử dụng giường bệnh là một chỉ số phản ánh hiệu quả chăm sóc sức khỏe cho nhân dân, thường dùng để lượng giá hoạt động khám chữa bệnh của cơ sở khám chữa bệnh. Tổ chức y tế thế giới và nhiều bằng chứng khoa học khuyến cáo công suất sử dụng giường bệnh không nên vượt quá 85%[5]. Trong khi đó công suất giường bệnh ở các loại hình tổ chức đều chiếm tỷ lệ cao hơn 85%. Công suất sử dụng giường bệnh có sự chênh lệch giữa các loại hình tổ chức. Đặc biệt, công suất giường bệnh của trạm da liễu chiếm cao nhất là 160%. Theo báo cáo của Cục Quản lý Khám chữa bệnh - Bộ Y tế, trong 10 năm qua nhiều bệnh viện công, công suất sử dụng giường bệnh luôn ở mức 90-110%. Như vậy, có tình trạng quá tải ở khu điều trị theo mô hình tổ chức trạm da liễu. Và việc điều phối số lượng giường bệnh để phục vụ người bệnh ở các KĐT là một việc làm cần thiết và hợp lý.

Tỷ lệ bệnh nhân nội trú chuyển tuyến của trạm da liễu cao nhất là 2,7. Bệnh viện da liễu đứng thứ 2 là 0,45. Còn lại TTPCBXH không có bệnh nhân chuyển tuyến. Có thể giải thích điều này như sau: tại trạm da liễu, số lượng BHYT thấp. BHYT thiếu trình độ chuyên môn nên chất

lượng dịch vụ y tế chưa đáp ứng. Trong khi đó, bệnh viện da liễu có số lượng và chất lượng BHYT đáp ứng đầy đủ. Bệnh viện da liễu là đơn vị điều trị chuyên sâu và tuyến cuối trong hệ thống khám chữa bệnh phong nên việc chuyển tuyến sẽ ít hơn.

V. KẾT LUẬN

- Kết quả hoạt động khám chữa bệnh của các bệnh viện da liễu hiệu quả hơn các loại hình tổ chức khác: tổng số lượt khám/cơ sở, tổng số người bệnh phong nội trú/cơ sở và số lượt điều trị nội trú/1000 dân của loại hình tổ chức bệnh viện da liễu là cao nhất (12152,82 lượt & 1109 BN & 12,199).

- Người bệnh phong sử dụng dịch vụ y tế nhiều hơn gấp nhiều lần so với đối tượng khác.

- Cường độ làm việc và công suất giường bệnh có sự chênh lệch rất lớn giữa các khu điều trị phong, cao nhất là trạm da liễu, sau đó là bệnh viện da liễu, thấp nhất là Trung tâm phòng chống bệnh xã hội.

- Tỷ lệ người bệnh phong nội trú chuyển tuyến của trạm da liễu cao nhất là 2,7%.

Lời cảm ơn

Nghiên cứu được thực hiện dưới sự đồng ý của Trường Đại học Y Hà Nội và Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng. Xin trân trọng cảm ơn sự hợp tác triển khai nghiên cứu của các KĐT phong tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Da liễu Trung ương (2015)**, Báo cáo kết quả thực hiện chương trình phòng chống phong từ 2011-2015 và kế hoạch 2016-2020 Hà Nội.
2. **Bệnh viện Da liễu Trung ương (2015)**, Đề xuất quy mô hệ thống tổ chức chuyên khoa da liễu giai đoạn 2015 - 2030.
3. **Phạm Thị Tố Uyên (2015)**, Thực trạng nhân lực y tế và hoạt động khám chữa bệnh của một số bệnh viện huyện thuộc tỉnh Hòa Bình năm 2014, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Bộ Y tế (2007)**, Thông tư liên tịch 08/2007/TTLT - BYT - BNV hướng dẫn mức biên chế sự nghiệp trong các cơ sở y tế nhà nước, chủ biên, Hà Nội.
5. **Bệnh viện Da liễu Trung ương (2009)**, Báo cáo hoạt động chỉ đạo tuyến 2008.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG TOÀN PHẦN KHÔNG XI MẮNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH PHÚ THỌ TỪ 1/2014 ĐẾN 1/2017

Nguyễn Văn Sơn¹, Lưu Ngọc Minh²,
Nguyễn Huy Ngọc¹, Đỗ Thị Thanh Toàn²

TÓM TẮT

Thoái hóa khớp háng, gãy cổ xương đùi và các tổn thương khác vùng khớp háng do sự tăng cường độ lao động, sinh hoạt, thể thao và giao thông dẫn đến những tổn thương có thể để lại nhiều di chứng và khả năng tàn phế cao. Phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng là phương pháp điều trị triệt để nhất, cho kết quả lâm sàng và chức năng dài hạn tốt.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng tại bệnh viện đa khoa Tỉnh Phú Thọ từ 1/2014 đến 1/2017. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả theo dõi trước và sau điều trị. **Kết quả:** Tổng số 75 bệnh nhân với 88 khớp được thực hiện phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng. Tỷ lệ nam/nữ là 2/1. Lý do bệnh nhân đến viện có thể đau 1 hoặc 2 bên khớp háng, đau cả 2 bên gặp ở nam giới nhiều hơn nữ 13/1. Mức độ loãng xương độ IV trong nhóm nghiên cứu ở nữ giới cao hơn nam giới. Ngày điều trị sau mổ trung bình trong nhóm nghiên cứu là 9,85 ngày. Nguyên nhân thay khớp háng chủ yếu do bệnh lý thoái hóa khớp háng có 63 khớp (71,6%) và gãy cổ xương đùi 20 khớp (22,7%). Kết quả sau mổ đánh giá theo thang điểm Harris thời điểm 6 tháng cải thiện rõ rệt so với trước phẫu thuật và sau 1 tháng. Biến chứng gặp gồm có chảy máu 8%, tổn thương xương 2%, tổn thương thần kinh 2% và nhiễm khuẩn 1,1%. **Kết luận:** Phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng cho kết quả điều trị tốt, thời gian điều trị ngắn và tỉ lệ gặp biến chứng thấp.

Từ khóa: Phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng.

SUMMARY**EVALUATION OF CEMENTLESS TOTAL HIP REPLACEMENT IN PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL IN PHU THO, 2016-2017**

Degeneration of the hip, femoral neck fracture and other injuries in the hip area due to increasing intensity of labor activities, routine activities, sport and transportation lead to injuries and may leave many sequelae and disability. The cementless total hip replacement is the most effective treatment for long lasting stable clinical outcomes and function.

Objective: Evaluated the results of cementless total hip replacement in Phu Tho provincial general hospital from January, 2014 to January, 2017. **Method:** A descriptive study with pre and post treatment follow up.

Results: Total 75 patients with 88 hip joints were operate on cementless total hip replacement. The proportion of male/female was 2/1. The reasons why patients who went to hospital were pain in 1 side or 2 sides of hip joint, both sides of the joint pain in men

more than women with 13/1. The proportion of level IV osteoporosis in women was higher than for men. The mean postoperative time was 9.85 days. Causes of hip replacement mainly included hip joint degeneration with 63 joints (71.6%) and femoral neck fracture (22.7%). The postoperative results according to the Harris scale after six-month of treatment significantly improved compared to preoperative at one month of treatment. Complications included bleeding (8%), bone damage (2%), nerve damage (2%) and infection (1.1%). **Conclusion:** Cementless total hip replacement gave the good clinical outcomes, short postoperative time and low prevalence of complication

Keywords: Cementless total hip replacement.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp háng, gãy cổ xương đùi và các tổn thương khác vùng khớp háng do sự tăng cường độ lao động, sinh hoạt, thể thao và giao thông dẫn đến những tổn thương có thể để lại nhiều di chứng và khả năng tàn phế cao.

Phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng (TKHTPKXM) là phương pháp điều trị triệt để nhất, cho kết quả lâm sàng và chức năng dài hạn tốt. Trên thế giới với 1,5 triệu khớp háng được thay hàng năm. Dự báo hơn 4 triệu khớp háng sẽ được thay hàng năm vào năm 2030 [1].

Thay khớp háng toàn phần là phẫu thuật thay thế toàn bộ bề mặt một khớp háng bằng chất liệu nhân tạo, là phương pháp phẫu thuật thành công trong lĩnh vực chấn thương chỉnh hình hiện nay, đem lại sự cải thiện chất lượng cuộc sống trong hơn 50 năm qua. TKHTPKXM ổ cối và chuỗi khớp nhân tạo, được cố định vào xương không cần dùng xi măng [2].

Tại Việt Nam, trong 10 năm trở lại đây, phẫu thuật thay khớp háng toàn phần đã trở thành thường qui hơn. Cho đến nay, cơ bản có hai loại khớp háng toàn phần, đó là loại dùng xi măng hoặc không cần xi măng để cố định khớp. Đã có nhiều nghiên cứu đánh giá về hiệu quả sử dụng của cả hai loại khớp này nhưng không có sự thống nhất chung, xu hướng hiện nay là sử dụng loại khớp không xi măng phổ biến, do có nhiều tính ưu việt hơn [3].

Bệnh viện Đa Khoa tỉnh Phú Thọ đã phát triển thay khớp từ 2008, TKHTPKXM chính thức triển khai từ 2011 và cho kết quả bước đầu rất khả quan. Tuy nhiên để đánh giá kết quả cụ thể hơn cũng như xác định được những yếu tố nào ảnh hưởng đến kết quả TKHTPKXM từ đó tạo cơ sở khoa học để xây dựng kế hoạch cải thiện kết quả phẫu thuật này tại bệnh viện, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: "Đánh giá kết quả

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ

²Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng, Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Thanh Toàn

Email: dothithanhtoan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 30.3.2018

Ngày phản biện khoa học: 7.5.2018

Ngày duyệt bài: 14.5.2018

của phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng tại bệnh viện đa khoa Tỉnh Phú Thọ từ 1/2014 đến 1/2017”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Là các bệnh nhân tuổi từ 18 đến 85, được chỉ định và tiến hành phẫu thuật TKHTPKXM lần đầu tại khoa Chấn thương I-Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ từ 1/2014 đến 1/2017.

- Đánh giá theo thang điểm Harris trung bình và kém, có đủ thông tin bệnh án và phim X-quang trước và sau mổ.

- Tự nguyện và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Những bệnh nhân không đủ sức khỏe phân loại theo tiêu chuẩn ASA từ IV trở lên, thay khớp hàng bán phần lưỡng cực hoặc hybrid và không đủ khả năng tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang theo dõi trước và sau điều trị

- Chọn mẫu và cỡ mẫu:

Cỡ mẫu tính theo công thức

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

Với n là cỡ mẫu nghiên cứu, mức ý nghĩa thống kê chọn giá trị $\alpha = 0,05$; $Z_{\alpha/2}$ giới hạn độ tin cậy với ngưỡng 95% ($\alpha = 0,05$) = 1,96; p là tỷ lệ thành công của phẫu thuật, theo nghiên cứu của Trần Đình Chiến và Phạm Đăng Ninh là 85% tốt và rất tốt [4]; d độ chính xác mong muốn $d = 1/10p$.

Từ đó tính được cỡ mẫu là 68. Lấy dự trữ 10%, kết quả cuối cùng chúng tôi chọn 75 bệnh nhân với 88 khớp háng đã được phẫu thuật.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.2. Đặc điểm về nhóm tuổi và nguyên nhân thay khớp háng

Nguyên nhân \ Nhóm tuổi	< 30 SL (%)	31-40 SL (%)	41-60 SL (%)	> 60 SL (%)	Tổng
Gãy cổ xương đùi	0	0	6 (12,2)	14 (60,9)	20 (22,7)
Thoái hóa khớp háng	0	14 (100)	41 (83,7)	8 (34,8)	63 (71,6)
Tiêu chóm thứ phát	1 (50,0)	0	2(4,1)	1 (4,3)	4 (4,5)
Trật khớp	1 (50,0)	0	0	0	1 (1,1)
Tổng	2	14	49	23	88

Trong số 88 khớp được phẫu thuật, nguyên nhân chủ yếu là thoái hóa khớp háng (71,6%), sau đó là do gãy cổ xương đùi chiếm 22,7%. Theo lứa tuổi, ở độ tuổi 31-40 và 41-60 hay gặp do nguyên nhân thoái hóa khớp háng với tỉ lệ 100% và 83,7%. Còn độ tuổi >60 thì hay gặp do nguyên nhân gãy cổ xương đùi (60,9%).

Bảng 3.1. Phân bố đối tượng lý do dẫn vào viện thay khớp và giới tính

Chọn mẫu: phương pháp ngẫu nhiên đơn từ khung mẫu là danh sách bệnh nhân đủ các tiêu chuẩn lựa chọn.

2.3. Biến số nghiên cứu và công cụ thu thập thông tin

Biến số: 1) Nhóm biến số về đặc điểm nhân khẩu học: tuổi, giới ; 2) Nhóm biến số về đặc điểm lâm sàng: nguyên nhân phẫu thuật, lý do vào viện, mức độ loãng xương; 3) Nhóm biến số về kết quả phẫu thuật, sau phẫu thuật 1 tháng và 6 tháng theo thang điểm Harris, thời gian nằm viện.

Công cụ thu thập thông tin: Bệnh án nghiên cứu

2.4. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu sau khi thu thập vào bệnh án nghiên cứu được làm sạch, nhập liệu bằng phần mềm Epi data 3.1, sau đó được chuyển sang phần mềm Stata 12.0 phân tích. Các thống kê mô tả được áp dụng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi và giới tính

Nhóm tuổi \ Giới	Nam SL (%)	Nữ SL (%)	Tổng
< 30	1 (2)	1 (4,2)	2 (2,7)
31-40	9 (17,6)	1 (4,2)	10 (13,3)
41-60	33 (64,7)	8 (33,3)	41 (54,7)
> 60	8 (15,7)	14 (58,3)	22 (29,3)
Tổng	51	24	75

Trong số 75 bệnh nhân, với nam tỷ lệ nhóm tuổi gặp chủ yếu là 41-60 (64,7%), nhóm tuổi 31-40 (17,6%). Nữ giới chủ yếu nhóm tuổi trên 60 tuổi (58,3%), nhóm tuổi 41-60 (33,3%).

Lý do vào viện	Giới		Tổng
	Nam SL (%)	Nữ SL (%)	
Đau háng trái	17 (33,3)	15 (62,5)	32 (42,7)
Đau háng phải	21 (41,2)	8 (33,3)	29 (38,7)
Đau cả hai bên	13 (25,5)	1 (4,2)	14 (18,7)
Tổng	51	24	75

Nam giới bị bên phải (41,2%), bên trái (33,3%), cả 2 bên (25,5%). Đối với nữ giới chủ yếu đau bên trái (62,5%), sau đó bên phải (33,3%), đau cả 2 bên 1 (4,2%).

Bảng 3.2. Phân bố đối tượng theo mức độ loãng xương theo giới tính

Mức độ loãng xương	Giới		Tổng
	Nam SL (%)	Nữ SL (%)	
Loãng xương độ IV	3 (5,9)	10 (41,7)	13 (17,3)
Loãng xương độ V	9 (17,6)	3 (12,5)	12 (16,0)
Không L.Xương	39 (76,5)	11 (45,8)	50 (66,7)
Tổng	51	24	75

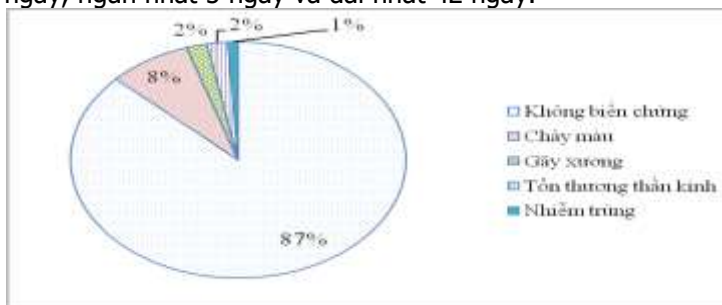
Tổng số có 51 trường hợp nam giới (76,5%) không có loãng xương. Loãng xương độ V (17,6%) và loãng xương độ IV có 5,9%. Trong số 24 bệnh nhân nữ, không loãng xương có 11 (45,8%). Loãng xương độ V có 3 khớp 12,5% và loãng xương độ IV là 10 khớp (41,7%).

3.3. Đánh giá kết quả điều trị

Bảng 3.5. Kết quả ngày điều trị trung bình và tổng thời gian nằm viện

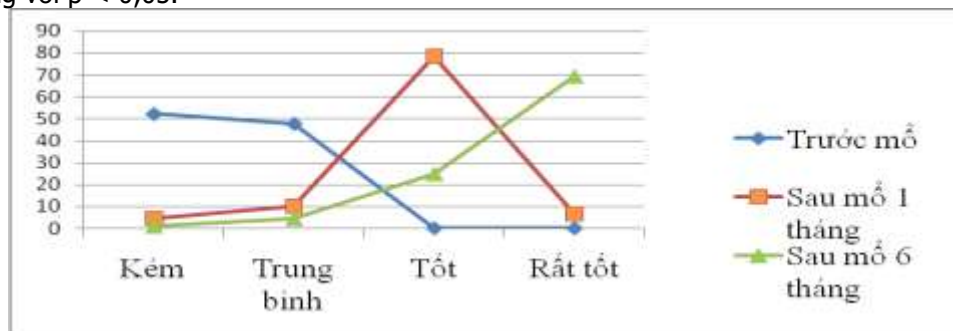
Thời gian	Tiêu chí	Thời gian điều trị sau mổ (ngày)	Thời gian nằm viện (ngày)
Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)		9,85 \pm 3,85	13,39 \pm 6,91
Ngắn nhất		5	7
Dài nhất		42	60

Thời gian nằm viện trung bình là 13,39 ngày. Ngắn nhất là 7 ngày, dài nhất 60. Ngày điều trị sau mổ trung bình 9,85 ngày, ngắn nhất 5 ngày và dài nhất 42 ngày.



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ các biến chứng trong phẫu thuật TKHTPKXM

Trong nhóm nghiên cứu có 87% khớp không biến chứng. Nhiễm trùng nông có 1%. Tổn thương thần kinh 2%. Gãy xương trong và sau mổ 2%. Truyền máu bổ xung 8%. Có sự khác biệt giữa các biến chứng với $p < 0,05$.



Biểu đồ 3.2. So sánh điểm Harris tại các thời điểm

Toàn bộ người bệnh đến viện khám lâm sàng với đánh giá theo Harris trung bình 42 khớp 47,7% và kém 46 khớp 52,3%. Sau 1 tháng điều trị, kết quả rất tốt có 6 khớp (6,8%) và tốt 69 khớp (78,4%) và có 4 khớp kém (4,5%). Theo dõi sau mổ trên 6 tháng, đánh giá theo thang điểm Harris các mức độ rất tốt (69,3%), tốt (25,0%), trung bình (4,5%) và kém (1,1%). Điều này cho thấy có sự cải thiện rõ rệt so với thời điểm trước mổ và sau mổ 1 tháng. Sự khác biệt với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhân khẩu học: Trước đây thay khớp háng thường được chỉ định cho những bệnh nhân đã cao tuổi và chủ yếu là khớp có xi măng, bán phần. Ngày nay phẫu thuật TKHTP không xi măng được thực hiện cho hầu hết mọi lứa tuổi và giới tính.

Trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu này tỷ lệ nam/nữ chung là 2/1 (bảng 3.1). Tuy nhiên tỉ lệ này còn phụ thuộc vào nhóm tuổi và nguyên nhân gây bệnh, dưới 30 tuổi tỷ lệ này 1/1; từ 30 đến 40 tuổi 4/1; trên 60 tuổi xấp xỉ 3/1. Tỉ lệ này phù hợp với nguyên nhân gây bệnh thoái hóa khớp háng ở nam giới cao hơn nhóm nữ giới.

Trong nhóm nghiên cứu có 22 khớp ở độ tuổi trên 60. Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 52,92. Như vậy những bệnh nhân được TKHTP không xi măng có xu hướng trẻ hóa, đặc biệt là nhóm nam giới trong độ tuổi học tập và lao động. Kết quả này tương đương với các tác giả khác trong nước cho thấy số bệnh nhân trẻ tuổi được chỉ định TKHTP ngày càng tăng lên [4].

4.2. Đặc điểm lâm sàng

4.2.1 Nguyên nhân thay khớp háng:

Trong nhóm nghiên cứu phần lớn bệnh nhân có chỉ định thay khớp háng toàn phần thuộc nhóm bệnh nhân bệnh lý thoái hóa khớp háng có 63 khớp (71,6%). Gãy cổ xương đùi 20 khớp (22,7%). Đây là nhóm bệnh nhân có chỉ định thay khớp háng toàn phần rất rõ ràng, 20 ca gãy cổ xương đùi nguy cơ tiêu chỏm là rất cao.

Trong nhóm nghiên cứu được chia ra 3 lý do chính là đau khớp từng bên và đau cả 2 khớp. Đau cả 2 khớp gặp chủ yếu ở nam giới 12 khớp, trong khi nữ giới có 1 khớp. Tỷ lệ đau giữa 2 bên của 2 giới khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4.2.2 Mức độ loãng xương: Viêm xương khớp và chứng loãng xương là hai vấn đề liên quan đến tuổi tác, cả hai đều phổ biến ở phụ nữ sau mãn kinh. Tuy nhiên, những bằng chứng gần đây cho thấy sự mất xương ở bệnh nhân viêm khớp, ngay cả ở giai đoạn đầu của bệnh và

những người chờ đợi phẫu thuật thay khớp háng nên được xem là có nguy cơ bị loãng xương [6]. Nghiên cứu chúng tôi cho thấy mức độ loãng xương độ IV ở nữ giới có 10 khớp (41,7%) cao hơn so với nam giới 3 khớp (4,7%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Đây là vấn đề cần được theo dõi thêm nếu mức độ loãng xương tiến triển, nguy cơ lỏng khớp nhân tạo có thể có trong thời gian theo dõi dài hơn.

4.3. Đánh giá kết quả điều trị

4.3.1. Thời gian điều trị trung bình:

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra thời gian nằm viện trung bình là $13,39 \pm 6,91$ ngày. Trường hợp bệnh nhân điều trị lâu nhất là 60 ngày do bệnh nhân thiếu máu mãn tính và có sốt nhiễm trùng, cấy máu dương tính. Bệnh nhân đã được truyền máu, kháng sinh. Sau 45 ngày điều trị hết sốt xét nghiệm máu về bình thường mới chỉ định phẫu thuật thay khớp.

Ngày điều trị sau mổ trung bình $9,85 \pm 3,85$ ngày. Trường hợp bệnh nhân điều trị dài ngày nhất (42 ngày) do có nhiễm trùng toác vết mổ. Người bệnh được bơm rửa vết mổ, dùng kháng sinh toàn thân và tại chỗ, sau 42 ngày điều trị tích cực bệnh ổn định xuất viện. Sau tái khám kết quả ổn định.

4.3.2. Các biến chứng: Phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng là phẫu thuật lớn thường được các phẫu thuật viên chuẩn bị kỹ lưỡng, sử dụng kháng sinh dự phòng trước mổ, trong và sau mổ phòng nhiễm khuẩn và dùng chống đông máu phòng huyết khối tĩnh mạch, tắc mạch phổi. Tuy nhiên, các nghiên cứu của các tác giả trong và thế giới đã chỉ ra những tai biến thường gặp trong quá trình phẫu thuật là: chảy máu, thủng ổ cối [5] vỡ toác đầu trên xương đùi, gãy xương đùi, tổn thương mạch máu, thần kinh [6].

Trong nhóm nghiên cứu có 2% tổn thương thần kinh tại thời điểm 6 tháng người bệnh còn đau, hiện tại không loại trừ được chấn thương trực tiếp hay va chạm với vít ổ cối. Theo T Shetty và cộng sự nghiên cứu 38 bệnh nhân thay khớp háng mức độ ảnh hưởng thần kinh 0,08% đến 7,6% [6]. Tổn thương thần kinh có thể do chấn thương trực tiếp hoặc va chạm với vít [1].

Phòng tránh nhiễm khuẩn là vấn đề ưu tiên hàng đầu bởi biến chứng nguy hiểm này có thể là yếu tố chính gây nên thất bại cho một cuộc mổ, ảnh hưởng nặng nề đến sức khỏe, tâm lý và kinh tế của người bệnh. Trong nhóm nghiên cứu gặp một trường hợp nhiễm khuẩn sớm sau mổ ngày thứ 6 vết mổ nề đỏ cắt chỉ nhiều dịch

chiếm 1,1%. Trường hợp này đã tiến hành nuôi cấy dịch định danh vi khuẩn âm tính. Thay kháng sinh, phối hợp 3 loại kháng sinh, kết hợp bơm rửa ổ khớp. Sau 40 ngày điều trị vết mổ liền. Kiểm tra lại sau 6 tháng, 12 tháng khớp ổn định. Không có đường thẩu xạ, không có hiện tượng lỏng chuỗi khớp nhân tạo.

4.3.3. Đánh giá điểm Harris tại các thời điểm: Qua kiểm tra đánh giá chức năng với 88 khớp đã phẫu thuật, thời gian theo dõi tối thiểu 6 tháng, dài nhất 42 tháng, kết quả kiểm tra tại thời điểm 6 tháng cho thấy chức năng khớp cải thiện rõ rệt so với trước mổ, sau mổ 1 tháng. Điều đó cho thấy đánh giá kết quả điều trị rất tốt.

Tổng số bệnh nhân có kết quả tốt và rất tốt trong nhóm nghiên cứu cũng tương tự như kết quả của một số tác giả khác. Tỷ lệ đạt kết quả trung bình có 4/88 khớp 4,5%, kém 1/88 khớp. Tỷ lệ trung bình và kém thấp hơn của nhóm tác giả Lưu Hồng Hải, và cộng sự [7]. Nguyên nhân có sự khác biệt là do cách đánh giá kết quả theo các thang điểm khác nhau, và nhất là thời điểm đánh giá, lựa chọn bệnh nhân khác nhau, vùng miền thổ nhưỡng khác nhau, số lượng bệnh nhân cũng rất khác nhau. Kết quả bước đầu đạt được là khả quan nhưng thời gian theo dõi không dài. Cần được tiếp tục theo dõi trong khoảng thời gian lâu hơn nữa.

V. KẾT LUẬN

- Có 75 bệnh nhân với 88 khớp được thực hiện phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng trong đó nam gặp nhiều hơn nữ: tỷ lệ nam/nữ là 3/1.

- Kỹ thuật có thể thực hiện được ở các nhóm tuổi khác nhau.

- Lý do bệnh nhân đến viện có thể đau 1 hoặc 2 bên khớp háng. Đau cả 2 bên gặp ở nam giới nhiều hơn nữ 13/1.

- Mức độ loãng xương độ IV trong nhóm nghiên cứu ở nữ giới cao hơn nam giới.

- Ngày điều trị sau mổ trung bình trong nhóm nghiên cứu là 9,85 ngày (5 ngày-42 ngày).

- Nguyên nhân thay khớp háng chủ yếu do bệnh lý thoái hóa khớp háng có 63 khớp (71,6%) và gãy cổ xương đùi 20 khớp (22,7%).

- Kết quả sau mổ đánh giá theo thang điểm Harris thời điểm 6 tháng cải thiện rõ rệt so với trước phẫu thuật và sau 1 tháng.

- Biến chứng gặp gồm có chảy máu 8%, tổn thương xương 2%, tổn thương thần kinh 2% và nhiễm khuẩn 1,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. LW Xu, A Veeravagu, &TD Azad (2016), "Delayed Presentation of Sciatic Nerve Injury after Total Hip Arthroplasty: Neurosurgical Considerations, Diagnosis, and Management", Neurological surgery reports, Vol 77,(3), pp 134-138.
2. L.A. Whiteside, &M.E. Roy (2017), "One-stage Revision With Catheter Infusion of Intraarticular Antibiotics Successfully Treats Infected THA", Clin Orthop Relat Res, Vol 475, pp 419-429
3. Nguyễn Văn Hoạt, Nguyễn Bảo Ngọc, &Hoàng Văn Minh (2016), "So sánh kết quả thay khớp háng toàn phần có xi măng và không xi măng.", Chấn Thương Chỉnh Hình Việt Nam, tr.112-113.
4. Trần Đình Chiển, &Phạm Đăng Ninh (2009), "Một số nhận xét qua 10 năm ứng dụng phẫu thuật thay khớp háng tại khoa CTCH Bệnh viện 103 - HVQY", Chấn Thương Chỉnh Hình Việt Nam, Vol (8), tr. 219 - 224.
5. Heinz Wagner, (2016). "Wagner SL Revision Hip Stem Surgical Technique", www.zimmer.com.
6. T Shetty, E Manning, K Cummings, &C Villegas (2014), "Retrospective Review of Patients with Sciatic Nerve Palsy after Total Joint Arthroplasty ", Clinical Orthopaedics and Related Research, Vol 8, pp P7.116.
7. Lưu Hồng Hải, Lê Hồng Hải, Nguyễn Trung Dũng, Phùng Văn Tuấn, & Nguyễn Anh Tuấn (2013), "Đánh giá kết quả xa phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng tại bệnh viện trung ương quân đội 108", Chấn Thương Chỉnh Hình Việt Nam, Vol, tr. 44-50.

XỬ TRÍ RÒ NỘI MẠCH SAU ĐIỀU TRỊ PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG DƯỚI THẬN BẰNG CAN THIỆP NỘI MẠCH

Nguyễn Văn Quảng¹, Trần Quyết Tiến²

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm khảo sát tỷ lệ rò nội mạch, các phương pháp và kết quả điều trị rò nội

TÓM TẮT

¹Khoa Phẫu thuật Mạch máu Bệnh viện Chợ Rẫy

²Bộ môn Ngoại Lồng ngực – Tim mạch - Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Quảng

Email: drquangptmmcr@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.2.2018

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2018

Ngày duyệt bài: 23.4.2018

mạch sau điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận bằng can thiệp nội mạch (EVAR). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tiền cứu, mô tả các trường hợp rò nội mạch trong 68 bệnh nhân (BN) EVAR tại khoa Phẫu thuật Mạch máu bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 05/2012 đến tháng 12/2017 với thời gian theo dõi từ 6 tháng đến 60 tháng. **Kết quả:** Có 68 BN EVAR, tuổi trung bình là $73,6 \pm 3,1$; nam giới 52 trường hợp (TH) (76,47%). Có 19 TH (27,9%) rò được phát hiện ngay lúc mổ (6 TH rò loại IA, 2TH loại IB, 8 TH loại II, 3 TH loại III). Có 3 TH loại IA và 3 TH loại III điều trị bằng nong bóng hiệu quả, 3TH loại IA đặt thêm ống ghép đoạn cổ gần, 2TH loại IB đặt thêm ống ghép đoạn cổ xa. Có 3 TH (4,41%) can thiệp lại: 1 TH rò loại IA đặt thêm ống ghép đoạn cổ gần, 1TH loại IB được đặt thêm ống ghép đoạn cổ xa, 1 TH rò loại II có tăng kích thước phình làm tắc bằng thả coil thành công, các trường hợp còn lại ổn định, không có vỡ phình, không có tử vong liên quan túi phình. **Kết luận:** Rò nội mạch là biến chứng xảy ra với tần suất thường gặp sau EVAR và có thể điều trị hiệu quả bằng can thiệp nội mạch (nong bóng, đặt thêm ống ghép nội mạch, làm tắc mạch).

Từ khóa: Điều trị phình động mạch chủ bụng bằng can thiệp nội mạch, rò nội mạch

SUMMARY

MANAGEMENT OF ENDOLEAK AFTER ENDOVASCULAR ANEURYSM REPAIR

Objective: The aim of this study is to evaluate the incidence, methods and outcomes of endoleak management after endovascular aneurysm repair (EVAR). **Methods:** A prospective study describes endoleak in 68 AAA patients treated by EVAR in Vascular Surgery Department of Cho Ray Hospital from May 2012 to December 2017 with a follow-up period of 6 months to 60 months. **Results:** There were 68 EVAR procedures with mean age 73.6 ± 3.1 ; 76.47% were male. Nineteen cases (27.9%) of endoleak were detected intraoperative (6 cases of type IA, 2 cases of type IB, 8 cases of type II, 3 cases of type III). There were 3 cases of type IA and 3 cases of type III treated effectively with balloon dilation, 3 cases of type IA were treated by insertion of aortic cuff, 2 cases of type IB were inserted an extension stent graft. There were 3 cases (4.41%) needed reintervention: 1 case of type IA with aortic cuff, 1 case of type IB with an extension stent graft, 1 case of type II with aneurysm size enlargement with coils embolization. The remaining cases were stable (no aneurysm rupture, no aneurysm related mortality). **Conclusions:** Endoleak is a common complication after EVAR and can be treated effectively by interventions (balloon dilatation, aortic cuff, extension stent graft, embolization).

Key words: Endovascular aneurysm repair (EVAR), endoleak

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở Mỹ, vỡ phình động mạch chủ bụng là một trong 10 nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở người trên 55 tuổi. Nguy cơ vỡ liên quan trực tiếp đến kích thước túi phình. Các túi phình có

kích thước từ 5 – 6cm có nguy cơ vỡ hàng năm từ 5-10%. Chỉ định phẫu thuật mở khi túi phình có kích thước từ 5-5.5cm. Tuy nhiên nguy cơ biến chứng, tử vong cho phẫu thuật mở từ 1-7%. Gần đây, can thiệp nội mạch là phương pháp điều trị được chọn lựa với tỷ lệ biến chứng và tử vong 30 ngày thấp hơn, thời gian nằm viện và hồi sức ngắn hơn [2], [4]

Tuy nhiên, điều trị nội mạch cũng tồn tại các biến chứng, đó là huyết khối ống ghép, gấp khúc và di lệch ống ghép, thuyên tắc mạch nuôi tạng hoặc chi, bóc tách động mạch chủ, và biến chứng thường gặp nhất là rò nội mạch.

Một số trường hợp rò nội mạch có thể làm tăng kích thước túi phình và dẫn đến vỡ phình gây tử vong cho bệnh nhân. Do đó, cần phát hiện và có biện pháp điều trị thích hợp nhằm tránh biến chứng này.

Nghiên cứu này nhằm khảo sát tỷ lệ rò nội mạch, các phương pháp và kết quả điều trị rò nội mạch sau điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận bằng can thiệp nội mạch

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiền cứu, mô tả các trường hợp rò nội mạch trong 68 bệnh nhân phình động mạch chủ bụng dưới thận được điều trị bằng can thiệp nội mạch tại khoa Phẫu thuật Mạch máu bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 05/2012 đến tháng 12/2017 với thời gian theo dõi từ 6 tháng đến 60 tháng.

Rò nội mạch được phát hiện trong lúc mổ qua chụp động mạch chủ chậu số hoá xoá nền kiểm tra ngay sau khi bung ống ghép hoặc qua chụp điện toán cắt lớp động mạch chủ chậu trong quá trình theo dõi tại thời điểm sau can thiệp 1, 3, 6, 12 tháng và hàng năm sau đó.

Các phương pháp điều trị rò nội mạch được sử dụng bao gồm nong bóng, đặt thêm ống ghép nội mạch đoạn cổ gần (aortic cuff) cho rò loại IA, đặt thêm ống ghép nội mạch đoạn cổ xa (extension stent graft) cho rò loại IB, làm thuyên tắc mạch bằng coils qua can thiệp từ đường động mạch (transarterial embolization with coils) cho rò loại II, đặt thêm ống ghép nội mạch đoạn khúc nối cho rò loại III.

Rò nội mạch loại II được theo dõi định kỳ theo lịch, chỉ định can thiệp lại khi có tăng kích thước túi phình trên 5mm hoặc rò tồn tại trên 6 tháng sau EVAR

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi đã thực hiện EVAR cho 68 bệnh nhân, tuổi trung bình là $73,6 \pm 3,1$; nam giới chiếm 52 trường hợp (76,47%) với các yếu tố

nguy cơ và bệnh kết hợp được mô tả ở bảng sau (Bảng 1)

Bảng 1. Đặc điểm chung bệnh nhân nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n=68)	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình	73,6 ± 3,1	
Giới nam	52	76,47%
Tăng huyết áp	16	23,52%
Hút thuốc lá	37	54,41%
Rối loạn mỡ máu	38	55,88%
Đái tháo đường	3	4,41%
Bệnh mạch vành	31	45,58%
Hẹp động mạch cảnh	9	13,23%
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	4	5,88%
Bệnh thận mạn tính	2	2,94%

Có 19 trường hợp (27,9%) rò nội mạch được phát hiện ngay lúc mổ sau khi bung ống ghép nội mạch, bao gồm 6 trường hợp rò loại IA, 2 trường hợp rò loại IB, 8 trường hợp rò loại II, 3 trường hợp rò loại III. Có 3 trường hợp rò loại IA và 3 trường hợp rò loại III được xử lý hiệu quả bằng nong bóng, 3 trường hợp rò loại IA được đặt thêm ống ghép đoạn cổ gần, 2 trường hợp rò loại IB được đặt thêm ống ghép đoạn cổ xa (Bảng 2). Chụp kiểm tra các trường hợp đặt thêm ống ghép này đều hết rò, không có rò tái phát trong quá trình theo dõi. Các trường hợp rò loại II được theo dõi định kỳ bằng chụp điện toán cắt lớp động mạch chủ chậu.

Bảng 2. Rò ống ghép nội mạch sớm và phương pháp điều trị



Hình 1. Rò loại IA

Nguồn từ MSCT bệnh nhân Lê Văn T.

Phân loại	Nong bóng thành công	Đặt thêm ống ghép	Theo dõi	Tổng cộng
Loại IA	3/6	3/6	0	6
Loại IB	0	2/2	0	2
Loại II	0	0	8	8
Loại III	3/3	0	0	3
Tổng cộng	6	5	8	19

Trong quá trình theo dõi từ 6 đến 60 tháng có 3 trường hợp (4,41%) can thiệp lại (Bảng 3) bao gồm 1 trường hợp rò loại IA được đặt thêm ống ghép đoạn cổ gần (aortic cuff), 1 trường hợp rò loại IB được đặt thêm ống ghép đoạn cổ xa (extension stent graft), 1 trường hợp rò loại II có tăng kích thước phình 10mm (nguồn gốc rò từ nhánh động mạch thắt lưng chậu) được làm tắc bằng thả coils. Cả 3 trường hợp can thiệp lại này đều thành công về mặt kỹ thuật và chụp kiểm tra hết rò. Các trường hợp còn lại ổn định, không có vỡ phình, không có tử vong liên quan túi phình.

Như vậy, chúng tôi có tổng cộng 21/68 trường hợp rò nội mạch chiếm tỷ lệ 30,8% (19 trường hợp phát hiện trong lúc mổ, 2 trường hợp phát hiện trong quá trình theo dõi).

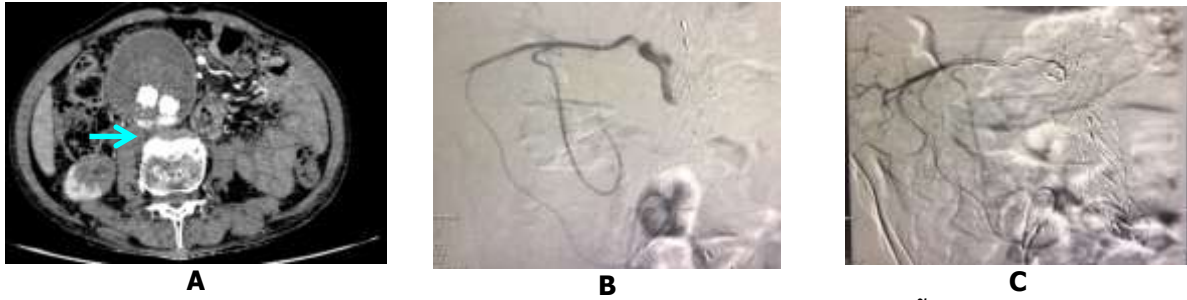
Bảng 3. Rò ống ghép nội mạch muộn và kết quả can thiệp lại

Phân loại	Đặt thêm ống ghép	Làm tắc mạch	Tổng cộng
Loại IA	1	0	1
Loại IB	1	0	1
Loại II	0	1	1
Tổng cộng	2	1	3



Hình 2. Rò loại IB

Nguồn từ MSCT bệnh nhân Nguyễn Tấn L



Hình 3. Rò nội mạch loại II: Nguồn từ MSCT bệnh nhân Nguyễn Minh T

A Hình ảnh rò trên phim MSCT trước can thiệp lại, B Hình ảnh rò qua chụp mạch máu xoá nền trước can thiệp lại, C Sau thả coil làm tắc mạch

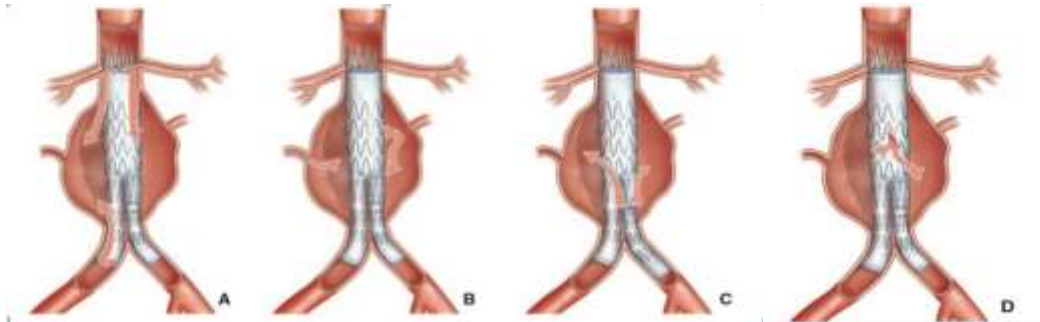
IV. BÀN LUẬN

Rò nội mạch được xác định khi vẫn còn dòng máu chảy vào túi phình sau can thiệp đặt ống ghép nội mạch điều trị phình động mạch chủ. Rò có thể xuất hiện trong vòng 30 ngày sau can thiệp, gọi là rò sớm hay nguyên phát, rò thứ phát hay muộn là các trường hợp rò xuất hiện sau đó. Ngoài ra người ta còn phân loại rò có liên quan ống ghép và không liên quan ống ghép. Tần suất rò ống ghép thay đổi từ 10% - 50% [4].

Phân loại thường được sử dụng nhất là phân loại dựa trên nguồn gốc xuất phát của dòng máu

vào túi phình. Theo đó, rò nội mạch được phân thành 5 loại như sau [5]:

- Loại I: Rò từ cổ gần (IA) hoặc cổ xa của túi phình (IB)
- Loại II: Rò từ các nhánh bên động mạch chủ vào túi phình như: động mạch thắt lưng, động mạch mạc treo tràng dưới, động mạch chậu trong.
- Loại III: Rò từ chỗ hở giữa các khúc nối của ống ghép
- Loại IV: Rò từ thân ống ghép
- Loại V (endotension): Tăng áp lực bên trong túi phình làm tăng kích thước phình, không thấy hình ảnh rò trên các phương tiện chẩn đoán hình ảnh



Hình 4. Các loại rò nội mạch (A: loại I, B: loại II, C: loại III, D: loại IV)

Nguồn từ EMC – Technique chirurgical [1]

Tần xuất rò nội mạch loại I sau can thiệp nội mạch điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận dao động từ 0-10% , rò loại II từ 10 -25% [5]. Tỷ lệ rò loại I trong nghiên cứu chúng tôi là 14,7%, tỷ lệ rò loại II là 11,8%. Kết quả này cũng tương tự các nghiên cứu của các tác giả khác [3], [7].

Về chỉ định can thiệp, rò ống ghép nội mạch loại I và loại III có sự liên quan trực tiếp giữa áp lực trong túi phình và tuần hoàn hệ thống nên cần được xử trí ngay nhằm tránh nguy cơ vỡ phình. Rò ống ghép nội mạch loại II xuất phát từ các nhánh bên của động mạch chủ đổ vào túi

phình, theo nhiều nghiên cứu cho thấy loại rò này có khả năng tự khỏi từ 30-90% [3], [5], do đó có thể theo dõi mà chưa cần can thiệp ngay.

Một số công trình nghiên cứu cho thấy chỉ định can thiệp lại cho rò loại II khi kích thước túi phình tăng trên 5mm trong quá trình theo dõi hoặc rò tồn tại trên 6 tháng đến 1 năm [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 8 trường hợp rò loại II được phát hiện và theo dõi, có một trường hợp tăng kích thước túi phình 10mm và bệnh nhân có đau bụng sau can thiệp 1 năm. Trường hợp này được can thiệp lại: qua chụp động mạch chủ chậu số hoá xoá nền chúng tôi

xác định được nguồn gốc gây rò từ nhánh động mạch thắt lưng chậu bên phải, bệnh nhân được thả coil làm tắc thành công. Chụp kiểm tra sau can thiệp lại hết rò và bệnh nhân giảm đau.

Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy có nhiều biện pháp xử trí rò nội mạch, bao gồm nong bóng, đặt thêm stent động mạch chủ cho đoạn cổ gần, đặt thêm ống ghép nội mạch đoạn cổ gần (aortic cuff), đặt thêm ống ghép chỗ khúc nối, đặt thêm ống ghép nội mạch đoạn cổ xa, làm thuyên tắc mạch qua đường đường động mạch hoặc xuyên thắt lưng, mổ nội soi thắt các nhánh mạch, hoặc chuyển mổ hở... [4], [6]

Nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp phải chuyển mổ mở, tất cả các trường hợp rò được xử trí thành công bằng can thiệp nội mạch ngay trong thì đầu hoặc ở lần can thiệp lại cho các trường hợp rò muộn phát hiện trong quá trình theo dõi hoặc rò loại II tồn tại, có tăng kích thước túi phình.

Điều trị thành công rò nội mạch bằng can thiệp nội mạch góp phần duy trì tính ưu việt của EVAR là ít xâm lấn, giảm tử vong và biến chứng trong điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận, đặt biệt ở các bệnh nhân có nguy cơ phẫu thuật cao do lớn tuổi, có nhiều bệnh kết hợp.

V. KẾT LUẬN

Rò nội mạch là biến chứng xảy ra với tần suất thường gặp sau EVAR và có thể điều trị hiệu quả bằng can thiệp nội mạch (nong bóng, đặt thêm ống ghép nội mạch, làm tắc mạch). Cần

theo dõi định kỳ để phát hiện sớm và xử trí kịp thời nhằm tránh biến chứng vỡ phình. Cần có nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá tốt hơn về biến chứng này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Becquemin J.P, Cochennec F, Marzelle J (2006), "Chirurgie endovasculaire des anévrismes de l'aorte abdominale", Techniques chirurgicales - Chirurgie vasculaire, Elsevier Masson SAS.
2. De Bruin JL, Baas AF, Buth J, et al (2010), "Long-term outcome of open or endovascular repair of abdominal aortic aneurysm". *N Engl J Med*; 362(20): 1881-1889.
3. El Batti S, Cochennec F, Roudot-Thoraval F, Becquemin JP (2013), "Type II endoleaks after endovascular repair of abdominal aortic aneurysm are not always a benign condition", *J Vasc Surg*; 57(5): 1291-1297.
4. Elliot L. Chaikof, Ronald L. Dalman Mark K. Eskandari Benjamin M. Jackson (2017), "The Society for Vascular Surgery practice guidelines on the care of patients with an abdominal aortic aneurysm", *Journal of vascular surgery*, volume 67, Number 1.
5. Frank J. Veith, Richard A. Baum, Takao Ohki (2002), "Nature and significance of endoleaks and endotension: Summary of opinions expressed at an international conference", *J Vasc Surg*; 35: 1029-35.
6. Peter L. Faries, Hadley Cadot, Gautam Agarwal, K. Craig Kent, Larry H. Hollier, and Michael L. Marin (2003) "Management of endoleak after endovascular aneurysm repair: Cuffs, coils, and conversion", *J Vasc Surg*; 37: 1155-61.
7. Sidloff DA, Gokani V, Stather PW, Choke E, Bown MJ, Sayers RD (2014), "Type II endoleak: conservative management is a safe strategy". *Eur J Vasc Endovasc Surg*; 48(4): 391-399.

NGHIÊN CỨU ĐỘC TÍNH CẤP VÀ TÁC DỤNG ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN LIPID MÁU THEO CƠ CHẾ NỘI SINH CỦA BÀI THUỐC "TIÊU ĐÀM - 03"

Bành Thị Thu Quyên¹, Trần Quốc Bảo², Nguyễn Đình Thành², Nguyễn Hoàng Ngân³, Nguyễn Bá Quang⁴, Nghiêm Hữu Thành⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu độc tính cấp và tác dụng điều trị rối loạn lipid máu theo cơ chế nội sinh của bài thuốc "Tiêu đàm - 03" trên động vật thực nghiệm.

¹Viện Y học cổ truyền Quân đội

²Bệnh viện Quân y 103

³Học viện Quân y

⁴Bệnh viện Châm cứu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Ngân

Email: nguyenhoangngan@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 30.3.2018

Ngày phản biện khoa học: 8.5.2018

Ngày duyệt bài: 14.5.2018

Phương pháp nghiên cứu: Độc tính cấp đường uống được đánh giá trên chuột nhắt trắng theo hướng dẫn của Bộ Y tế và tổ chức y tế thế giới. Tác dụng điều trị rối loạn lipid máu được đánh giá trên chuột nhắt trắng gây rối loạn lipid máu theo cơ chế nội sinh bằng poloxamer 407. **Kết quả:** Chuột nhắt trắng uống cao lỏng bài thuốc "tiêu đàm - 03" liều tăng dần từ 60g/kg/ngày đến 300g/kg/ngày (liều được tính theo g dược liệu khô) với lượng uống mỗi lần 0,2 ml/10g cân nặng, uống 3 lần/24giờ, uống cách nhau 3 giờ. Không có biểu hiện độc tính cấp. Trên chuột nhắt trắng gây rối loạn lipid máu nội sinh, bài thuốc "tiêu đàm - 03" liều 33,6g/kg/ngày và 67,2g/kg/ngày có tác dụng tốt làm giảm cholesterol toàn phần và triglycerid, LDL-C, VLDL-C trong máu, giảm chỉ số vữa xơ mạch, tương đương với thuốc tham chiếu Atorvastatin liều 15mg/kg

cân nặng. **Kết luận:** Bài thuốc "tiêu đàm - 03" an toàn khi đánh giá độc tính cấp đường uống và có tác dụng tốt trong điều trị rối loạn lipid máu nội sinh trên thực nghiệm.

Từ khóa: tiêu đàm-03; độc tính cấp; rối loạn lipid máu.

SUMMARY

STUDYING THE ACUTE TOXICITY AND THE REGULATION ENDOGENOUS DYSLIPIDEMIA EFFECT OF "TIEU DAM - 03" REMEDY

Objective: Studying the acute toxicity and the regulation endogenous dyslipidemia effect of "Tieu dam - 03" remedy in experimental animal. **Methods:** The oral acute toxicity was evaluated under the guidance of the Ministry of Health and the World Health Organization. The regulation dyslipidemia effect was evaluated in mice caused endogenous dyslipidemia by Poloxamer - 407. **Results:** Mice were administered orally an ascending dose "tieu dam - 03" remedy extract from 60g/kg/day to 300g/kg/day (dose was calculated as g dried herbs). The amount of 0.2ml/10g weight, 3 times/24 hours, every 3 hours. There is no symptom of acute toxicity. In mice caused endogenous dyslipidemia, "tieu dam - 03" remedy dose 33.6g/kg/day và 67.2g/kg/day showed the effect of decreasing total cholesterol, triglyceride, LDL-C and VLDL-C in blood, decreasing Atherogenic index, equivalent when compared with Atorvastatin dose 15mg/kg/day. **Conclusion:** "Tieu dam - 03" remedy was safe when studying the oral acute toxicity and had good regulation endogenous dyslipidemia effect

Key words: Tieu dam - 03; acute toxicity; dyslipidemia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lipid máu (RLLPM) đang có xu hướng ngày càng tăng cao, gây ra nhiều hậu quả xấu

như vỡ xơ động mạch, nhồi máu cơ tim, nhồi máu não, nhiễm mỡ gan làm suy chức năng gan...[3]. Bên cạnh các nhóm thuốc điều trị RLLP máu đang được sử dụng rộng rãi trên thế giới như Fibrat, Statin ..., nhiều tác giả đã đi sâu tìm hiểu tác dụng hạ lipid máu của các vị thuốc, bài thuốc Y học cổ truyền do hiệu quả điều trị tốt và tính an toàn cao.

Y học cổ truyền (YHCT) với biện chứng luận trị sâu sắc và phương dược phong phú đã và đang thể hiện những nét ưu việt trong điều trị chứng Đàm - một chứng bệnh có nhiều điểm tương đồng với RLLP máu. Đã có nhiều bài thuốc, vị thuốc được sử dụng được nghiên cứu để điều trị bệnh này. "Tiêu đàm - 03" là bài thuốc gồm các vị thuốc có tác dụng kiện tỳ, lợi thấp, hành khí, tiêu đàm, hoạt huyết, dưỡng huyết...bước đầu sử dụng trên lâm sàng có kết quả khả quan.

Để có cơ sở khoa học nhằm phát triển, ứng dụng rộng rãi bài thuốc, nghiên cứu được thực hiện nhằm mục tiêu:

- Đánh giá độc tính cấp đường uống của bài thuốc "tiêu đàm - 03"

- Đánh giá tác dụng điều trị rối loạn lipid máu theo cơ chế nội sinh của bài thuốc "tiêu đàm - 03" trên động vật thực nghiệm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, vật liệu nghiên cứu

2.1.1. Chế phẩm nghiên cứu

***Thuốc nghiên cứu:** bài thuốc "Tiêu đàm - 03".

Bảng 1. Công thức bài thuốc Tiêu đàm -03

Tên thuốc	Tên khoa học	Liều
Chỉ thực	Fructus <i>Aurantii immaturus</i>	10g
Bán hạ	Rhizoma <i>Pinelliae Ternatae</i>	10g
Đờm nam tinh	<i>Arisaema Cum Bile</i>	08g
Trạch tả	Rhizoma <i>Alismatis</i>	15g
Viễn chí	Radix <i>Polygalae Tenuifoliae</i>	05g
Hồng hoa	Flos <i>Carthami</i>	10g
Ngưu tất	Radix <i>Achyranthis bidentatae</i>	15g
Mộc hương	Radix <i>Aucklandiae</i>	05g
Sa nhân	Fructus <i>Amomi</i>	08g
Bạch thược	Radix <i>Paconiae Alba</i>	15g
Bạch truật	Rhizoma <i>Atractylodis macrocephalae</i>	12g
Ngọc trúc	Rhizoma <i>Polygonati Odorati</i>	12g
Sơn tra	Fructus <i>Crataegi</i>	15g

Các vị thuốc trong bài thuốc được công ty dược phẩm TW Mediplantex cung cấp, dược liệu đạt tiêu chuẩn Dược điển Việt nam IV [7]. Bài thuốc được chiết suất bằng hệ thống máy sắc

thuốc và đóng gói tự động của Hàn quốc tại khoa YHCT - Bệnh viện 103 thành dạng dịch chiết 1: 1 (01g dược liệu/1ml), sau đó được cô quay chân không đến độ đậm đặc nhất (cao 5:1)

có thể cho chuột uống được bằng kim đầu tù chuyên dụng. Cao đặc này được pha loãng ở các nồng độ khác nhau cho chuột uống để đánh giá tính an toàn và tác dụng dược lý trên động vật thực nghiệm.

* **Thuốc tham chiếu:** Atorvastatin viên 10mg của Cadila Pharmaceuticals.

2.1.2. Động vật thí nghiệm

Chuột nhắt trắng chủng Swiss cả hai giống, khỏe mạnh, cân nặng $20 \pm 2g$, do Ban cung cấp động vật thí nghiệm - Học viện Quân y cung cấp, nuôi dưỡng theo tiêu chuẩn động vật thí nghiệm.

2.1.3. Hóa chất, phương tiện dùng trong nghiên cứu

- Poloxamer 407 (Sigma - Singapore);
- Hóa chất xét nghiệm sinh hóa của hãng MEDIA, sản xuất tại Italia.
- Máy xét nghiệm sinh hoá Biochemical Systems International Srl, Italia, model 3000 Evolution.
- Kim cong đầu tù dùng cho chuột uống thuốc, sản xuất tại Nhật Bản.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Đánh giá độc tính cấp đường uống của bài thuốc "Tiêu đàm 03"

Đánh giá độc tính cấp và xác định LD₅₀ của bài thuốc "Tiêu đàm 03" trên chuột nhắt trắng chủng Swiss bằng đường uống theo phương pháp của Litchfield – Wincoxon, hướng dẫn của Bộ y tế và hướng dẫn của WHO [2],[4].

Chuột nhắt trắng chủng Swiss gồm 50 con chia ngẫu nhiên thành 5 lô, mỗi lô 10 con. Trước khi thí nghiệm chuột nhịn ăn 12 giờ, cho uống nước bình thường. Sau 12 giờ nhịn ăn, cho chuột uống thuốc với thể tích 0,2ml/10g thể trọng/lần nhưng với các liều tăng dần, 3 lần/24 giờ, mỗi lần cách nhau 3 giờ. Chuột được uống thuốc cưỡng bức, thuốc thử được đưa thẳng vào dạ dày chuột bằng kim cong đầu tù. Tìm liều cao nhất không gây chết chuột, liều thấp nhất gây chết 100% số chuột và các liều trung gian.

Theo dõi tình trạng chung (vận động, bài tiết...) và số lượng chuột chết ở mỗi lô trong 72 giờ. Sau đó tiếp tục theo dõi tình trạng chung của chuột đến hết ngày thứ 7 sau khi uống thuốc thử lần đầu.

Tiến hành phẫu tích quan sát tình trạng các tạng ngay sau khi có chuột chết để xác định nguyên nhân gây độc.

Bảng 1. Độc tính cấp theo đường uống của thuốc Tiêu đàm - 03 trên chuột nhắt trắng.

Lô chuột	Số chuột thí nghiệm	Liều sử dụng (g dược liệu /kgTLCT)	Thể tích cho uống /tỷ lệ cao	Số chuột sống/chết sau 72 giờ
----------	---------------------	------------------------------------	------------------------------	-------------------------------

2.2.2. Đánh giá tác dụng điều chỉnh RLLPM của bài thuốc Tiêu đàm- 03 trên thực nghiệm trên mô hình gây rối loạn lipid máu theo cơ chế nội sinh: Áp dụng có điều chỉnh mô hình gây tăng lipid máu nội sinh bằng P-407 của Millar và cộng sự [7].

Chuẩn bị dung dịch P-407 2% bằng cách pha 0,4g P-407 trong 20mL nước muối sinh lý, để tủ lạnh qua đêm để làm tăng độ tan của P-407. Kim và xylanh dùng để tiêm chuột được ngâm trong nước đá trước khi sử dụng.

Chuột nhắt trắng chia ngẫu nhiên thành 5 lô, mỗi lô 08 con:

- Lô chứng và lô mô hình: uống nước cất hàng ngày
- Lô trị 1: uống Tiêu đàm- 03 liều 33,6g/kg hàng ngày.
- Lô trị 2: uống Tiêu đàm- 03 liều 67,2g/kg hàng ngày.
- Lô tham chiếu: uống Atorvastatin liều 15mg/kg hàng ngày

Chuột được uống thuốc hoặc nước cất trong 7 ngày. Vào ngày thứ 7, chuột ở các lô được tiêm màng bụng P-407 liều 200mg/kg (trừ lô chứng tiêm nước muối sinh lý 10mL/kg). Tất cả các chuột được nhịn ăn trong 24 giờ, uống nước tự do. Ngày thứ 8, sau 24 giờ kể từ khi tiêm P-407, tất cả các chuột được lấy máu xét nghiệm các chỉ số lipid máu: TG, TC, HDL-C.

Low density lipoprotein (LDL-C) và Very low density lipoprotein (VLDL-C) được tính theo công thức Friedwald [4]

$$LDL-C = TC - HDL-C - VLDL-C$$

$$VLDL-C = Triglycerides/2,2.$$

Chỉ số vữa xơ mạch (Atherogenic index – A.I) được tính theo công thức

$$A.I = (TC - HDL-C)/HDL-C$$

2.3. Xử lý số liệu: Các số liệu được xử lý theo các phương pháp thống kê y sinh học, so sánh bằng anova test sử dụng phần mềm SPSS 16.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả nghiên cứu độc tính cấp

Lô 1	10	60,0	0,2 mL/10g x 3 lần /cao 1:1	10/0
Lô 2	10	120,0	0,2 mL/10g x 3 lần / cao 2:1	10/0
Lô 3	10	180,0	0,2 mL/10g x 3 lần / cao 3:1	10/0
Lô 4	10	240,0	0,2 mL/10g x 3 lần / cao 4:1	10/0
Lô 5	10	300,0	0,2 mL/10g x3lần / cao 5:1	10/0

Chuột nhắt trắng được uống cao thuốc Tiêu đàm - 03 với thể tích 0,2ml/10g thể trọng/lần, ngày 3 lần ở các mức liều khác nhau từ liều thấp nhất là 60,0g/kg thể trọng đến liều cao nhất là 300,0g/kg thể trọng. Chuột đã uống đến liều 300,0g/kg thể trọng là liều tối đa có thể dùng được bằng đường uống để đánh giá độc tính cấp của cao thuốc Tiêu đàm - 03 nhưng không có chuột nào chết, không xuất hiện triệu chứng bất

thường nào trong 72 giờ sau uống cao thuốc Tiêu đàm - 03 lần cuối và trong suốt 7 ngày sau uống cao thuốc Tiêu đàm - 03.

Kết luận: Chưa tìm thấy LD₅₀ của cao thuốc Tiêu đàm - 03 theo đường uống trên chuột nhắt trắng. Với mức liều cao nhất có thể cho chuột uống trong 24h là 300g dược liệu/kg thể trọng không xuất hiện độc tính cấp.

3.2. Sự thay đổi các chỉ số lipid máu của các lô chuột nghiên cứu trên mô hình gây rối loạn lipid máu nội sinh

Bảng 2. Sự thay đổi các chỉ số lipid máu của các lô chuột nghiên cứu trên mô hình gây rối loạn lipid máu theo cơ chế nội sinh (n = 8, $\bar{x} \pm SD$).

Chỉ số lipid máu Lô nghiên cứu	TC (mmol/L)	TG (mmol/L)	HDL-C (mmol/L)	VLDL-C (mmol/L)	LDL-C (mmol/L)	Atherogenic index (A.I)
Chứng (1)	2,14 ± 0,37	0,83 ± 0,14	0,58 ± 0,05	0,38 ± 0,07	1,18 ± 0,37	2,70 ± 0,68
Mô hình (2)	2,7* ± 0,46	1,01* ± 0,15	0,56 ± 0,10	0,46* ± 0,07	1,68* ± 0,34	3,89** ± 0,66
Trị 1 (3)	1,98# ± 0,40	0,79# ± 0,10	0,52 ± 0,13	0,36# ± 0,04	1,10# ± 0,33	2,93# ± 0,76
Trị 2 (4)	1,96# ± 0,59	0,84# ± 0,09	0,52 ± 0,12	0,38# ± 0,04	1,06# ± 0,47	2,79# ± 0,80
Tham chiếu (5)	2,08# ± 0,33	0,82# ± 0,11	0,55 ± 0,08	0,37# ± 0,05	1,15# ± 0,31	2,83# ± 0,72

Khác biệt so với lô chứng : *: p < 0,05; **: p < 0,01; Khác biệt so với lô mô hình: #: p < 0,05.

Nhận xét: - Tiêm màng bụng P – 407 trên chuột nhắt trắng đã gây tình trạng rối loạn lipid máu, làm tăng hàm lượng TC, TG, LDL-C, VLDL-C so với ở lô chứng (p < 0,05). Hàm lượng HDL-C ở lô mô hình biến đổi không có ý nghĩa thống kê so với lô chứng (p > 0,05), tuy nhiên tỷ lệ HDL-C so với Cholesterol toàn phần giảm rõ, làm chỉ số xơ mạch A.I ở lô mô hình tăng có ý nghĩa thống kê so với lô chứng với p < 0,01.

- So với lô mô hình, các lô dùng Tiêu đàm-03 và Atorvastatin có hàm lượng TC, TG, LDL-C, VLDL-C máu chuột giảm có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Hàm lượng HDL-C biến đổi không có ý nghĩa thống kê so với lô chứng (p > 0,05), tuy nhiên chỉ số xơ mạch A.I giảm có ý nghĩa thống kê với p < 0,01.

- So sánh giữa các lô trị 1, lô trị 2 và lô tham chiếu, hàm lượng TC, TG, HDL-C, LDL-C, VLDL-C và chỉ số xơ mạch A.I ở các lô này không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Độc tính cấp của Tiêu đàm - 03

Nghiên cứu độc tính cấp theo đường uống trên chuột nhắt trắng, cho thấy chuột uống Tiêu đàm - 03 liều tăng dần từ 60g/kg/ngày đến 300g/kg/ngày. Mức liều 300g/kg/ngày là liều lớn nhất có thể cho chuột nhắt trắng uống được trong 24 giờ, cao gấp 300/2,8 = 8,9 lần liều tương đương liều điều trị trên người, nhưng không có chuột nào chết và không thấy biểu hiện bất thường nào ở chuột. Với thuốc Tiêu đàm - 03, chuột đã uống đến mức liều cao nhất, gấp 8,9 lần liều có hiệu quả điều trị mà chưa có

chuột chết, chứng tỏ chế phẩm có khoảng an toàn điều trị khá rộng.

Theo Đỗ Tất Lợi, các vị thuốc có trong thành phần của Tiêu đàm - 03, phần lớn không có độc tính; Nghiên cứu trên thỏ thấy cho uống nước sắc Chỉ thực liều cao không thấy có biểu hiện độc [6]. Nghiên cứu trên chuột cho uống nước sắc Bạch truật liều cao và kéo dài cũng không gây hiện tượng độc [6]. Một số nghiên cứu cho thấy Sơn tra có thể gây tác dụng phụ như phát ban nhẹ, nhức đầu, ra mồ hôi, chóng mặt, trống ngực, buồn ngủ, kích động và các triệu chứng tiêu hóa [6]. Theo Đoàn thị Nhu, Bán hạ sống là vị thuốc có độc tính nhưng khi đã được bào chế thì gần như độc tính cũng rất thấp. Với 13 dược liệu phối hợp trong bài thuốc, có thể do lượng của vị trong bài thuốc thấp, hoặc do sự phối hợp trong bài thuốc bảo đảm tính hỗ trợ, tương tác giữa các vị thuốc, làm giảm độc tính của toàn bài thuốc. Đây có thể xem như cơ sở lý luận phù hợp với kết quả về tính an toàn của Tiêu đàm - 03 trong nghiên cứu độc tính cấp của bài thuốc.

4.2. Tác dụng của TĐ - 03 trên mô hình gây rối loạn lipid máu theo cơ chế nội sinh

Mô hình nội sinh được thực hiện bằng cách dùng các chất hoạt động bề mặt không ion hoá như Tween 80, Triton WR-1339 hoặc Poloxamer 407 (P-407) đường toàn thân mà không cần dùng tới nguồn lipid ngoại sinh bổ sung bằng đường ăn uống. Các chất này đã được chứng minh cơ chế làm tăng tổng hợp cholesterol tại gan [7]. Hiện nay, Poloxamer 407 (P-407) thường được các tác giả sử dụng do có hiệu quả và an toàn trong việc gây mô hình rối loạn lipid máu nội sinh trên động vật thí nghiệm. Cơ chế gây rối loạn lipid máu của Poloxamer 407 (P-407) đã được chứng minh có liên quan đến nhiều enzym trong quá trình chuyển hóa lipid: ức chế lipoprotein lipase (LPL) huyết tương và cholesterol 7 α -hydroxylase (C7 α H); tăng số lượng và hoạt động của 3-hydroxy-3-methylglutaryl coenzym A (HMG-CoA) reductase, giảm số lượng receptor LDL tại gan [7]. Vì vậy, khi sử dụng P-407 gây rối loạn lipid máu sẽ làm tăng cả cholesterol và triglycerid máu.

Kết quả của nghiên cứu cho thấy tiêm màng bụng P - 407 đã gây tình trạng rối loạn lipid máu trên chuột nhắt trắng, làm tăng hàm lượng TC, LDL-C, VLDL-C và TG so với lô chứng ($p < 0,05$). Hàm lượng HDL-C ở lô mô hình biến đổi không

có ý nghĩa thống kê so với lô chứng ($p > 0,05$), tuy nhiên tỷ lệ HDL-C so với Cholesterol toàn phần giảm rõ, làm chỉ số vữa xơ mạch A.I ở lô mô hình tăng có ý nghĩa thống kê so với lô chứng với $p < 0,01$. Tiêu đàm - 03 liều 33,6g/kg/ngày và 67,2g/kg/ngày đã làm giảm cholesterol toàn phần và triglycerid, LDL-C, VLDL-C trong máu ($p < 0,05$), giảm chỉ số vữa xơ mạch ($p < 0,01$), tương đương với thuốc tham chiếu Atorvastatin liều 15mg/kg cân nặng. Điều này gợi ý tới tác động hạ lipid máu nội sinh của Tiêu đàm - 03, liên quan tới một số enzym trong quá trình chuyển hóa lipid. Đây cũng là cơ sở cho những nghiên cứu sâu hơn để tìm hiểu về cơ chế tác dụng hạ lipid máu của bài thuốc Tiêu đàm - 03.

V. KẾT LUẬN

- Chưa tìm thấy LD₅₀ của cao lỏng bài thuốc Tiêu đàm - 03 theo đường uống trên chuột nhắt trắng. Với mức liều cao nhất có thể cho chuột uống trong 24h là 300g dược liệu/kg thể trọng không xuất hiện độc tính cấp.

- Bài thuốc Tiêu đàm - 03 liều 33,6g/kg và 67,2g/kg có tác dụng tốt trong điều chỉnh rối loạn lipid máu, làm giảm cholesterol toàn phần, giảm LDL-cholesterol, VLDL-cholesterol và TG trong máu ($p < 0,05$), làm giảm chỉ số vữa xơ mạch A.I ($p < 0,01$) trên mô hình gây rối loạn lipid máu nội sinh ở chuột nhắt trắng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ y tế (2007)**, "Thuốc hạ lipid máu", *Dược lý học tập 2*, Nhà xuất bản y học, tr. 91 – 101.
2. **Bộ Y Tế (2007)**, Quyết định số 01/2007/QĐ-BYT về việc ban hành "quy định về thử thuốc trên lâm sàng".
3. **Phạm Tú Dương (2006)**, "Rối loạn lipid máu và bệnh vữa xơ động mạch", *Bài giảng bệnh tim mạch*, Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108, trang 98-106
4. **Đỗ Trung Đàm (2014)**, *Phương pháp xác định độc tính của thuốc*. Nhà xuất bản y học
5. **Đỗ Trung Đàm (2006)**, "Phương pháp ngoại suy liều có hiệu quả tương đương giữa người và động vật thí nghiệm", *Phương pháp nghiên cứu tác dụng dược lý của thuốc từ dược thảo*, Nhà xuất bản KHKT, tr. 377 – 392.
6. **Đỗ Tất Lợi (2003)**, *Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr. 44, 355, 363, 391.
7. **Millar J.S, Cromley D.A, Mc Coy M.G et al (2005)**, "Determining hepatic triglyceride production in mice of poloxamer 407 with Triton WR1339", *Journal of lipid research*. 46(9), p. 2023 – 2028.

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, XQ BỆNH NHÂN LỆCH LẠC

KHỚP CẢN LOẠI III DI CHỨNG KHE HỞ MÔI - VÒM MIỆNG

Vũ Tuấn Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng và XQ của nhóm bệnh nhân lệch lạc khớp cắn loại III di chứng khe hở môi – vòm miệng. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang trên 30 bệnh nhân. Thu thập số liệu qua khám lâm sàng và đo phim XQ. **Kết quả:** 100% kiểu mặt lõm. Xương hàm trên kém phát triển SNA: $75.5^{\circ} \pm 5.9^{\circ}$, tương quan hạng III xương ANB: $-3,7 \pm 4,7$ kèm theo các biến dạng mô mềm. **Kết luận:** Đặc điểm khuôn mặt và các chỉ số trên xương và phần mềm thể hiện sự kém phát triển xương hàm trên tạo tương quan hạng III xương, giảm chiều cao tầng mặt giữa, xoay đóng mặt phẳng cắn tạo dạng mặt lõm đặc trưng.

Từ khóa: Khe hở môi – vòm miệng, khớp cắn hạng III, kiểu mặt lõm ...

SUMMARY

EVALUATE CLINICAL CHARACTERISTICS AND XQ OF TYPE III MALOCCLUSION PATIENT WITH CLEFT LIP AND PALATE

Objectives: Evaluate clinical characteristics and XQ of type III malocclusion patient with cleft lip and palate. **Objects and methods:** Cross-sectional study with 30 patients. Data collection through clinical examination and XQ measurement. Result: 100% concave surface. SNA: 75.50 ± 5.90 , class III bone ANB: -3.7 ± 4.7 and soft tissue deformities. **Conclusions:** Facial features and indicators on bone and soft tissue exhibited skeletal deformity on class III bone, reduced medial facial height, closed occlusal plane, perform concave face type.

Key words: cleft lip and palate, class III angle, concave face type ...

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

KHM-VM là một dị tật bẩm sinh thường gặp. Trên thế giới tỷ lệ KHM-VM ở trẻ mới sinh là 1/600-1/1000 [1]. Ở Việt Nam tỷ lệ này là 1-2/1000. Tại Bệnh viện RHMTƯ Hà Nội từ 1985-1995 đã mổ 1315 bệnh nhân KHM-VM. Riêng năm 2011 mổ 515 ca KHM-VM [2].

Với KHM-VM toàn bộ các can thiệp phẫu thuật gồm: tạo hình môi (4-6 tháng), tạo hình vòm miệng (16-24 tháng), ghép xương ổ răng (8-10 tuổi), vật thành hầu (5-7 tuổi). Tất cả các can thiệp trên đều ảnh hưởng đến sự phát triển của xương hàm trên gây: thiếu sản xương hàm

trên (khớp cắn loại III giả), hẹp cung hàm, rối loạn khớp cắn.

Ở Việt Nam, điều kiện kinh tế và hiểu biết về kế hoạch điều trị toàn diện cho trẻ KHM-VM còn hạn chế nên hầu hết các bệnh nhân KHM-VM chủ yếu chỉ được phẫu thuật tạo hình môi và vòm miệng, ít được can thiệp chỉnh nha nên tỉ lệ các biến dạng xương hàm có tỉ lệ rất cao khi trưởng thành làm ảnh hưởng nặng nề về chức năng và thẩm mỹ. Nghiên cứu của chúng tôi nhằm Đánh giá đặc điểm lâm sàng và XQ của nhóm bệnh nhân lệch lạc khớp cắn loại III di chứng khe hở môi – vòm miệng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Bệnh nhân trưởng thành có lệch lạc khớp cắn loại III di chứng KHM-VM tới tư vấn chỉnh hình xương tại Bệnh Viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà nội và Bệnh viện Trung ương Quân Đội 108 từ 1/2011 đến 8/2017.

❖ **Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Bệnh nhân từ 18 tuổi bị dị tật bẩm sinh KHM-VM đã được đóng kín khe hở môi và vòm.

- Gia đình và bệnh nhân tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- Có hồ sơ bệnh án đầy đủ.

❖ **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2011 đến 8/2017

2.3. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh Viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà nội và Bệnh viện Trung ương Quân Đội 108

2.4. Phương pháp: Mô tả cắt ngang. Lấy mẫu thuận tiện 30 bệnh nhân

2.5. Cách thức tiến hành

B1: Khám sàng lọc lựa chọn bệnh nhân

B2: Chụp ảnh chuẩn hóa mặt thẳng, mặt nghiêng. Chụp XQ : panorama, cephalometric. Lấy mẫu nghiên cứu hai hàm

B3: Thu thập số liệu: Khám lâm sàng; Đo các góc và chỉ số trên ảnh chuẩn hóa và XQ

B4: Xử lý số liệu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Vị trí khe hở (N=30)

Vị trí khe hở	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Bên trái	10	33,3
Bên phải	8	26,7
Khe hở hai bên	12	40

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt TW Hà Nội
 Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thu Hải
 Email: vutuanhung48@gmail.com
 Ngày nhận bài: 30.3.2018
 Ngày phản biện khoa học: 3.5.2018
 Ngày duyệt bài: 11.5.2018

Tổng số BN	30	100
-------------------	-----------	------------

Bảng 3.2. Kiểu mặt nghiêng (N=30)

Kiểu mặt nghiêng trước PT	Số lượng	Tỉ lệ
Lõm	30	100
Lồi	0	0
Phẳng	0	0
Tổng số BN	30	100

Bảng 3.3. Các chỉ số phân mềm

Số đo	Trước phẫu thuật (n=30)
Góc lồi mặt	7±8,6
Góc mũi môi	72,5±25
Góc cổ cằm	117,2±10,8
Chiều dài MT	18,1±4,1
Chiều dài MD	45,9±6,3
KC MT đến đường E	-4,9±3,8
KC MD đến đường E	2,6±2

Bảng 3.4. Tương quan hàm trên - sọ

Số đo	Trước phẫu thuật (n=30)
SNA	75,5±5,9
Góc Mx. FH	2,8±5,2
Kc A-NTVL	-1,55±7,3
Tỉ lệ N-ANS: ANS-Me	0,8±0,13

Bảng 3.5. Tương quan hàm dưới-sọ

Số đo	Trước phẫu thuật (n=30)
SNB	79,9±5,7
Góc Mn.FH/SN	28,5±7,1
Gonial angle	123,9±6,9
Kc B-NTVL	1,4±9,2

Bảng 3.6. Tương quan hai hàm

Số đo	Trước phẫu thuật (n=30)
Góc ANB	-3,7±4,7
Góc lồi mặt N-A-Pog	-15,5±6,5

Bảng 3.7. Độ cắn phủ

Độ cắn phủ	Số lượng	Tỷ lệ %
< 0	0	0
0 - 4 mm	22	73,33
4 -10 mm	5	16,67
>10 mm	3	10
Tổng	30	100

Bảng 3.8. Độ cắn chìa (N=30)

Độ cắn chìa	Số lượng	Tỷ lệ%
0- (-4) mm	8	26,67
(-4) đến (-10) mm	17	56,67
≥ (-10) mm	5	16,66
Tổng	30	100

Bảng 3.9. Tình trạng lệch mặt phẳng khớp cắn (N=30)

	Số lượng	Tỷ lệ %
Không lệch	6	20

Lệch P	8	26,67
Lệch T	16	53,33
Tổng	30	100

IV. BÀN LUẬN

Về vị trí khe hở môi, theo nghiên cứu của chúng tôi số lượng bệnh nhân có khe hở môi một bên và khe hở môi hai bên khác biệt không có ý nghĩa. Trong khe hở môi một bên thì khe hở môi T chiếm tỷ lệ cao hơn so với khe hở môi P (33,3% và 23,3% - Bảng 3.1). Điều này có thể do việc chọn mẫu thuận tiện gây nên, và một phần do yếu tố dịch tễ chi phối khi mà số lượng bệnh nhân khe hở môi T vốn nhiều hơn khe hở môi P.

Ở các bệnh nhân khe hở môi vòm miệng, do sự kém phát triển của XHT theo chiều đứng và theo chiều trước - sau, khối xương sọ mặt giảm phát triển tăng mặt trên, tăng mặt dưới phát triển bình thường hoặc phát triển hơn. Đặc biệt sự kém phát triển XHT theo chiều trước - sau dẫn đến tình trạng khớp cắn loại III ở bệnh nhân KHM - VM toàn bộ chiếm tỷ lệ khá cao [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân thể hiện kiểu hình mặt lõm (Bảng 3.2) với góc lồi mặt trung bình 70±8,60. Sự kém phát triển chiều trên dưới của xương hàm trên được thể hiện ở chiều dài môi trên ngắn, tỷ lệ môi trên - môi dưới trung bình trong nghiên cứu là 0,39±0,09 thấp hơn so với giá trị trung bình 0,5 có ý nghĩa thống kê (Bảng 3.3). Một nguyên nhân khác dẫn tới chiều dài môi trên ngắn là do sọ phẫu thuật tạo hình môi bị co kéo là môi có xu hướng ngắn và hếch. Một chỉ số khác phản ánh sự kém phát triển của xương hàm trên là góc mũi môi. Góc mũi môi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 72,50 thấp hơn giá trị trung bình là 85-1050.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, giá trị góc SNA trung bình là 75,450, góc SNB trung bình là 79,90, giá trị ANB trung bình là -3,70. So sánh với các nghiên cứu khác trên thế giới, nhận thấy giá trị SNA trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với giá trị trung bình trong các nghiên cứu của Choi (2016) [4], Tseng (2011) [5], Nguyễn Thu Hà (2017) nhưng tương đồng với nghiên cứu của Jakobson G. (2011) [6] và Yung S.Y [7]. Điều này do khác biệt về đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu của ba tác giả trên thì đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân khớp cắn hạng III còn trong nghiên cứu của chúng tôi và tác giả Jakobson G., Yung S.Y là bệnh nhân khớp cắn hạng III do khe hở môi vòm miệng. Giá trị SNA ở bệnh nhân khe hở môi vòm

miệng thấp hơn so với bệnh nhân khớp cắn hạng III đơn thuần.

Giá trị góc SNB trung bình hơi thấp hơn so với giá trị chuẩn, tương đồng trong các nghiên cứu, cho thấy có sự kém phát triển nhẹ của xương hàm dưới tuy không đáng kể. Trong các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng hàm dưới của các bệnh nhân khe hở môi vòm bẩm sinh có thể phát triển bình thường, tuy nhiên trong nhiều trường hợp cũng kéo theo sự kém phát triển nhẹ của xương hàm dưới. Trong nghiên cứu của chúng tôi, giá trị SNB trung bình đạt 79,90, tương đương so với giá trị trung bình. Điều này cũng phần nào ủng hộ quan điểm nêu trên. Xương hàm dưới có xu hướng phát triển ra trước kèm theo đó là sự xoay ngược chiều kim đồng hồ của nó do sự ảnh hưởng từ sự thiếu hụt chiều cao của xương hàm trên. Xương hàm dưới có xu hướng đóng lại quá mức tạo độ cắn phủ lớn. Bảng 3.7 cho thấy độ cắn phủ trung bình trong nghiên cứu đạt mm cao hơn so với mức trung bình. Đồng thời độ cắn chìa âm chiếm đa số (Bảng 3.8) do sự thiếu hụt chiều trước sau của xương hàm trên tạo nên kiểu hình đặc trưng của các bệnh nhân khe hở môi vòm đó là răng cửa dưới che lấp phần lớn răng cửa trên ở tư thế nghỉ, đặc biệt thấy rõ ở những ca khe hở hai bên nặng.

Giá trị góc ANB trung bình khác nhau trong các nghiên cứu nhưng đều < 0^o thể hiện tương quan hạng III xương của các đối tượng nghiên cứu.

Một đặc điểm khác nữa trong nghiên cứu của tôi đó là tình trạng lệch mặt phẳng khớp cắn. Theo bảng 3.9, số lượng bệnh nhân có lệch mặt phẳng cắn cao hơn có ý nghĩa thống kê so với số lượng bệnh nhân không có lệch mặt phẳng cắn (80% so với 20%), trong đó phần lớn là lệch T (53,33%). Điều này có thể giải thích là do có sự phát triển không đồng đều giữa bên có khe hở và bên lành, đồng thời sự thiếu răng bên khe hở làm cho răng cùng bên bị xô lệch nhiều, trực răng thay đổi tạo nên sự bất cân xứng mặt phẳng cắn hai bên. Tỷ lệ khe hở bên T chiếm

phần lớn do đó ta gặp tỷ lệ lệch mặt phẳng khớp cắn T với tần xuất cao hơn. Tỷ lệ gặp lệch mặt phẳng khớp cắn trong các nghiên cứu khác như 93,91% theo nghiên cứu của Ko và cs 2009 [8].

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm khuôn mặt và các chỉ số trên xương và phần mềm thể hiện sự kém phát triển xương hàm trên tạo tương quan hạng III xương, giảm chiều cao tầng mặt giữa, xoay đóng mặt phẳng cắn tạo dạng mặt lõm đặc trưng. Qua nghiên cứu trên chúng tôi nhận thấy để phục hồi chức năng và thẩm mỹ đối với bệnh nhân lệch lạc khớp cắn loại III di chứng KHM-VM, phẫu thuật chỉnh hình xương là cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hagberg C., Larson O., et al. (1998), Incidence of Cleft Lip and Palate and Risks of Additional Malformations, *The Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 35(1), pp.40-45.
2. Nguyễn Mạnh Hà (2009), *Đánh giá hiệu quả phẫu thuật ghép xương ổ răng ở bệnh nhân sau mổ tạo hình khe hở môi và vòm miệng toàn bộ*, Chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
3. Nguyễn Thị Thu Phương (2007), *Nghiên cứu ứng dụng lực kéo ngoài miệng để điều trị kém phát triển chiều trước-sau xương hàm trên*, Luận án tiến sĩ y học, Trường đại học y Hà Nội, 13-27.
4. Choi S.H., Yoo H.J., et al. (2016), Stability of pre-orthodontic orthognathic surgery depending on mandibular surgical techniques: SSRO vs IVRO, *Journal of cranio-maxillo-facial surgery : official publication of the European Association for Cranio-Maxillo-Facial Surgery*, 44(9), pp.1209-15.
5. Tseng Y.C., Pan C.Y., et al. (2011), Treatment of adult Class III malocclusions with orthodontic therapy or orthognathic surgery: receiver operating characteristic analysis, *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, 139(5), pp.e485-93.
6. Jakobson G., Stenvik A., et al. (2011), Three-year follow-up of bimaxillary surgery to correct skeletal Class III malocclusion: stability and risk factors for relapse, *Am J Orthod Dentofacial Orthop*, 139(1), pp.80-9.
7. Yung S.Y., Uhm K.I., et al. (2015), Bone and Soft Tissue Changes after Two-Jaw Surgery in Cleft Patients, *Arch Plast Surg*, 42(4), pp.419-23.

NGHIÊN CỨU NỒNG ĐỘ SẮT, FERRITIN HUYẾT THANH Ở BỆNH NHÂN THIẾU MÁU

Nguyễn Văn Bằng¹, Nguyễn Thanh Xuân², Phạm Thị Mận³

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Quân y 103,

²Học viện Quân y,

³Bệnh viện Da liễu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Bằng

Email: bangnvbs@gmail.com

Ngày nhận bài: 30.3.2018

Mục tiêu: Nghiên cứu sự thay đổi nồng độ sắt, ferritin huyết thanh ở bệnh nhân thiếu máu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 66 bệnh nhân thiếu máu điều trị tại khoa AM7- Bệnh viện Quân y 103, nghiên cứu cắt ngang có phân tích; tính BMI; xét nghiệm công thức máu ngoại vi, hồng cầu lưới (IRF), dải phân bố kích thước hồng cầu (RDW); nồng độ sắt, ferritin huyết thanh; tính giá trị thể tích trung bình hồng cầu (MCV), lượng huyết sắc tố trung bình hồng cầu (MCH), nồng độ huyết sắc tố trung bình hồng cầu (MCHC) và xác định mối tương quan của một số chỉ số với sắt, ferritin huyết tương. **Kết quả:** Bệnh nhân thiếu máu có BMI mức độ thiếu cân (31,82%); số lượng hồng cầu trung bình ($3,24 \pm 1,21$ T/L), Hb trung bình ($83,02 \pm 25,24$ g/L), MCHC ($307,03 \pm 4,27$ g/L), MCH ($27,15 \pm 6,75$ pg), MCV ($87,62 \pm 17,91$ fL), dải phân bố kích thước hồng cầu ($20,05 \pm 8,9\%$), tỷ lệ hồng cầu lưới trung bình ($2,69 \pm 1,98\%$). Bệnh nhân thiếu máu nhẹ, trung bình (74,24%), MCH tăng (15,15%), MCHC giảm (63,64%), hồng cầu lưới giảm (24,25%). Bệnh nhân có nồng độ sắt huyết thanh bình thường (45,45%), ferritin huyết thanh bình thường (43,94%). MCH, MCHC, MCV có mối tương quan thuận mức độ vừa với nồng độ sắt huyết thanh (với $r = 0,39; 0,37; 0,35$). Huyết sắc tố có mối tương quan nghịch mức độ vừa với hồng cầu lưới ($r = -0,31, p < 0,05, y = -0,493 + 81,187$). **Kết luận:** bệnh nhân thiếu máu đa số có nồng độ sắt, ferritin huyết thanh bình thường; MCH, MCHC, MCV có mối tương quan thuận mức độ vừa với nồng độ sắt huyết tương; huyết sắc tố có mối tương quan nghịch mức độ vừa với hồng cầu lưới.

Từ khóa: thiếu máu; sắt huyết thanh, ferritin huyết thanh.

SUMMARY

TO STUDY SERUM IRON AND FERRITIN CONCENTRATION OF ANAEMIC PATIENTS

Objects: to study the alteration of serum iron and ferritin concentration of anaemic patients. **Subjects and methods:** 66 anaemic patients and treated in Department AM7- Hospital 103, Analytical cross sectional study; calculating BMI, peripheral blood formula testing, IRF, RDW; serum iron, ferritin concentration; calculating MCH, MCV, MCHC and determine association of a number of MCV, MCH, MCHC with serum iron, ferritin concentration. **Results:** anaemic patients have light in BMI (31.82%); the number of mean corpuscle (3.24 ± 1.21 T/L), mean hemoglobin (83.03 ± 25.24 g/L), MCHC (307.03 ± 4.27 g/L), MCH (27.15 ± 6.75 pg), MCV (87.62 ± 17.91 fL), RDW ($20.05 \pm 8.9\%$), the rate of mean RET ($2.69 \pm 1.98\%$). The rate of anaemic patients has light and average anaemia (72.24%), increase MCH (15.15%), decrease MCHC (63.64%), decrease IRF (24.25%). Patients have normal iron concentration (45.45%), serum normal ferritin (43.94%). MCH, MCHC, MCV have average agreeable correlation with serum iron concentration ($r = 0.39, 0.37, 0.35$). Hemoglobin has average opposite correlation with IRF ($r = -0.31, p < 0.05, y = -0.493 + 81.187$). **Conclusion:** anaemic patients have normal iron, ferritin concentration in serum; MCH,

MCHC, MCV have average agreeable correlation with serum iron concentration. Hemoglobin has average opposite correlation with IRF.

Key words: anaemia, serum iron, serum ferritin.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sắt là yếu tố đặc biệt quan trọng trong quá trình tổng hợp huyết sắc tố, mặc dù lượng sắt ở người trưởng thành chỉ khoảng 4 gam. Sắt trong cơ thể gồm: sắt trong huyết sắc tố chiếm khoảng 2,5 gam là dạng sắt chủ yếu trong cơ thể, sắt dự trữ chủ yếu ở gan, tủy xương, niêm mạc ruột... tổng cộng khoảng 1 gam, dưới 2 dạng (ferritin là dạng dự trữ thực thụ, dễ hòa tan trong nước và dễ huy động để tạo hồng cầu; hemosiderin thực chất là dạng sắt ứ đọng, không hòa tan, không dùng để tạo Heme được), sắt huyết thanh khoảng 5 mg dưới dạng gắn với β_1 globulin gọi là tranferin, sắt trong men (cytocrom, catalase...) trong myoglobin khoảng 300 mg. Khoảng 30% sắt được dự trữ ở trong ferritin và hemosiderin trong hệ liên võng nội mô tại gan, lách, tủy xương. Lượng dự trữ sắt nhiều hay ít tùy thuộc vào tình trạng và lượng sắt có trong cơ thể và nhu cầu của cơ thể. Ferritin là một protein tan trong nước có trọng lượng phân tử 465000, vỏ protein khi chưa liên kết với sắt gọi là apoferritin, sau khi apoferritin liên kết với sắt là tạo thành ferritin, lượng sắt chứa trong ferritin chiếm khoảng 20% trọng lượng phân tử này.

Xác định nguyên nhân thiếu máu của bệnh nhân trên lâm sàng là rất quan trọng, nó quyết định cho việc điều trị vì có tìm được nguyên nhân thì mới điều trị khỏi bệnh. Để tìm nguyên nhân thiếu máu trên lâm sàng, thì xác định tính chất thiếu máu là rất quan trọng, hiện nay phân loại tính chất thiếu máu gồm: thiếu máu nhược sắc, ưu sắc, đẳng sắc. Bệnh nhân thiếu máu nhược sắc trên lâm sàng thường gặp có giảm sắt huyết thanh (rối loạn huy động và sử dụng sắt, tăng nhu cầu sử dụng sắt, mất sắt do mất máu mạn tính, cung cấp thiếu sắt, rối loạn hấp thụ sắt) dẫn đến giảm huyết sắc tố, giảm số lượng hồng cầu; một số ít có tăng sắt huyết thanh (truyền máu nhiều lần, suy tủy, thalasemia, huyết tán...). Sắt và ferritin huyết thanh là một những yếu tố có liên quan đến thiếu máu, chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *nghiên cứu sự biến đổi sắt, ferritin huyết thanh ở bệnh nhân thiếu máu điều trị tại khoa AM7- Bệnh viện Quân y 103.*

Ngày phản biện khoa học: 4.5.2018

Ngày duyệt bài: 14.5.2018

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 66 bệnh nhân được chẩn đoán xác định có thiếu máu được điều trị tại Khoa Nội bệnh máu, Bệnh viện Quân y 103.

Tiêu chuẩn lựa chọn: những bệnh nhân thiếu máu và bệnh nhân đồng ý và hợp tác tham gia nghiên cứu.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 10 năm 2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu cắt ngang có phân tích.
- Bệnh nhân nằm điều trị nội trú được hỏi bệnh, khám bệnh, xét nghiệm công thức máu ngoại vi được chẩn đoán xác định có thiếu máu (bệnh nhân được hỏi và khám) theo mẫu hồ sơ nghiên cứu.

Tiêu chuẩn dùng trong nghiên cứu:

- + Thiếu máu được xác định theo tiêu chuẩn của WHO: nồng độ huyết sắc tố trong máu giảm < 120g/L (nữ), < 130g/L (nam), < 110g/L (phụ nữ có thai, đang cho con bú). [1].

- + Chỉ số khối cơ thể (BMI) (theo tiêu chuẩn của WHO (2000) áp dụng cho người châu Á trưởng thành): thiếu cân (BMI < 18,5), bình thường (BMI: 18,5 - 22,9), thừa cân (BMI ≥ 23) (tiền béo phì: BMI từ 23 - 24,9; béo phì độ 1: BMI từ 25 - 29,9; béo phì độ 2: BMI ≥ 30).

- + Xét nghiệm công thức máu ngoại vi và chỉ số hồng cầu lưới trên máy Sysmex XN1000, các chỉ số công thức máu ngoại vi theo thang chuẩn của máy, chỉ số hồng cầu lưới bình thường là: 0,52 - 1,5%.

- + Xét nghiệm nồng độ sắt, ferritin huyết thanh.
- + Các giá trị MCH, MCV, MCHC được tính toán trên máy xét nghiệm

- + Xác định mối tương quan giữa MCH, MCV, MCHC với sắt, ferritin huyết thanh; sắt với hồng cầu lưới; chỉ số BMI với sắt và ferritin huyết thanh.

Xử lý số liệu: Các số liệu thu thập được, mã hóa và quản lý bằng phần mềm Microsoft Office Excel, Epicalc 2000, tính hệ số tương quan.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 2: Một số chỉ số huyết học máu ngoại vi (n=66)

Chỉ số	Giá trị	Giá trị trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	Giá trị lớn nhất	Giá trị nhỏ nhất
SLHC (T/L)		3,24±1,21	6,07	0,89
Hb (g/L)		83,02±25,24	118,0	32,0
HCT (L/L)		0,27±0,08	0,433	0,099
MCV (fL)		87,62±17,91	117,4	56,3
MCH (pg)		27,15±6,75	40,3	13,1
MCHC (g/L)		307,03±24,37	343	250
HC lưới (%)		2,69±1,98	9,75	0,09
RDW (%)		20,5±8,9	30,8	10,6
SLBC (g/L)		7,7±6,87	52,38	1,81
SLTC (g/L)		196,17±135,16	523	10

Nhận xét: Số lượng hồng cầu trung bình là 3,24 ± 1,21 T/L; Hb trung bình hồng cầu là 83,02 ± 25,24g/L; MCHC trung bình là 307,03 ± 24,37g/L; MCH trung bình là 27,15 ± 6,75pg; MCV trung bình là 87,62 ± 17,91 fL; dải phân bố kích thước hồng cầu trung bình là 20,05 ± 8,9%; tỷ lệ hồng cầu lưới trung bình 2,69 ± 1,98%.

Bảng 2: Chỉ số BMI trên bệnh nhân thiếu máu (n=66)

Chỉ số	Mức độ	Giá trị trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	n	Tỷ lệ (%)
BMI (kg/m ²)	Thiếu cân	19,91 ± 2,87	21	31,82
	Bình thường		43	65,15
	Thừa cân		2	3,03

Nhận xét: Chỉ số BMI trung bình của đối tượng nghiên cứu là 19,91 ± 2,87kg/m², tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số BMI bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất (65,15%), tỷ lệ bệnh nhân có BMI ở mức thiếu cân chiếm tỷ lệ 31,82%, bệnh nhân có BMI mức độ thừa cân chiếm 3,03%.

Bảng 3: Sự thay đổi các chỉ số huyết học máu ngoại vi (n=66)

Chỉ số	Mức độ	n	Tỷ lệ (%)
Hb (g/L)	Nhẹ	21	31,82
	Trung bình	28	42,42
	Nặng	17	26,30
MCV (fL)	Bình thường	20	30,30
	Tăng	20	30,30

	Giảm	26	39,40
MCH (pg)	Bình thường	29	43,94
	Tăng	10	15,15
	Giảm	27	40,91
MCHC (g/L)	Bình thường	24	36,36
	Giảm	42	63,64
HCL (%)	Bình thường	30	45,45
	Tăng	20	30,30
	Giảm	16	24,25
SLBC (G/L)	Bình thường	39	59,09
	Tăng	12	18,18
	Giảm	15	22,73
SLTC (G/L)	Bình thường	37	56,06
	Tăng	6	9,09
	Giảm	23	34,85

Nhận xét: tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu nhẹ và trung bình chiếm tỷ lệ 74,24%, MCH tăng chiếm tỷ lệ thấp 15,15%, MCHC giảm chiếm 63,64%, tỷ lệ bệnh nhân có hồng cầu lưới giảm chiếm 24,25%, tỷ lệ bệnh nhân có số lượng bạch cầu giảm chiếm 22,73%, tỷ lệ bệnh nhân có ố lượng tiểu cầu tăng chiếm tỷ lệ thấp 9,09%.

Bảng 4: Sự thay đổi chỉ số sắt, ferritin huyết thanh (n=66)

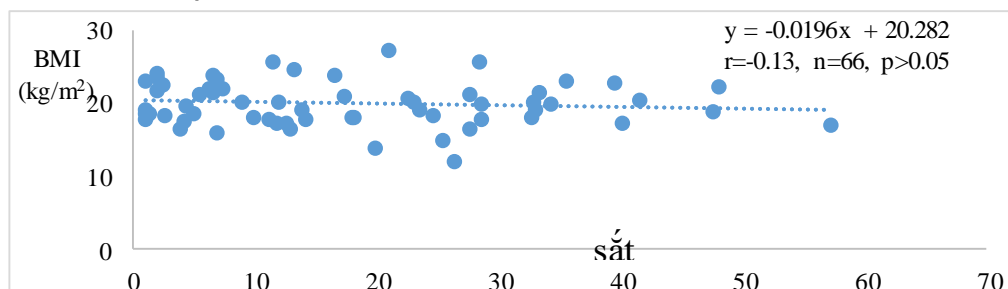
Chỉ số	Mức độ	Giá trị trung bình ($\bar{x} \pm SD$)	n	Tỷ lệ (%)
Sắt ($\mu\text{mol/L}$)	Bình thường	17,66 \pm 14,05	30	45,45
	Tăng		16	24,24
	Giảm		20	30,31
Ferritin (ng/mL)	Bình thường	379,75 \pm 366,13	29	43,94
	Tăng		31	46,97
	Giảm		6	9,09

Nhận xét: tỷ lệ bệnh nhân có sắt huyết thanh bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất (45,45%), trong đó tỷ lệ bệnh nhân có ferritin huyết thanh bình thường chiếm tỷ lệ 43,94%.

Bảng 5: Sự tương quan giữa các chỉ số MCV, MCH và MCHC với sắt, ferritin huyết thanh

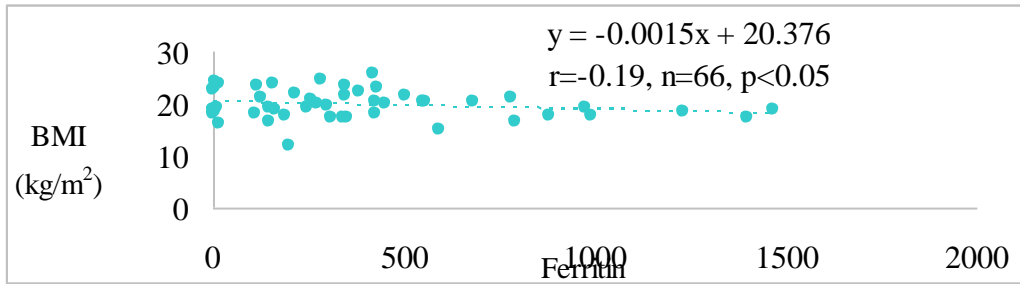
Chỉ tiêu nghiên cứu		Hệ số tương quan (r)	p	Phương trình hồi quy
MCV(fL)	Sắt ($\mu\text{mol/L}$)	0,35	<0,05	$y = 0,3172x + 82,088$
MCH (pg)	Sắt ($\mu\text{mol/L}$)	0,39	<0,05	$y = 0,1453x + 24,575$
MCHC(g/L)	Sắt ($\mu\text{mol/L}$)	0,37	<0,05	$y = 0,6094x + 295,57$
MCV(fL)	Ferritin (ng/mL)	0,28	<0,05	$y = 0,0173x + 78,606$
MCH (pg)	Ferritin (ng/mL)	0,27	<0,05	$y = 0,074x + 23,377$
MCHC(g/L)	Ferritin (ng/mL)	0,12	>0,05	$y = 0,0304x + 292,44$

Nhận xét: MCH, MCHC, MCV có mối tương quan thuận mức độ vừa với nồng độ sắt huyết tương (với $r = 0,39; 0,37; 0,35$).



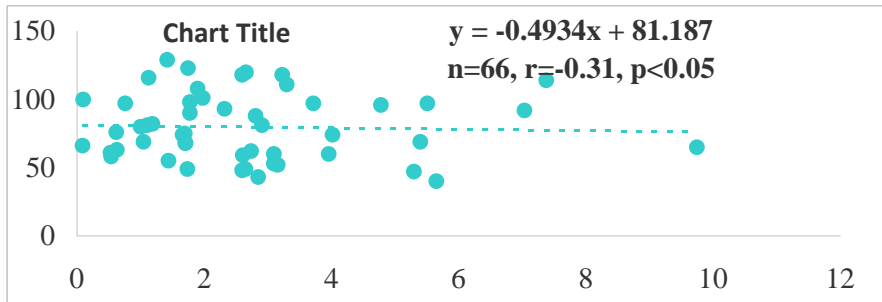
Biểu đồ 1: Mối tương quan giữa BMI với nồng độ sắt huyết thanh

Nhận xét: BMI và sắt huyết thanh có mối tương quan lỏng lẻo ($r = -0,13$), phương trình tương quan $y = -0,0196x + 20,282$.



Biểu đồ 2: Sự tương quan giữa BMI và ferritin huyết thanh

Nhận xét: Chỉ số BMI và ferritin huyết tương có mối tương quan lỏng lẻo ($r=-0,19$), phương trình tương quan là $y=-0,0015x + 20,376$.



Biểu đồ 3: Sự tương quan giữa lượng huyết sắc tố và hồng cầu lưới

Nhận xét: Huyết sắc tố có mối tương quan nghịch mức độ vừa với hồng cầu lưới ($r=-0,31$, $p<0,05$), phương trình tương quan: $y=-0,493 + 81,187$.

IV. BÀN LUẬN

Trong 66 bệnh nhân nghiên cứu nhận thấy chỉ có 2 bệnh nhân thừa cân, tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số BMI mức độ thiếu cân chiếm tỷ lệ 31,82%, bệnh nhân có chỉ số BMI bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất (65,15%), theo chúng tôi có thể hiện nay bệnh nhân trong quá trình điều trị, dinh dưỡng đã đảm bảo tốt hơn do vậy mà những bệnh nhân có BMI giảm chỉ chiếm tỷ lệ thấp. Kết quả nghiên cứu của Phan Thị Hoài Trang (2016) trên bệnh nhân đái tháo đường thấy rằng chỉ số BMI trung bình của nhóm bệnh nhân đái tháo đường là $23,36\pm 3,1\text{kg/m}^2$ trong đó nhóm thừa cân béo phì chiếm tỷ lệ cao (51,35%) vì BMI có liên quan chặt chẽ với tổng khối lượng mô mỡ của cơ thể và là thước đo để đánh giá tình trạng béo phì.

Giá trị số lượng hồng cầu trung bình và hemoglobin trung bình ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu giảm là $3,21\pm 1,21\text{T/L}$ và $83,02\pm 25,24\text{g/L}$; 3 giá trị hồng cầu (MCHC trung bình là $307,03 \pm 24,37\text{g/L}$; MCH trung bình là $27,15 \pm 6,75\text{pg}$; MCV trung bình là $87,62 \pm 17,91\text{fL}$) đều trong giới hạn bình thường; dải phân bố kích thước hồng cầu trung bình là $20,05 \pm 8,9\%$; tỷ lệ hồng cầu lưới trung bình $2,69 \pm 1,98\%$. Trong

nghiên cứu của chúng tôi những bệnh nhân thiếu máu có nhiều nguyên nhân (trong các bệnh lý ung thư, thiếu vitamin B12, thiếu sắt, huyết tán...), do vậy 3 giá trị hồng cầu vẫn trong giới hạn bình thường. Theo Nguyễn Hoài Thu (2016) [3], nghiên cứu trên bệnh nhân thiếu máu do thiếu vitamin B12 thấy rằng có 61,6% bệnh nhân có MCV tăng trên 100 fL với giá trị trung bình là $106,5\pm 18,3\text{fL}$, trong đó giá trị tăng cao nhất là 143,4 fL. Theo 1 nghiên cứu khác của Uma Khanduri và Archana Sharma (2007) [7] ở Ấn Độ cho kết quả thể tích trung bình hồng cầu từ 77 đến 123 fL (9 bệnh nhân có thiếu sắt), như vậy những bệnh nhân thiếu máu thiếu sắt có thể tích trung bình hồng cầu giảm. Trong nghiên cứu của chúng tôi: huyết sắc tố có mối tương quan nghịch mức độ vừa với hồng cầu lưới ($r=-0,31$, $p<0,05$), phương trình tương quan: $y=-0,493 + 81,187$; khi cơ thể thiếu hụt số lượng hồng cầu, huyết sắc tố ngoại vi (đối với những trường hợp không phải do tủy xương bị ức chế: bệnh bạch cầu cấp, suy tủy xương...) thì phản ứng cơ thể sẽ tăng sản xuất hồng cầu trong tủy xương do vậy dẫn đến tăng hồng cầu lưới ở tủy xương và máu ngoại vi.

Tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu nhẹ và trung bình chiếm tỷ lệ 74,24%, MCH tăng chiếm tỷ lệ thấp

15,15%, MCHC giảm chiếm 63,64%, tỷ lệ bệnh nhân có hồng cầu lưới giảm chiếm 24,25%, tỷ lệ bệnh nhân có số lượng bạch cầu giảm chiếm 22,73%, tỷ lệ bệnh nhân có ố lượng tiểu cầu tăng chiếm tỷ lệ thấp 9,09%. Theo chúng tôi có thể hiện nay do điều kiện dinh dưỡng đã tốt hơn, ăn đầy đủ các thành phần dinh dưỡng chính vì vậy mà trong các xét nghiệm. MCH, MCHC, MCV có mối tương quan thuận mức độ vừa với nồng độ sắt huyết tương (với $r = 0,39; 0,37; 0,35$).

Trong cơ thể chúng ta, ferritin chính là một kho dự trữ sắt lớn trong cơ thể, ferritin tự do trong huyết thanh chính là một yếu tố phản ánh nồng độ sắt dự trữ trong cơ thể. Bệnh nhân có sắt huyết thanh bình thường chiếm tỷ lệ cao nhất (45,45%), trong đó tỷ lệ bệnh nhân có ferritin huyết thanh bình thường chiếm tỷ lệ 43,94%. Tỷ lệ bệnh nhân tăng sắt huyết thanh chiếm 24,24%, bệnh nhân có tăng ferritin huyết thanh chiếm 46,97%. Trong nghiên cứu của Phan Thị Hoài Trang (2016)[4], có 8,11% bệnh nhân có tăng sắt huyết thanh, 64,87% bệnh nhân có tăng ferritin huyết thanh, trong đó có 5,41% bệnh nhân tăng cả sắt và ferritin huyết thanh. Một số nghiên cứu cho thấy, nồng độ ferritin huyết thanh không chỉ phản ánh tình trạng quá tải sắt trong cơ thể, nó còn là một protein pha cấp của phản ứng viêm; nồng độ ferritin huyết thanh có thể tăng ngay cả khi nồng độ sắt và độ bão hòa transferrin huyết thanh thấp/ bình thường; tăng ferritin huyết thanh trên lâm sàng có thể không phải là một dấu hiệu của quá tải sắt mà là kết quả của một cơ chế tự bảo vệ của cơ thể. Trong một số nghiên cứu cũng chỉ ra nồng độ sắt huyết thanh có xu hướng thấp hơn ở nhóm có chỉ số BMI, chỉ số vòng bụng cao nhưng chưa nhận thấy có sự tương quan, trong nghiên cứu của chúng tôi cũng chưa nhận thấy có sự tương quan rõ rệt.

V. KẾT LUẬN

- Bệnh nhân thiếu máu có BMI thiếu cân chiếm 31,82%; số lượng hồng cầu trung bình ($3,24 \pm 1,21T/L$), Hb trung bình ($83,02 \pm 25,24g/L$), MCHC ($307,03 \pm 4,27g/L$), MCH ($27,15$

$\pm 6,75pg$), MCV ($87,62 \pm 17,91fL$), dài phân bố kích thước hồng cầu ($20,05 \pm 8,9%$), tỷ lệ hồng cầu lưới trung bình ($2,69 \pm 1,98%$). Bệnh nhân thiếu máu nhẹ, trung bình (74,24%), MCH tăng (15,15%), MCHC (63,64%), bệnh nhân có hồng cầu lưới giảm (24,25%).

- Bệnh nhân có sắt huyết thanh bình thường (45,45%), bệnh nhân có ferritin huyết thanh bình thường (43,94%). MCH, MCHC, MCV có mối tương quan thuận mức độ vừa với nồng độ sắt huyết tương (với $r = 0,39; 0,37; 0,35$). Huyết sắc tố có mối tương quan nghịch mức độ vừa với hồng cầu lưới ($r = -0,31, p < 0,05, y = -0,493 + 81,187$).

Kết luận: bệnh nhân thiếu máu đa số có nồng độ sắt, ferritin huyết thanh bình thường; MCH, MCHC, MCV có mối tương quan thuận mức độ vừa với nồng độ sắt huyết tương; huyết sắc tố có mối tương quan nghịch mức độ vừa với hồng cầu lưới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Học viện Quân y (2004), "Bài giảng huyết học lâm sàng", Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội.
2. Nguyễn Trọng Hà và cs (2017), Nghiên cứu đặc điểm thiếu máu ở bệnh nhân xơ gan, *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 458, số 2 (9), 61-64.
3. Nguyễn Hoài Thu (2016), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm, đánh giá đáp ứng điều trị bệnh nhân thiếu máu do thiếu vitamin B12 và/hoặc acid Folic tại viện Huyết học- truyền máu trung ương*, Luận văn thạc sĩ y học, Hà Nội.
4. Phan Thị Hoài Trang (2016), *Nghiên cứu nồng độ sắt và ferritin huyết thanh ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2*, Luận văn thạc sĩ y học, Hà Nội.
5. Kell D. B., Pretorius E. (2014), "Serum ferritin is an important inflammatory disease marker, as it is mainly a leakage product from damaged cells" *metallomics*, 6(4), pp. 748-773.
6. Nguyen PH, Gonzalez- Casanova I, Nguyen H et al (2015), Multicausal etiology of anemia among women of reproductive age in Vietnam, *Eur J Clin Nutr*, 69(1): 107-113
7. Uma Khanduri, Archana Sharma (2007), *Megaloblastic anaemia: Prevalence and causative factors*, The National medical journal of Indian, 20:172/5.

MỘT SỐ BIỂU HIỆN VÀ TỶ LỆ SUY DINH DƯỠNG Ở BỆNH NHÂN LỘC MÀNG BỤNG LIÊN TỤC NGOẠI TRÚ

Nguyễn Ngọc Vàng*, Phạm Quốc Toàn**, Hoàng Trung Vinh**

TÓM TẮT

Mục tiêu: khảo sát một số biểu hiện và tỷ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú (Imbltnt). **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu tiến cứu, mô tả, cắt ngang 109 bệnh nhân Imbltnt tại khoa nội thận bệnh viện chợ rẫy. biểu hiện và chẩn đoán suy dinh dưỡng dựa vào tiêu chuẩn của hội dinh dưỡng và chuyển hóa quốc tế về thận học. **Kết quả:** giảm albumin (< 38g/l): 71,6%; giảm prealbumin (< 0,3g/l): 13,8%; giảm cholesterol (<3,9mmol/l): 23,9%; giảm bmi: 61,5%; giảm trọng lượng cơ thể: 33,9%. bệnh nhân có biểu hiện suy dinh dưỡng: 91,7% trong đó có 30,3% suy dinh dưỡng nặng. một số biểu hiện kèm theo: chán ăn: 48,6%; giảm kali: 42,2%; giảm transferrin: 71,6%; tăng triglycerid: 31,2%; tăng crp: 26,6% và giảm tế bào lympho: 44,0%. **Kết luận:** bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú có tỷ lệ cao suy dinh dưỡng với nhiều biểu hiện khác nhau.

Từ khóa: bệnh thận mạn tính, lọc màng bụng liên tục ngoại trú, suy dinh dưỡng.

SUMMARY

THE SOME MANIFESTATION AND PREVALENCE OF MALNUTRITION IN PATIENTS OF CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS

Objective: to evaluate the some manifestation and prevalence of malnutrition in patients of continuous ambulatory peritoneal dialysis. **Subjects and methods:** prospective, cross – sectional descriptive study was carried out on 109 patients of continuous ambulatory peritoneal dialysis. (capd) was treated in department of nephrology of cho ray hospital. the manifestation and diagnose of malnutrition by criteries of the international society of renal nutrition of metabolism (isrnm). **Results:** decreased albumin in 71,6%; decreased prealbumin in 13,8%; decreased cholesterol in 23,9%; decreased bmi in 61,5%; decreased body weight in 33,9%. the prevalence of malnutrition was 91,7% which of 30,3% with severe degree. the some another manifestation accompanied include anorexia in 48,6%; decreased kalium in 42,2%; decreased transferrin in 71,6%; increased triglyceride in 31,2%; increased crp in 26,6% and decreased lymphocyte in 44,0%. **Conclusion:** the patients of capd have hight proportion of malnutrition with difference in manifestation.

Keywords: chronic kidney disease; continuous ambulatory peritoneal dialysis, malnutrition.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

*Bệnh viện Chợ Rẫy Tp Hồ Chí Minh

**Học viên quân y

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Trung Vinh

Email: hoangvinh.hvqy@gmail.com

Ngày nhận bài: 29.3.2018

Ngày phản biện khoa học: 4.5.2018

Ngày duyệt bài: 14.5.2018

Bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú biểu hiện tổn thương đa cơ quan, rối loạn nhiều quá trình chuyển hóa trong cơ thể ảnh hưởng đến dinh dưỡng của bệnh nhân. do nhiều nguyên nhân khác nhau, người bệnh có thể xuất hiện các biểu hiện liên quan đến rối loạn dinh dưỡng và có tỷ lệ cao suy dinh dưỡng. sự xuất hiện của suy dinh dưỡng ảnh hưởng bất lợi đối với tiến triển của bệnh, chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và làm gia tăng tỷ lệ tử vong. chính vì vậy phát hiện và áp dụng biện pháp điều chỉnh thích hợp đối với suy dinh dưỡng ở bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú là một công việc quan trọng trong thực hành lâm sàng thận học. có nhiều biểu hiện sử dụng để đánh giá tình trạng dinh dưỡng trong đó có tiêu chuẩn chẩn đoán của hội dinh dưỡng và chuyển hóa quốc tế về thận học, phản ánh được nhiều đặc điểm theo các khía cạnh khác nhau, được áp dụng rộng rãi. mục tiêu nghiên cứu của đề tài: *Khảo sát một số biểu hiện, tỷ lệ suy dinh dưỡng theo tiêu chuẩn hội dinh dưỡng và chuyển hóa quốc tế về thận học ở bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng. 109 bệnh nhân Imbltnt điều trị tại khoa nội thận bệnh viện chợ rẫy được lựa chọn là đối tượng nghiên cứu

2.1.1 Tiêu chuẩn lựa chọn

+ Bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú, thuộc các lứa tuổi.

+ Do các nguyên nhân khác nhau gây suy thận mạn tính.

+ Thời gian thực hiện lọc màng bụng khác nhau.

+ Có hoặc không có biến chứng viêm phúc mạc.

2.1.2 Tiêu chuẩn loại trừ

+ Đang có bệnh kèm theo hoặc biến chứng cấp tính.

+ Mặc các bệnh, biến chứng mạn tính mức độ nặng như xơ gan, ung thư giai đoạn cuối, suy tim mất bù.

+ Không làm đủ các xét nghiệm theo quy định của nghiên cứu.

+ Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

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

+ Thời gian và địa điểm: tháng 8/2017 – 3/2018 tại khoa nội thận bệnh viện chợ rẫy tp hồ chí minh.

2.2.1 Nội dung nghiên cứu

+ Khai thác bệnh sử, triệu chứng cơ năng, khám lâm sàng các cơ quan, xác định chỉ số khối cơ thể (bmi).

+ Xét nghiệm công thức máu trong đó có tỷ lệ tế bào lympho.

+ Xét nghiệm hóa sinh máu trong đó có albumin, prealbumin, cholesterol, triglycerid, kali.

+ Định lượng nồng độ transferrin, crp.

2.2.2 Tiêu chuẩn chẩn đoán suy dinh dưỡng theo hội dinh dưỡng và chuyển hóa quốc tế về thận học.

*Tiêu chuẩn chính gồm 4 nhóm với 10 tiêu chí:

*Tiêu chuẩn hóa sinh gồm 3 tiêu chí.

1. Albumin < 38g/l

2. Prealbumin < 0,3g/l

3. Cholesterol toàn phần < 3,9mmol/l

*Chỉ số thành phần cơ thể gồm 3 tiêu chí

4. Bmi < 22kg/m² (<65 tuổi) hoặc <23kg/m² (≥ 65 tuổi).

5. Giảm trọng lượng có thể > 5%/3 tháng hoặc > 10%/6 tháng

6. Tỷ lệ mỡ cơ thể <10% trọng lượng.

*Khối lượng cơ thể gồm 2 tiêu chí

7. Giảm chu vi cánh tay

8. Xuất hiện creatinin của cơ trong máu.

*Chế độ ăn uống gồm 2 tiêu chí

9. Chế độ ăn giảm đạm (<0,9g/kg/ngày)

10. Chế độ ăn giảm trọng lượng (<25kcal/kg/ngày)

*Tiêu chuẩn bổ sung

+ Cảm giác khi ăn uống: chán ăn.

+ Giảm k+ máu

+ Giảm transferrin.

+ Tăng triglycerid.

+ Tăng crp.

+ Giảm tỷ lệ tế bào lymphocyte ở máu ngoại vi trong phạm vi đề tài này chỉ xác định được 5/10 tiêu chuẩn chính, do vậy có thể nói đây là tỷ lệ suy dinh dưỡng rút gọn mức độ suy dinh dưỡng:

- Suy dinh dưỡng nhẹ khi có một tiêu chí chính.

- Suy dinh dưỡng vừa khi có 2 tiêu chí chính.

- Suy dinh dưỡng nặng khi có 3 tiêu chí chính. xác định sdd thực sự (sdd nặng) khi có ≥ 3 tiêu chí chính.

2.2.3. xử lý số liệu và đạo đức y học trong nghiên cứu.

+ xử lý số liệu bằng phần mềm toán thống kê spss 20.0

+ nghiên cứu không vi phạm đạo đức y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 2.1. Tỷ lệ bệnh nhân theo nhóm tuổi (n=109)

Tuổi (năm)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 30	11	10,1
31 – 40	25	22,9

41 – 50	33	30,2
51 – 60	22	20,2
61 – 70	15	13,8
≥ 71	3	2,8

+ Tuổi của bệnh nhân nằm trong khoảng 16 – 74.

+ Nhóm tuổi 41 – 50 có tỷ lệ cao nhất.

+ Nhóm tuổi ≥ 71 có tỷ lệ thấp nhất.

Bảng 2.2. Tỷ lệ bệnh nhân dựa vào thời gian lọc màng bụng (n=109)

Thời gian (năm)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
< 3	44	40,4
3 – 6	37	33,9
7 – 12	26	23,9
> 12	2	1,8

+ Thời gian lọc màng bụng giao động từ 4 tháng đến 13 năm.

+ Bệnh nhân có thời gian lọc màng bụng < 3 năm chiếm tỷ lệ cao nhất; > 12 năm chiếm tỷ lệ thấp nhất.

Bảng 2.3: Tỷ lệ bệnh nhân dựa vào các chỉ số đạt tiêu chuẩn chính đánh giá suy dinh dưỡng (n = 109)

Chỉ số	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Albumin < 38g/l	78	71,6
Prealbumin < 0,3g/l	15	13,8
Cholesterol <3,9mmol/l	26	23,9
Giảm BMI	67	61,5
Giảm trọng lượng cơ thể	37	33,9

+ Có 5 chỉ số được khảo sát đều có biểu hiện đáp ứng tiêu chuẩn chính chẩn đoán suy dinh dưỡng với các tỷ lệ khác nhau.

+ Giảm albumin chiếm tỷ lệ cao nhất.

+ Giảm prealbumin chiếm tỷ lệ thấp nhất.

Bảng 2.4. Tỷ lệ bệnh nhân dựa vào số lượng các tiêu chí chẩn đoán suy dinh dưỡng (n=109)

Biểu hiện	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không suy dinh dưỡng	9	8,3
Có suy dinh dưỡng	100	91,7
1 tiêu chí	25	22,9
2 tiêu chí	42	38,6
3 tiêu chí	20	18,3
4 tiêu chí	11	10,1
5 tiêu chí	2	1,8

+ Tỷ lệ suy dinh dưỡng chung cao hơn nhiều so với không có suy dinh dưỡng

+ Bệnh nhân có đồng thời 2 tiêu chí chẩn đoán suy dinh dưỡng (mức độ trung bình) chiếm tỷ lệ cao nhất.

+ Bệnh nhân có đồng thời 5 tiêu chí chẩn đoán suy dinh dưỡng chiếm tỷ lệ thấp nhất.

Bảng 2.5. Tỷ lệ bệnh nhân có biểu hiện suy dinh dưỡng nặng (n= 109)

Biểu hiện	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không SDD nặng	76	69,7
SDD nặng	33	30,3
- 3 tiêu chí	20	60,6
- 4 tiêu chí	11	33,3
- 5 tiêu chí	2	6,1

Trong số suy dinh dưỡng nặng thì biểu hiện 3 tiêu chí chiếm tỷ lệ cao nhất

Bảng 2.6. Tỷ lệ bệnh nhân có một số tiêu chuẩn bổ sung đánh giá suy dinh dưỡng (n = 109)

Biểu hiện	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Chán ăn	53	48,6
Giảm k+	46	42,2
Giảm transferrin	78	71,6
Tăng triglycerid	34	31,2
Tăng CRP	29	26,6
Giảm TB lympho	48	44,0

+ Một số tiêu chuẩn phụ gặp với các tỷ lệ khác nhau.

+ Giảm transferrin chiếm tỷ lệ cao nhất.

+ Tăng triglycerid chiếm tỷ lệ thấp nhất.

IV. BÀN LUẬN

Nếu tính chung chỉ có 8,3% trường hợp bệnh nhân không có bất kỳ biểu hiện chính nào của tình trạng suy dinh dưỡng, số còn lại lên đến 91,7%. Đây thực sự là một tỷ lệ rất cao, một biểu hiện bệnh lý bị che lấp, chưa được quan tâm, phát hiện và điều chỉnh. Yasui S và cs (2015) đã khảo sát và đánh giá biểu hiện suy dinh dưỡng của bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ tại Nhật Bản cũng áp dụng tiêu chuẩn của Hội dinh dưỡng và chuyển hóa quốc tế về thận học đã nhận thấy chỉ có 2% người bệnh không có bất kỳ tiêu chuẩn nào; 58% có một tiêu chuẩn; 25% có 2 tiêu chuẩn; 15% có trên 3 tiêu chuẩn tương ứng với ¾ tiêu chuẩn được xác định là có suy dinh dưỡng thực sự [6]. Tương tự Foucan L và cs (2015) khảo sát vai trò và mối liên quan suy dinh dưỡng với tỉ lệ tử vong ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ nhận thấy 13,2% suy dinh dưỡng mức độ rất nhẹ với 1 tiêu chí xác định; 28% suy dinh dưỡng mức độ trung bình với 2

tiêu chí và 50% suy dinh dưỡng nặng với 3, 4 tiêu chí [3]. Trong bệnh nhân nghiên cứu nếu xác định suy dinh dưỡng dựa vào sự có mặt của các tiêu chí nhận thấy 25% có 1 tiêu chí tương ứng suy dinh dưỡng mức độ nhẹ; 42% có 2 tiêu chí tương ứng suy dinh dưỡng mức độ vừa và 33% có ≥ 3 tiêu chí tương ứng suy dinh dưỡng mức độ nặng. Nếu tính chung những trường hợp có suy dinh dưỡng thực sự (suy dinh dưỡng nặng) thì ở bệnh nhân nghiên cứu có 33 trường hợp chiếm 30,3%. Xác định có suy dinh dưỡng thực sự mà nhiều tác giả gọi là suy dinh dưỡng nặng khi người bệnh có ≥ 3 tiêu chí chính theo phân loại của Hội dinh dưỡng và chuyển hóa quốc tế về thận học. Đây thực sự là những trường hợp biểu hiện suy dinh dưỡng rõ rệt mức độ nặng cần được quan tâm, điều chỉnh nếu không sẽ ảnh hưởng đến tiên lượng tiến triển và tử vong của bệnh nhân. Khi phân tích các trường hợp có biểu hiện suy dinh dưỡng thực sự nhận thấy số người bệnh đạt 3 tiêu chí chẩn đoán chiếm tỷ lệ cao nhất sau đó là 4 tiêu chí chẩn đoán. Chiếm tỷ lệ thấp nhất thuộc về số trường hợp đạt 5 tiêu chí chỉ với 2 bệnh nhân đạt 6,1%. Như vậy là bệnh nhân suy dinh dưỡng có sự phối hợp khác nhau giữa các tiêu chí chẩn đoán theo tỷ lệ giảm dần từ ít đến nhiều tiêu chí. Càng có nhiều tiêu chí tạo ra tình trạng suy dinh dưỡng càng tương ứng với mức độ nặng chứng tỏ sự ảnh hưởng đã tác động lên nhiều biểu hiện, nhiều quá trình, mỗi biểu hiện suy dinh dưỡng đã tạo ra nguy cơ tử vong khác nhau cho người bệnh. Nếu giảm albumin thì nguy cơ cao hơn với hệ số HR=3,18 song nếu giảm BMI thì nguy cơ thấp hơn với HR=1,97. Nếu kết hợp đồng thời 2 tiêu chí trên thì suy dinh dưỡng có nguy cơ tử vong trung bình với HR=3,43 và nguy cơ tử vong nặng với HR=6,59. Các yếu tố liên quan của suy dinh dưỡng đối với tử vong gồm đái tháo đường, viêm mạn tính, bệnh tim mạch đặc biệt đái tháo đường có suy dinh dưỡng là nguy cơ gây tử vong với HR = 7,76 [3]. Larumbe MCT và cs (2016) nhận thấy ở BN TNTCK lại có tỷ lệ SDD không cao, chỉ là 36,4% theo tiêu chuẩn ISRNM, trong đó 20% có 3 tiêu chí; 9,1% với 4 tiêu chí; 7,3% với 5 tiêu chí [5]. Phan Xuân Tước (2017) khảo sát BN TNTCK tại Bệnh viện Nguyễn Trãi Tp. Hồ Chí Minh nhận thấy tỷ lệ SDD chỉ có 27,9%, song nếu tách riêng các tiêu chuẩn chẩn đoán thì đa số đều gặp với tỷ lệ cao, ví dụ 68,5% có BMI < 23kg/m²; 68,5% giảm albumin; 69,4% giảm prealbumin [1]. Lê Thị Thanh Xuân (2016) khảo

sát BN TNTCK điều trị tại Bệnh viện 103 chỉ nhận thấy 37,7% tỷ lệ SDD, giảm chỉ số mô cơ và mô mỡ là 40% và 64,2%[2]. Jin Woo Wi và cs (2017) qua khảo sát, so sánh đã có nhận xét chung tỷ lệ và mức độ SDD ở BN LMBLTNT biểu hiện tốt hơn so với TNTCK [4].

V. KẾT LUẬN

Một số biểu hiện, tỷ lệ suy dinh dưỡng theo tiêu chuẩn của hội dinh dưỡng và chuyển hóa quốc tế về thận học.

+ Các biểu hiện đạt tiêu chuẩn chính chẩn đoán suy dinh dưỡng.

- Giảm albumin (< 38 g/l): 71,6%.
- Giảm prealbumin (< 0,3g/l): 13,8%.
- Giảm cholesterol (< 3,9 mmol/l): 23,9%.
- Giảm bmi : 61,5%
- Giảm trọng lượng cơ thể: 33,9%.

+ Các biểu hiện bổ sung đi kèm

- Chán ăn: 48,6%.
- Giảm kali máu: 42,2%.
- Giảm transferrin: 71,6%.
- Tăng triglycerid : 31,2%.
- Tăng crp: 26,6%.
- Giảm tế bào lympho máu ngoại vi: 44,0%.

+ Tỷ lệ suy dinh dưỡng các mức độ: 91,7% trong đó mức độ nhẹ: 25,0%; mức độ vừa: 42,0%; mức độ nặng: 33,0%.

+ Tỷ lệ suy dinh dưỡng thực sự: 30,3% trong đó đạt 3 tiêu chí chẩn đoán: 60,6%; 4 tiêu chí: 33,3% và 5 tiêu chí: 6,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phan Xuân Tước (2017)**. "Nghiên cứu một số chỉ số liên quan đến dinh dưỡng – năng lượng ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ điều trị tại bệnh viện Nguyễn Trãi Thành Phố Hồ Chí Minh". Luận văn Bác sĩ Chuyên khoa II. HVQY.
2. **Lê Thị Thanh Xuân (2016)**. "Nghiên cứu một số chỉ số liên quan đến tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân bệnh thận mạn tính giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ". Luận văn Thạc sĩ Y học. HVQY.
3. **Foucan L., Meralut H., Line F. Et al (2015)**, "Impact of protein energy wasting status on survival among Afro-Caribbean hemodialysis patients: a 3 years prospective study", Springer Plus, 20154, pp.452.
4. **Jin Woo Wi, Nam Ho Kim (2017)**. "Assessment of malnutrition of dialysis patients and comparison of nutritional parameters of CAPD and hemodialysis patients". Biomedical Science Letters 23(3): pp 185-193.
5. **Larumbe MCT, Soto CC, Sagrado MG, et al (2016)**. "Sun-116: prevalence and severity of protein energy wasting (PEW) syndrome in maintenance hemodialysis patients. Evaluation of diagnostic criteria". Clinical Nutrition 35(1): pp s87.
6. **Yasui S., Shirai Y, Tanimura M et al (2015)**, "Prevalence of protein-energy wasting (PEW) and evaluation of diagnostic criteria in Japanese maintenance hemodialysis patients", Original Article, pp.31-38.

MỤC LỤC

TẠP CHÍ Y HỌC VIỆT NAM TẬP 466 - THÁNG 5 - SỐ 2 - 2018

VIETNAM MEDICAL JOURNAL N^o2 - MAY - 2018

1. **Đ**ánh giá kết quả tạo hình lại sống mũi cấu trúc sau chấn thương 1
Evaluation of the results with structure rhinoplasty in nasal fractures
**Hoàng Văn Hồng, Phạm Thị Bích Đào,
Nguyễn Roãn Tuất, Dương Huy Lương**
2. **T**ỷ suất mới mắc ung thư dạ dày tại Hà Nội giai đoạn 2009-2013 3
Incedence rate of gastric cancer in Hanoi 2009-2013
Phan Văn Cương, Trần Văn Thuấn
3. **Đ**ánh giá kết quả phẫu thuật bơm xi măng tạo hình thân đốt sống qua da tại Bệnh 8
viện Trung ương Thái Nguyên
Evaluating the results of percutaneous vertebroplasty for the treatment of vertebral
compression fractures at Central Thai Nguyen Hospital
Nguyễn Vũ Hoàng, Nguyễn Văn Sơn
4. **N**ghiên cứu sự biến đổi một số chỉ số cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm quanh khớp 11
vai được điều trị bằng điện châm kết hợp sóng xung kích
Study on the change of some subclinical index in patients with shoulder arthritis
treated with electro-acupuncture combined shock wave therapy
Nguyễn Bá Quang, Phạm Hồng Vân
5. **N**ghiên cứu hiệu quả của phác đồ điều trị suy thận mạn giai đoạn sớm chưa có chỉ 15
định lọc máu tại Bệnh viện 199
Effectiveness research treatment regimen early stage chronic renal insufficiency
indications without blood screening in 199 Hospital
Trần Trọng Dương, Phạm Bá Tuyền
6. **M**ối liên quan giữa nồng độ nt-probnp huyết tương với mức độ tổn thương mạch 18
vành ở bệnh nhân bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính
The relationship between plasmant-probnp concentrations and the severity of
coronary artery injuries of patients with chronic ischaemic heart disease
Trương Đình Cẩm
7. **V**ị trí, hình thái học và giai đoạn của ung thư dạ dày được ghi nhận tại Hà Nội giai 23
đoạn 2009 - 2013
Topography, morphology and stages of gastric cancer by registry method in Hanoi
2009 - 2013
Phan Văn Cương, Trần Văn Thuấn
8. **Đ**ặc điểm khẩu phần của bệnh nhân suy thận mạn – lọc máu chu kỳ tại khoa thận 27
nhân tạo Bệnh viện Đại học Y Thái Bình và Bệnh viện Đa khoa Tiền Hải tỉnh Thái
Bình Năm 2018
The ration characteristics 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 in 2018
Trần Thị Yến, Phạm Thị Dung, Nguyễn Văn Công
9. **T**hực trạng thực hiện kỹ thuật điều dưỡng chuyên ngành ngoại và sản khoa tại các 30
Bệnh viện Huyện Tỉnh Bắc Giang
Implementation of surgical and obstetric nursing care techniques at District Hospitals
in Bac Giang province
Nguyễn Thị Hoài Thu, Đặng Thị Luyến

10. **Kết quả sớm sau mổ cắt lách do lách to ở trẻ bệnh lý máu Thalassemia** 34
The result of splenectomy due to Thalassemia in children
Nguyễn Việt Hoa, Vũ Hồng Tuân
11. **Đánh giá nguyên nhân chuyển mổ mở trong phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi** 37
Evaluating reasons for conversion during thoracoscopic lobectomy
Nguyễn Hoàng Bình, Trần Quyết Tiến
12. **Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ của cholesteatoma tai giữa tái phát** 42
Mr imaging features of recurrent middle ear cholesteatoma
Lê Văn Kháng, Đoàn Thị Hồng Hoa, Phạm Minh Thông
13. **Kết quả mô hình kiểm soát một số nhóm bệnh liên quan đến biến đổi khí hậu dựa vào cộng đồng tại xã An Lão, huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam** 45
The results of intervention model to control some diseases related to climate change based on community in An Lao commune, Binh Luc district, Ha Nam province
Nguyễn Văn Hiến, Lê Thị Tài
14. **Thực trạng véc tơ truyền bệnh sốt rét khu vực đồng bằng ven biển Nam bộ** 50
The status of malaria vectors in the coastal zone of mekong river delta
Trần Kiên, Trần Quang Trung
15. **Đánh giá tương quan giữa chỉ số chức năng thông khí phổi và mức độ nặng bệnh hen trên bệnh nhi hen phế quản** 53
Relationship between lung function indexes and asthma management
Nguyễn Thị Bình, Nguyễn Thị Diệu Thuý
16. **Một số bệnh đường hô hấp mạn tính của người lao động công ty cổ phần supe phốt phát và hóa chất lâm thao năm 2017** 56
Some chronic respiratory diseases of workers in lamthao fertilizers and chemicals joint stock company in 2017
Nguyễn Ngọc Anh, Lê Thanh Huyền, Nguyễn Thị Hoa
17. **Đánh giá tác dụng của viên nang y10 trên nam quân nhân suy giảm tinh trùng** 61
Study on the effect of y10 capsules on male soldiers with sperm depletion
Lê Minh Hoàng, Nguyễn Hoàng Ngân, Phạm Xuân Phong, Nguyễn Duy Bắc
18. **Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ tuyến ức ở bệnh nhân nhược cơ** 65
Study of clinical festures and magnetic resonance imaging of thymus in myasthenia gravis patient
Nguyễn Đức Thuận, Nguyễn Hồng Hoàn, Lê Trung Đức
19. **Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật maze điều trị rung nhĩ kết hợp bệnh lý van tim** 69
Evaluatiion the application of cox maze procedured in treatment for atrial firillation combined with vavle disease
Lâm Triều Phát, Trần Quyết Tiến
20. **Liên quan siêu âm tinh hoàn ẩn và kết quả phẫu thuật hạ tinh hoàn ở trẻ em** 72
The relationship between the ultrasonography and surgical treatment for cryptorchidism
Nguyễn Việt Hoa, Vũ Hồng Tuân
21. **Thực trạng động lực làm việc của nhân viên y tế khối lâm sàng - Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2017** 76
Work motivation of clinical health workers of Thanh Nhan Hospital 2017
Tống Thị Vân Thanh, Nguyễn Thị Hoài Thu

22. **Giá trị chẩn đoán của cộng hưởng từ đối với cholesteatoma tai giữa tái phát** 80
Diagnostic value of mr imaging in detection of recurrent middle ear cholesteatoma
Lê Văn Kháng, Đoàn Thị Hồng Hoa, Phạm Minh Thông
23. **Kiến thức về an toàn thực phẩm của người chế biến thực phẩm và người quản lý tại một số nhà hàng, khách sạn trên địa bàn thành phố Sơn La, tỉnh Sơn La năm 2017** 84
Food safety knowledge of food processors and managers in some restaurants, hotels location of Son La city, Son La province in 2017
Ninh Thị Nhung, Nguyễn Văn Công
24. **Thực trạng một số bệnh truyền nhiễm khu vực đồng bằng ven biển Nam Bộ** 89
The status of some infectious diseases in the coastal zone of Mekong delta
Trần Kiên, Trần Quang Trung
25. **Kiến thức, thực hành về phòng lây truyền viêm gan B từ mẹ sang con của phụ nữ xã Hương Sơn, huyện Mỹ Đức, thành phố Hà Nội năm 2016-2017** 93
Knowledge, practice on prevention of hepatitis B transmission from mother-to-child of women at Huong Son commune, My Duc district, Ha Noi, 2016-2017
Nguyễn Thị Diễm Hương, Lê Thị Tài
26. **Đánh giá chất lượng nước sinh hoạt nông thôn và các yếu tố nguy cơ làm ô nhiễm nước tại xã Thủy Thanh, Thừa Thiên Huế, năm 2017** 99
Assessment of quality of rural water and risk factors infecting water pollution in Thuy Thanh commune, Thua Thien Hue, 2017
Nguyễn Đình Minh Mẫn, Phùng Thị Thu Thủy
Nguyễn Thị Ngọc Lan, Trần Bá Thanh
27. **Trầm cảm, lo âu, stress ở điều dưỡng và hộ sinh Bệnh viện Phụ Sản Trung ương năm 2017** 104
Depression, anxiety, stress of nurses and midwives in National Hospital of Obstetrics and Gynecology in 2017
Nguyễn Thùy Trang, Nguyễn Ngọc Anh
28. **Nghiên cứu đặc tính mô bệnh học động mạch vị mạc nối phải sử dụng làm cầu nối trong phẫu thuật bắc cầu mạch vành tại Bệnh viện Chợ Rẫy** 108
Study of histo-pathology of the right gastroepiploic artery for using coronary artery bypass grafting in Cho Ray Hospital
Đoàn Văn Phụng, Trần Quyết Tiến
29. **Nghiên cứu mối liên quan giữa xạ hình tưới máu cơ tim với mức độ suy tim ở bệnh nhân suy tim tâm thu mạn tính** 113
The relationship between spect myocardial perfusion imaging (MPI) and heart failure severity in chronic systolic heart failure
Hoàng Văn Nghiêm, Phạm Trường Sơn
30. **Nghiên cứu nhu cầu sử dụng dịch vụ ngoài giờ của người bệnh khuyết tật tại khoa Phục hồi Chức năng, Bệnh viện Nhi Trung ương** 117
Studying needs for using out-of-hours rehabilitation services for children with disabilities at Rehabilitation Department, National Hospital of Pediatrics
Nguyễn Văn Công, Phạm Thị Yến
31. **Nghiên cứu nồng độ NT-proBNP huyết tương ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát** 122
The plasma NT-proBNP concentrations in patients with primary hypertension
Cao Trường Sinh, Nguyễn Quang Trung

32. **Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn sau phẫu thuật sản phụ khoa tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương** 126
Antibiotics usage in treatment of postoperative infections in National Hospital of Obstetrics and Gynecology
Thân Thị Hải Hà
33. **Đặc điểm lâm sàng, kiểu hình kháng pyrazinamid ở bệnh nhân lao phổi mới và lao phổi điều trị lại** 130
Clinical feature and phenotype of pyrazinamid drug resistant in new and relapse tuberculosis
Nguyễn Thị Phương, Đinh Ngọc Sỹ, Nguyễn Mạnh Thế, Nguyễn Kim Cương
34. **Đặc điểm giải phẫu bệnh – lâm sàng của ung thư vú** 134
Clinical – pathological characteristics of breast carcinoma
Nguyễn Văn Luân, Nguyễn Sào Trung
35. **Thực trạng hoạt động khám chữa bệnh của các khu điều trị phong tại Việt Nam năm 2016** 137
Status of medical examination and treatment of the leprosy treatment areas in Vietnam, 2016
Nguyễn Văn Thành, Trương Việt Dũng, Nguyễn Thị Hoài Yên, Nguyễn Hữu Thắng
36. **Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ từ 1/2014 đến 1/2017** 140
Evaluation of cementless total hip replacement in provincial general Hospital in Phu Tho, 2016-2017
Nguyễn Văn Sơn, Lưu Ngọc Minh, Nguyễn Huy Ngọc, Đỗ Thị Thanh Toàn
37. **Xử trí rò nội mạch sau điều trị phình động mạch chủ bụng dưới thận bằng can thiệp nội mạch** 145
Management of endoleak after endovascular aneurysm repair
Nguyễn Văn Quảng, Trần Quyết Tiến
38. **Nghiên cứu độc tính cấp và tác dụng điều trị rối loạn lipid máu theo cơ chế nội sinh của bài thuốc “Tiêu đàm - 03”** 149
Studying the acute toxicity and the regulation endogenous dyslipidemia effect of “Tieu dam – 03” remedy
Bành Thị Thu Quyên, Trần Quốc Bảo, Nguyễn Đình Thành, Nguyễn Hoàng Ngân, Nguyễn Bá Quang, Nghiêm Hữu Thành
39. **Nhận xét đặc điểm lâm sàng, xq bệnh nhân lệch lạc khớp cắn loại iii di chứng khe hở môi - vòm miệng** 153
Evaluate clinical characteristics and xq of type iii malocclusion patient with cleft lip and palate
Vũ Tuấn Hùng
40. **Nghiên cứu nồng độ sắt, ferritin huyết thanh ở bệnh nhân thiếu máu** 156
To study serum iron and ferritin concentration of anaemic patients
Nguyễn Văn Bằng, Nguyễn Thanh Xuân, Phạm Thị Mận
41. **Một số biểu hiện và tỷ lệ suy dinh dưỡng ở bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú** 161
The some manifestation and prevalence of malnutrition in patients of continuous ambulatory peritoneal dialysis
Nguyễn Ngọc Vàng, Phạm Quốc Toàn, Hoàng Trung Vinh