ISSN:1859 - 1868

TẠP CHÍ

Y HỌC VIỆT NAM

VIETNAM MEDICAL JOURNAL

Năm thứ sáu mươi tư

THÁNG 12 - SỐ 1&2
2018

TẬP 473

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
Lê Đức Hinh
Nguyễn Văn Hiếu
Phạm Gia Khải
Phạm Gia Khánh
Phan Thị Phi Phi
Đặng Vạn Phước
Trần Quy
Đỗ Kim Sơn
Tôn Thị Kim Thanh
Trần Hữu Thăng
Nguyễn Viết Tiến
Nguyễn Khánh Trạch
Lê Ngọc Trọng
Đỗ Đức Vân
Nguyễn Vượng

ỦY VIÊN BAN BIÊN TẬP

Nguyễn Quốc Anh
Mai Hồng Bàng
Nguyễn Gia Bình
Vũ Quốc Bình
Hoàng Minh Châu
Ngô Quý Châu
Nguyễn Đức Công
Đỗ Tất Cường
Trần Văn Cường
Bùi Diệu
Trần Trọng Hải
Trịnh Đình Hải
Nguyễn Khắc Hiền
Nguyễn Trần Hiển
Nguyễn Đức Hinh
Lê Thị Hợp
Trần Hậu Khang
Mai Trọng Khoa
Lương Ngọc Khuê
Nguyễn Văn Kính
Trương Thị Xuân Liễu
Phạm Đức Mục
Nguyễn Viết Nhung
Nguyễn Ngọc Quang
Bùi Đức Phú
Nguyễn Tiến Quyết
Đỗ Quyết
Nguyễn Trường Sơn
Trương Hồng Sơn
Võ Tấn Sơn
Lê Ngọc Thành
Trần Văn Thuấn
Công Quyết Thắng
Phạm Minh Thông
Phạm Văn Thức
Trịnh Lê Trâm
Nguyễn Quốc Trung
Nguyễn Quốc Trường
Trần Diệp Tuấn
Nguyễn Văn Út
Nguyễn Lân Việt
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: tapchiyhocvietnam@gmail.com; Website: www.tonghoiyhoc.vn

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

ĐẶC ĐIỂM KỸ THUẬT PHẪU THUẬT NỘI SOI MỞ ỐNG MẬT CHỦ ĐIỀU TRỊ SỎI ĐƯỜNG MẬT CHÍNH

Sử Quốc Khởi*, Nguyễn Văn Xuyên, Đặng Việt Dũng****

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm kỹ thuật phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ điều trị sỏi đường mật chính. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu 103 trường hợp. **Kết quả:** Chuyển mổ mở 3 trường hợp, tỷ lệ thành công 97,1%. Tỷ lệ nam: nữ 35/68, tuổi trung bình: 56,2 ± 14,9 (24-89) tuổi. Mổ lần đầu: 64ca, mổ sỏi mật mổ lại: 39 ca. 100% mở dọc ống mật chủ lấy sỏi và dẫn lưu Kehr, 100% có nội soi đường mật trong mổ. Kết hợp lấy sỏi bằng dụng cụ và xử lý bằng nội soi đường mật trong mổ như dùng rọ, tán sỏi thì tỷ lệ sạch sỏi thì đầu 83%, tỷ lệ còn sỏi 17%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật chính phối hợp nội soi đường mật trong mổ giúp làm tăng tỷ lệ sạch sỏi thì đầu. Nên mở dọc ống mật chủ và dẫn lưu đường mật thường quy.

Từ khóa: Mở ống mật chủ lấy sỏi, sỏi đường mật chính, nội soi đường mật

SUMMARY

TECHNICAL FEATURES OF LAPAROSCOPIC CHOLEDOCHOLITHOTOMY IN TREATMENT OF BILIARY TRACT STONES

Objectives: To review the technical characteristics of laparoscopic choledo- cholithotomy for treating biliary tract stones. **Subjects and methods:** A prospective study included 103 patients with biliary tract stones were operated by laparoscopic choledochotomy to remove stones. **Results:** Converting to open: 3 cases, success rate: 97.1%. Male: female 35/68, mean age: 56.2 ± 14.9 (24-89) years old. First surgery: 64 cases, biliary tract stone reoperation: 39cases. 100% were opened along the common bile duct and place Kehr tube. Intraoperative cholangioscopy: 100%. Combination of laparoscopic choledocholithotomy and intraoperative cholangioscopy with using dormia, hydroelectric lithotripsy increase the proportion of stone clean to 83%, the rate of remaining stone is 17%. **Conclusion:** Combination of laparoscopic choledo-cholithotomy and intraoperative cholangioscopy to increase the rate of stone clean. We Should opened along the common bile duct and place Kehr tube routinely.

Keywords: Choledocholithotomy, biliary tract stones, cholangioscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi mật là bệnh thường gặp ở Việt Nam cũng như trên thế giới. Điều trị sỏi đường mật chính có nhiều phương pháp khác nhau nhằm loại bỏ hết sỏi, hạn chế tái phát, mau hồi phục. Phẫu thuật vẫn chiếm vai trò quan trọng. Tại Kiên Giang, phẫu thuật nội soi được thực hiện từ năm 1995 nhưng đến nay chưa ứng dụng được hiệu quả trong điều trị sỏi đường mật chính. Việc áp dụng còn gặp nhiều khó khăn về kỹ thuật. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu một số đặc điểm kỹ thuật của phẫu thuật nội soi mở ống chủ lấy sỏi điều trị đường mật chính.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: Đối tượng nghiên cứu gồm 103 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi điều trị sỏi đường mật chính tại khoa Ngoại Tổng quát, bệnh viện Đa khoa Kiên Giang từ năm 2014 đến năm 2017.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân có sỏi đường mật chính kể cả sỏi mật mổ lại, nội soi mật tụy ngược dòng thất bại, có kèm theo sỏi túi mật và/ hoặc sỏi trong gan được chẩn đoán xác định trước mổ bằng chụp cắt lớp điện toán và/hoặc chụp mật tụy ngược dòng.

Tiêu chuẩn loại trừ: *Sỏi trong gan đơn thuần. Ống mật chủ không dãn, đường kính < 10mm*

2. Phương pháp: *Nghiên cứu tiến cứu.*

Kỹ thuật mổ:

- Bệnh nhân nằm ngửa, phẫu thuật viên đứng bên phải, người phụ bên trái.
- Đặt 4 trocar, 2 trocar 5mm, 2 trocar 10mm.
- Bơm hơi áp lực ≤ 12mmHg, lượng bơm 4-6 l/1 phút
- Thăm dò ổ bụng.
- Gỡ dính nếu có, bộc lộ và mở phúc mạc ống mật chủ phần trên tá tràng.
- Mở ống mật chủ, bằng móc đốt điện đơn cực.
- Đè ép ống mật chủ từ dưới lên, từ trên xuống dưới để dồn sỏi ra ngoài.
- Lấy sỏi: dùng kềm Randall và dụng cụ nội soi, bơm rửa đường mật.
- Nội soi đường mật trong mổ
- Dẫn lưu đường mật: Đặt dẫn lưu Kehr
- Cắt túi mật khi có chỉ định

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung

-Tỷ lệ nam nữ: 35/68, tuổi trung bình: 56,2 ± 14,9 (24-89) tuổi.

**Bệnh viện Đa khao Kiên Giang*
***Bệnh viện 103, Học viện Quân y*
Chịu trách nhiệm chính: Sử Quốc Khởi
Email: drkhoi78@gmail.com
Ngày nhận bài: 15/10/2018
Ngày phản biện khoa học: 10/11/2018
Ngày duyệt bài: 25/11/2018

-Mổ lần đầu: 64 (62,0%%), mổ sỏi mật mổ lại: 39 (38,0%).

-Vị trí sỏi: Sỏi đường mật ngoài gan:48/103 (46,6%) TH, Sỏi đường mật trong và ngoài gan: 55/103 (53,4%) TH. 43 (41,7%) TH có kèm sỏi túi mật.

- Tư thế bệnh nhân và vị trí phẫu thuật viên: 100% bệnh nhân nằm ngửa, phẫu thuật viên đứng bên trái bệnh nhân.

-Đặt trocar: 100% trường hợp đặt 4 trocar.

-Tổn thương trong mổ, gỡ dính: 39TH sỏi mật mổ lại đều dính vùng rốn gan.

-Mở ống mật chủ: 100% TH xẻ ở vị trí mặt trước, xẻ theo chiều dọc.

-Chụp đường mật trong mổ 5/103TH

-Lấy sỏi: 100%TH cần phối hợp dụng cụ mổ nội soi và kinh điển.

-Nội soi đường mật trong mổ: 103/103 TH, có 03 TH chuyển mổ mở nên tính 100 TH phẫu thuật nội soi, 100% TH này được nội soi đường mật trong mổ. Kết quả sau khi phẫu thuật viên lấy sỏi bằng dụng cụ và nghĩ đã hết sỏi thì nội soi phát hiện 57TH còn sỏi.

-Xử trí bằng các biện pháp như bơm rửa, tán sỏi, dùng rọ, dụng cụ nội soi, randall thì hiệu quả sạch sỏi thêm 42/57TH. Tổng số trường hợp sạch sỏi thì đầu 83%. 17TH còn sỏi sau mổ. 100% được dẫn lưu Kehr.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung

Bệnh sỏi đường mật chính xuất hiện ở cả nam và nữ. Nữ mắc bệnh nhiều hơn nam giới. Tác giả trong nước tỷ lệ nam 30,8-43,9%, nữ 56,1-69,2%, tỷ lệ nam: nữ là 1: 2 đến 2:3. Bệnh sỏi mật có thể gặp ở nhiều lứa tuổi khác nhau. Các công trình nghiên cứu về sỏi mật ở nước ta trước đây cũng gặp ở nhiều lứa tuổi khác nhau [1],[2],[3],[4]. Chúng tôi áp dụng phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi điều trị sỏi đường mật chính cho cả nhóm mổ lần đầu và nhóm sỏi mật mổ lại, sỏi ngoài gan và sỏi trong gan.

2. Đặc điểm kỹ thuật: Tư thế bệnh nhân và vị trí phẫu thuật viên, đặ trocar: Chúng tôi thực hiện phẫu thuật với tư thế bệnh nhân nằm ngửa, phẫu thuật viên đứng bên trái bệnh nhân, màn hình và máy tán sỏi đặt vị trí bên phải bệnh nhân. Cách thực hiện của chúng tôi giống như tác giả Nguyễn Hoàng Bắc[1] và nhận thấy không gặp khó khăn trong quá trình thực hiện. Đây cũng là tư thế bệnh nhân và vị trí phẫu thuật viên mà Petelin đã thực hiện và gọi là kiểu Mỹ điển hình. Nguyễn Khắc Đức thực hiện theo cả 2 tư thế đứng giữa bệnh nhân và đứng bên phải bệnh nhân. Tuy nhiên, Việc lựa chọn tư thế bệnh nhân và PTV vào thói quen và kinh nghiệm phẫu thuật viên[2]. Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Khắc Đức đặt 4 trocar và những trường hợp khó hơn đặt 5 trocar. Một số tác giả nước ngoài như Hua, Xiao, Quaresima, Petelin cũng sử dụng 4 trocar và phẫu thuật thành công, hiệu quả [5],[6],[7]. Chúng tôi 100%TH đặt 4 trocar là hợp lý và thực hiện được hầu hết các trường hợp và không có trường hợp nào cần đặt thêm trocar. Kinh nghiệm Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Khắc Đức: có sẹo mổ cũ vùng bụng vào ổ bụng theo phương pháp hở Hasson hoặc đặt cách sẹo mổ 5cm [1],[2].

Gỡ dính: Kinh nghiệm của chúng tôi cũng như tác giả Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Khắc Đức túi mật là mốc quan trọng để tìm ống mật chủ [1],[2]. Những trường hợp đã cắt túi mật thì vết tích lõm xuống của vùng túi mật ở mặt dưới gan được camera phóng đại là cột mốc quý giá để tìm ống mật chủ. Kinh nghiệm bóc tách nên bắt đầu từ thành bụng trước, đi vào khoảng lỏng lẽo giữa tại dính và phúc mạc thành bụng hướng về gan, sau đó gặp bờ gan thì đi theo mặt tạng của gan tìm túi mật cũng như xác định ống mật chủ, việc phẫu tích cần nhẹ nhàng, tỉ mỉ, từng chút một. Sử dụng kéo việc bóc tách sẽ tinh tế và dễ dàng hơn, hạn chế sử dụng đốt điện, dao cắt siêu âm nhằm tránh tổn thương tạng.

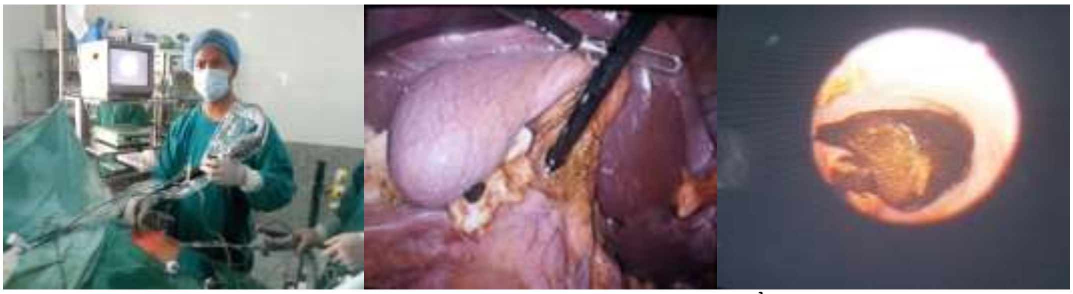
Mở ống mật chủ: Mở ống mật chủ để lấy sỏi là một thao tác rất quan trọng, ảnh hưởng đến việc lấy sỏi có thuận tiện hay không. Trước khi mở ống mật chủ cần đánh giá trên phim cắt lớp vi tính xem vị trí sỏi là sỏi ngoài gan hay có sỏi cả trong gan và ngoài gan. Nếu sỏi ngoài gan thì vị trí mở ống mật chủ gần về phía bờ trên tá tràng. Nếu có sỏi trong gan thì vị trí mở đường mật ở ống gan chung, gần về phía ngã ba đường mật để thuận tiện lấy sỏi trong gan và nội soi đường mật trong mổ, tán sỏi trong mổ. Chúng tôi cũng thấy đường mở dọc mặt trước ống mật chủ có ưu điểm tương tự như Nguyễn Khắc Đức là dễ dàng cho việc thăm dò đường mật trong gan và Oddi bằng Mirizzi và thuận tiện mở rộng đường rạch ống mật chủ khi cần thiết [2].

Chụp đường mật trong mổ: Chúng tôi chụp được 5TH nhưng vì kỹ thuật này tương đương chụp Xquang đường mật qua Kehr sau mổ, kéo dài thời gian, cần phòng mổ rộng vì phải sắp xếp cả hệ thống PTNS ổ bụng, hệ thống máy NSĐM, máy tán sỏi, máy chiếu C-arm nên rất bất tiện nên chúng tôi không tiếp tục thực hiện nữa. Vấn đề chụp hình đường mật trong mổ vẫn còn đang bàn cải khi có nhiều phương tiện khảo sát trước mổ. Một số tác giả cho rằng nên chỉ định có chọn lọc, một số tác giả khác lại cho rằng chụp

hình đường mật trong mổ không có lợi ích gì vì có thể rò chất lỏng cản quang trong khi bơm, các bóng khí giống sỏi, không làm đầy được cây đường mật vì thuốc cản quang xuống tá tràng quá nhanh và kéo dài thời gian phẫu thuật không cần thiết [3].

Lấy sỏi: Sau khi mở OMC chúng tôi rút trocar ở hạ sườn phải, qua lỗ trocar này trên thành bụng luồn Randall vào thăm dò và lấy sỏi đường mật. Trong tất cả các trường hợp nghiên cứu của chúng tôi đều phải sử dụng dụng cụ kinh điển này để lấy sỏi. Tuy nhiên, lấy sỏi bằng dụng cụ kinh điển gặp khó khăn khi sỏi sỏi nằm đoạn cuối ống mật chủ, gần Oddi và sỏi trong gan. Do đặc điểm sỏi mật ở Việt Nam sỏi viên lớn, nhiều vị trí nên lấy sỏi bằng dụng cụ kinh điển như Randall tỏ ra rất hiệu quả, ngược lại xông Dormia, Forgarthy kém hiệu quả. Nguyễn Khắc Đức có nhận định tương tự.

Nội soi đường mật trong mổ: giúp phát hiện sỏi sót và xác định sạch sỏi. Kết quả sau khi lấy sỏi bằng dụng cụ và nghĩ đã hết sỏi thì nội soi thấy hết hỏi chỉ 43 (43%)TH và 57 (57%)TH phát hiện còn sỏi. Tuy nhiên, trong 43TH nội soi không thấy sỏi, nhưng hậu phẫu kiểm tra phát hiện thêm 2TH sỏi sót. Như vậy nếu không sử dụng nội soi đường mật trong mổ thì tỷ lệ sạch sỏi chỉ 41,0%.



Hình 1. *Nội soi đường mật trong mổ*

Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Bắc nội soi đường mật trong mổ xác định chỉ 46,4% sạch sỏi và giúp phát hiện 53,6% trường hợp còn sỏi trong đường mật. Qua đó tác giả tiếp tục lấy sỏi bằng Randall, bằng rọ, tán sỏi... Tác giả cũng khẳng định nội soi đường mật trong mổ là một thì không thể thiếu trong phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật [1].

Nội soi đường mật trong mổ xử lý sỏi sót: Chúng tôi có 43 TH không thấy sỏi nghĩ đã sạch sỏi và 57 TH nội soi đường mật trong mổ phát hiện còn sót sỏi. Xử trí bằng các biện pháp như bơm rửa, tán sỏi, dùng rọ, dụng cụ nội soi, randall thì hiệu quả sạch sỏi thêm 42/57TH. Vì vậy nếu kết hợp lấy sỏi bằng dụng cụ kết hợp xử lý bằng nội soi đường mật trong mổ như dùng rọ, tán sỏi thì tỷ lệ sạch sỏi thì đầu 83%. Vì hạn chế ống soi khó vào sâu trong gan nên ảnh hưởng thời gian mổ kéo dài nên Nguyễn Hoàng Bắc không cố gắng tán sạch sỏi trong khi mổ mà chỉ cố gắng tán đủ để cho dẫn lưu mật[1],[2]. Trường hợp sỏi nhiều, không thể lấy hết trong một lần mổ, tác giả chỉ tán sỏi to, sỏi ở các ống gan. Nguyễn Khắc Đức: đối với sỏi mật ngoài gan ở ống mật chủ và 2 ống gan phải trái là không cần tán sỏi trừ trường hợp sỏi kẹt hoàn toàn ở bóng Vater mà Mirizzi không lấy được. Nội soi đường mật đóng vai trò phát hiện sỏi sót và sẽ được lấy tiếp bằng Mirizzi, bơm rửa đường mật. Kinh nghiệm của chúng tôi có cùng nhận định như Nguyễn Khắc Đức.

Còn sỏi 17TH: 12TH biết còn sỏi nhưng không tiếp tục lấy sỏi hay tán được, sót sỏi thực sự 5/100TH. Nguyễn Hoàng Bắc để lại sỏi 28,6%. Chúng tôi cố gắng lấy sỏi lần mổ đầu sẽ làm tăng tỷ lệ sạch sỏi thì đầu và số lần tán sỏi sau mổ giảm.

Dẫn lưu đường mật: Vấn đề khó khăn trong phẫu thuật sỏi đường mật nói chung là xác định sạch sỏi, từ đó khâu kín hay dẫn lưu đường mật. Hiện nay, có nhiều phương pháp đánh giá trước mổ nhưng sót sỏi vẫn còn. Vì vậy, việc đặt dẫn lưu Kehr là rất cần thiết nhằm kiểm tra sạch sỏi, sót sỏi sau mổ và qua đó can thiệp tối thiểu qua đường hầm ống Kehr nên chúng tôi đặt dẫn lưu đường mật 100%TH.

V. KẾT LUẬN

- Nội soi đường mật trong mổ là một thì không thể thiếu của phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi điều trị sỏi đường mật chính. Nội soi đường mật trong mổ giúp làm tăng tỷ lệ sạch sỏi thì đầu từ 41% lên 83%.
- Nên mở theo chiều dọc ống mật chủ và dẫn lưu đường mật thường quy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Hoàng Bắc** (2007), *Chỉ định của phẫu thuật nội soi trong điều trị sỏi đường mật chính*, Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh.
2. **Nguyễn Khắc Đức** (2010), *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi để điều trị sỏi đường mật ngoài gan*, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
3. **Trần Mạnh Hùng** (2012), *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ lấy sỏi không dẫn lưu đường mật*, Luận án Tiến sỹ y học, Học viện Quân Y.
4. **Đỗ Kim Sơn, Trần Gia Khánh, Đoàn Thanh Tùng và cs** (2000), "Nghiên cứu và điều trị phẫu thuật bệnh lý sỏi mật tại bệnh viện Việt Đức (5773 TH phẫu thuật từ 1976 đến 1998)", *2*, tr. 18-23.
5. **Hua J., Meng H., Yao L. et al.** (2017), "Five hundred consecutive laparoscopic common bile duct explorations: 5-year experience at a single institution", *Surg Endosc*, 31(9), pp. 3581-3589.
6. **Petelin, J. B.** (2003), "Laparoscopic common bile duct exploration", *Surg Endosc*, 17(11), pp. 1705-15.
7. **Quaresima S., Balla A., Guerrieri M. et al.** (2017), "A 23 year experience with laparoscopic common bile duct exploration", *HPB (Oxford)*, 19 (1), pp. 29-35.

KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH PHÒNG CHỐNG BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG Ở CỘNG ĐỒNG TẠI HUYỆN TIÊN LỮ, TỈNH HƯNG YÊN NĂM 2018

Lưu Minh Châu*, Bàng Thị Hoài*, Đoàn Quang Huy*

TÓM TẮT

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh gây gánh nặng bệnh tật và thiệt hại kinh tế ngày càng cao trên thế giới nói chung và ở Việt Nam nói riêng. Tuy nhiên bệnh ĐTĐ hoàn toàn có thể phòng và kiểm soát được đường huyết, bằng chế độ dinh dưỡng hợp lý, tăng cường luyện tập thể lực, thay đổi lối sống, đặc biệt là đối với người có nhiều yếu tố nguy cơ mắc bệnh. **Mục tiêu:** Đánh giá thực trạng kiến thức, thực hành của cộng đồng dân cư về phòng chống bệnh ĐTĐ tại huyện Ân Thi tỉnh Hưng Yên năm 2018. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 601 hộ gia đình phỏng vấn theo bộ câu hỏi thiết kế sẵn về kiến thức, thực hành phòng chống ĐTĐ trong cộng đồng. **Kết quả:** Kiến thức chung về bệnh ĐTĐ: bệnh do đường máu tăng cao chiếm 41,1%, triệu chứng bệnh ĐTĐ là đái nhiều (45,9%); nhận định bệnh có thể gây nhiều biến chứng (47,6%); 22,1 % cho rằng ĐTĐ có thể biến chứng tim mạch, 21,6% hoại tử chi; yếu tố nguy cơ của ĐTĐ được cho là thừa cân, béo phì (42,4%), biện pháp phòng bệnh ĐTĐ chủ yếu là chế độ dinh dưỡng hợp lý (55,6%); thực hành phòng chống ĐTĐ còn hạn chế: tỷ lệ người thích sử dụng đồ chiên/rán 78,6%; sử dụng cá và hải sản 36,7%, hoạt động thể lực chỉ có 41,2%, định kỳ kiểm tra đường huyết chỉ có 17,6%.

Từ khóa: Đái tháo đường, kiến thức, thực hành, yếu tố nguy cơ

SUMMARY

KNOWLEDGE AND PRACTICE OF DIABETES PREVENTION IN THE COMMUNITY AT TIEN LU DISTRICT, HUNG YEN PROVINCE IN 2018

Diabetes is a highly social disease in many countries because of its rapid development, the extent of its health risks. However, diabetes is preventable and manageable, and people with high risk factors are treated promptly with medications or with dietary lifestyle modifications that can be avoided. **Objectives:** To assess the knowledge, practice, and community of diabetes prevention in Tien Lu district, Hung Yen province in 2018. **Subjects and methods**: A cross-sectional study of over 601 households interviewed on a set of pre-designed questionnaire about knowledge and practice of diabetes prevention in the community. **Result:** General knowledge of diabetes in which blood sugar increased 41.1% , 45.9% of the subjects diagnosed with the disease can have many complications, symptoms and risk of diabetes accounted for 47.6% with multiple urinary symptoms, cardiovascular complications 22.1%, obesity is in knowledge of risk factors of diabetes 42.4%. Practice to prevent Diabetes: exercising 41,2% and 17,6% for periodic health examination in the knowledge group on diabetes prevention.

Key words: Diabetes, knowledge, practice, risk factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam đang ở trong giai đoạn chuyển dịch mô hình bệnh tật. Sau những cố gắng rất lớn và bền bỉ của Chính phủ, các bệnh truyền nhiễm ngày càng được khống chế và giảm dần, trong khi đó các bệnh không truyền nhiễm mà đặc biệt là bệnh Đái tháo đường (ĐTĐ) ngày càng tăng cao. Bệnh ĐTĐ type II đang là một trong những bệnh hàng đầu gây tử vong. Theo thông báo của Tổ chức Y tế thế giới, tốc độ phát triển của bệnh ĐTĐ tăng nhanh trong những năm qua và tỷ lệ này cũng khác nhau giữa các châu lục và các vùng lãnh thổ. Trong khi đó ở các nước Đông Nam Á trên 95% trường hợp người bệnh ĐTĐ là type II, tỷ lệ mắc bệnh này tăng lên không phân biệt nông thôn hay thành thị. Bệnh ĐTĐ type II có liên quan đến chế độ dinh dưỡng, chế độ luyện tập thân thể, chỉ số cơ thể (BMI),

**Học viện Y Dược học cổ truyền*
Chịu trách nhiệm chính: Lưu Minh Châu
Email: minhchauytdp@gmail.com
Ngày nhận bài: 6/10/2018
Ngày phản biện khoa học: 6/11/2018
Ngày duyệt bài: 22/11/2018

tuổi, các thói quen sinh hoạt và lối sống. Vậy bệnh ĐTĐ có thể phòng được khi thực hiện chế độ dinh dưỡng hợp lý, thói quen và lối sống lành mạnh không có hại cho sức khỏe.

Việt Nam không xếp vào 10 nước có tỷ lệ mắc ĐTĐ cao nhưng lại là quốc gia có tốc độ phát triển bệnh nhanh. Quá trình đô thị hóa cũng góp phần làm tăng nguy cơ và tăng tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ. Tại Hưng Yên, trong những năm gần đây, cùng với sự phát triển về kinh tế, đời sống nhân dân được cải thiện, nguy cơ ĐTĐ gia tăng, theo Lưu Minh Châu (2017), tỷ lệ bệnh ĐTĐ tại một số xã tỉnh Hưng Yên là 8,6%. Vậy kiến thức và thực hành phòng chống bệnh ĐTĐ của người dân như thế nào? Góp phần tìm hiểu vấn đề này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá thực trạng kiến thức, thực hành của cộng đồng dân cư về phòng chống bệnh Đái tháo đường tại huyện Ân Thi tỉnh Hưng Yên năm 2018.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đại diện thành viên trong hộ gia đình sinh sống tại 3 xã của huyện Tiên Lữ tỉnh Hưng Yên năm 2018:

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:* Từ 18 tuổi trở lên thường trú tại địa bàn triển khai điều tra; Đồng ý tham gia điều tra (phỏng vấn)

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Dưới 18 tuổi; Theo đánh giá của nghiên cứu viên là không thể hoàn thành các bước trong điều tra hoặc không có khả năng tuân thủ các yêu cầu của điều tra. Có thể sẽ vi phạm chấp thuận tham gia điều tra, không an toàn hoặc gây khó khăn cho việc diễn giải kết quả điều tra hoặc ảnh hưởng đến mục tiêu điều tra.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

- **Thời gian**: Từ tháng 04/2018 đến tháng 7/2018

- Địa điểm: 3 xã thuộc huyện Tiên Lữ tỉnh Hưng Yên

2.3.Phương pháp nghiên cứu:

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.3.2 Cỡ mẫu: Sử dụng công thức tính cỡ mẫu:

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

Trong đó: p: Tỷ lệ hiểu biết về dinh dưỡng liên quan đến bệnh đái tháo đường 52%.

Z: Hệ số tin cậy, với độ tin cậy 95% thì $Z_{1-\alpha/2}$ = 1,96; d: Khoảng sai lệch chấp nhận được, chọn d = 0,05; Hệ số điều chỉnh: DE = 1,5

Thay vào công thức trên ta tính được cỡ mẫu là n = 558; Thực tế tổng số hộ điều tra 601 hộ

2.3.3 Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống

2.3.4 Phương pháp thu thập số liệu: Đối tượng nghiên cứu được phỏng vấn trực tiếp bằng phiếu điều tra thiết kế sẵn.

2.3.5 Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm thống kê phân tích số liệu SPSS 21.0

2.3.6 Đạo đức nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu được thông báo về mục đích nghiên cứu

- Khi được sự đồng ý của đối tượng nghiên cứu, người nghiên cứu mới đưa đối tượng vào mẫu nghiên cứu.

- Những kết quả nghiên cứu, ý kiến đề xuất được sử dụng vào mục đích nâng cao sức khỏe, hạn chế sự xuất hiện và tiến triển của bệnh.

- Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung

Bảng 3.1. ***Thông tin chung về người cung cấp thông tin (n=601)***

Biến số	Phân loại	Số lượng	Tỷ lệ %)
Giới	Nam	370	61,6
	Nữ	231	38,4
Nghề nghiệp	Nông dân	225	37,4
	Công nhân	119	19,8
	Công chức/viên chức	62	10,3
	Khác	195	32,4

Nhận xét: Phần lớn trong đối tượng cung cấp thông tin là nam giới chiếm đến 61,6%, trong đó nghề nghiệp làm nông chiếm tỷ lệ cao nhất 37,4% và ít nhất là công chức/viên chức chỉ chiếm 10,3%.

3.2. Thực trạng kiến thức, thái độ, thực hành về phòng chống ĐTĐ

Bảng 3.2. Hiểu biết thế nào là bệnh ĐTĐ

Kiến thức chung về bệnh Đái tháo đường	Nam (n=370)		Nữ n=231)		Chung (n=601)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bệnh do đường máu tăng cao	142	38,3	105	45,5	247	41,1
Đường trong nước tiểu	131	35,4	72	31,2	203	33,8

Nhận xét: Tỷ lệ người phỏng vấn cho rằng bệnh ĐTĐ do đường máu tăng cao chiếm tỷ lệ 41,1%; đường trong nước tiểu chiếm tỷ lệ 33,8%.

Bảng 3.7. Thực hành phòng bệnh Đái tháo đường

Thực hành về phòng bệnh của bệnh Đái tháo đường	Nam (n=370)		Nữ n=231)		Chung (n=601)	
	Số lượng	Tỷ lệ(%)	Số lượng	Tỷ lệ(%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)

Chế độ dinh dưỡng						
Mỗi bữa ăn quá no	89	24,1	54	23,4	134	23,8
Ăn thực phẩm nhiều mỡ động vật	171	46,2	91	39,4	262	43,6
Hay ăn đồ chiên/rán	291	78,6	179	77,5	470	78,2
Thích ăn đồ ăn nhanh	139	37,6	82	35,5	221	36,8
Thích ăn bánh mỳ các loại	365	98,6	225	97,4	590	98,2
Thực phẩm giàu đạm	260	70,3	170	73,6	430	71,5
Thích ăn cá và hải sản	143	38,6	75	32,5	218	36,3
Ăn dầu thực vật	175	47,3	127	55,0	302	50,2
Thích ăn các loại khoai	70	18,9	50	21,6	120	20,0
Đậu và chế phẩm của đậu	197	53,2	113	48,9	310	51,8
Thích ăn trứng (3-4 quả/tuần)	223	60,3	159	68,8	382	63,6
Kiểm tra đường huyết	56	15,1	48	20,8	104	17,3
Chế độ luyện tập	144	38,9	104	45,0	248	41,2
Thời gian trung bình ± SD (phút/ngày)	52,35 ±38,5		51,92±37,5		52,19±37,6	

Nhận xét: Tỷ lệ người thích ăn đồ chiên/ rán là 78,2%; thích ăn đồ ăn nhanh 36,8%; ăn các loại bánh mỳ thường xuyên 98,2%; trong khi đó luyện tập thường xuyên chỉ chiếm tỷ lệ 41,2% và kiểm tra đường huyết định kỳ chỉ chiếm tỷ lệ rất thấp 17,3%.

Bảng 3.3. Kiến thức về triệu chứng và mức độ nguy hiểm của bệnh ĐTĐ

Kiến thức hiểu biết về triệu chứng và mức độ nguy hiểm của bệnh Đái tháo đường	**Nam (n=370)**		**Nữ n=231)**		**Chung (n=601)**	
	Số lượng	**Tỷ lệ (%)**	**Số lượng**	**Tỷ lệ (%)**	**Số lượng**	**Tỷ lệ (%)**
Uống nhiều	94	25,4	78	33,8	172	28,6
Đái nhiều	160	43,2	126	54,5	286	47,6
Sút cân	122	32,9	86	37,2	208	34,6
Mờ mắt	24	6,5	33	14,3	57	9,5
Lâu liền viết thương	22	5,9	15	6,5	37	6,2
Người yếu mệt mỏi	91	24,6	73	31,6	164	27,3
Bệnh có thể gây nhiều biến chứng	162	43,8	114	49,4	276	45,9

Nhận xét: Hiểu biết về bệnh ĐTĐ: tỷ lệ người được phỏng vấn trả lời triệu chứng của bệnh ĐTĐ là đái nhiều chiếm đến 47,6%; sút cân 34,6%; lâu liền vết thương 6,2% và bệnh ĐTĐ có thể gây nhiều biến chứng chiếm 45,9 %.

Bảng 3.4. Kiến thức về các biến chứng của bệnh ĐTĐ

Kiến thức hiểu biết về biến chứng của bệnh Đái tháo đường	**Nam (n=370)**		**Nữ n=231)**		**Chung (n=601)**	
	Số lượng	**Tỷ lệ (%)**	**Số lượng**	**Tỷ lệ (%)**	**Số lượng**	**Tỷ lệ (%)**
Biến chứng tăng huyết áp	77	20,8	66	28,6	143	23,8
Biến chứng thần kinh	29	7,8	26	11,2	55	9,2
Biến chứng mắt	63	17,1	54	23,4	117	19,5
Biến chứng tim mạch	72	19,5	61	26,4	133	22,1
Biến chứng thận	33	8,9	20	8,7	53	8,8
Hoại tử chi	63	17,0	67	29,0	130	21,6

Nhận xét: Thực trạng kiến thức của cộng đồng về biến chứng của bệnh ĐTĐ: tỷ lệ cho rằng có thể gây biến chứng tăng HA là 23,8%; biến chứng tim mạch 22,1%; biến chứng thận 8,8 %; gây hoại tử chi 21,6%.

Bảng 3.5. Kiến thức về các yếu tố nguy cơ của bệnh ĐTĐ

Kiến thức hiểu biết về các yếu tố nguy cơ của bệnh Đái tháo đường	**Nam (n=370)**		**Nữ n=231)**		**Chung (n=601)**	
	Số lượng	**Tỷ lệ (%)**	**Số lượng**	**Tỷ lệ (%)**	**Số lượng**	**Tỷ lệ (%)**
Tiền sử gia đình có người bị bệnh Đái tháo đường	72	19,5	79	34,1	151	25,1
Tuổi trên 45	54	14,6	50	21,6	104	17,3
Thừa cân, béo phì	139	37,6	116	50,2	255	42,4

Tăng huyết áp	69	18,6	51	22,1	120	20,0
Rối loạn mỡ máu	58	15,7	52	22,5	110	18,3
Đã được chẩn đoán tiền Đái tháo đường	27	7,3	24	10,0	51	8,5
Tiền sử đẻ thai to	3	0,8	5	2,2	8	1,3
Tiền sử Đái tháo đường thai kỳ	6	1,6	10	4,3	16	2,7
Ít hoạt động thể lực	52	14,1	36	15,6	88	14,6
Ăn quá nhiều đường	68	18,4	67	29,0	135	22,5

Nhận xét: Tỷ lệ ĐTNC có kiến thức về yếu tố nguy cơ gây bệnh ĐTĐ gồm: thừa cân, béo phì 42,4%; tiền sử gia đình có người mắc bệnh ĐTĐ 25,1%; trên 45 tuổi 17,3%; tăng HA 20,0%; rối loạn mỡ máu 18,3%; phụ nữ có tiền sử đẻ thai to chỉ chiếm 1,3%; ít hoạt động thể lực 14,6%; ăn quá nhiều đường 22,5%; tiền sử có ĐTĐ thai kỳ: 2,7%.

Bảng 3.6. Kiến thức về phòng bệnh ĐTĐ

Kiến thức hiểu biết về phòng bệnh của bệnh Đái tháo đường	Nam (n=370)		Nữ n=231)		Chung (n=601)	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Dinh dưỡng hợp lý	194	52,4	140	60,6	334	55,6
Luyện tập thể lực	169	45,7	104	45,0	273	45,4
Kiểm tra sức khỏe định kỳ	192	51,9	132	57,1	324	53,9

Nhận xét: Hiểu biết của đối tượng nghiên cứu về phòng bệnh ĐTĐ: dinh dưỡng hợp lý 55,6%; thường xuyên luyện tập thể lực 45,4% và tuân thủ nguyên tắc kiểm tra đường huyết định kỳ 53,9%

IV. BÀN LUẬN

4.1 Thông tin chung

4.1.1. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu thực hiện nghiêm túc, qui trình chọn mẫu và thu thập số liệu đảm bảo tính khách quan và khoa học. Cỡ mẫu được tính toán và đủ đại diện cho huyện Tiên Lữ tỉnh Hưng Yên. Bộ công cụ phỏng vấn đã được chuẩn hóa và thử nghiệm trước khi sử dụng. Các thông tin thu thập của từng đối tượng đều được kiểm tra và điều chỉnh tại chỗ nếu thiếu thông tin hoặc có sự sai sót sẽ được sửa chữa bổ sung.

4.1.2. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu: có 3 xã trong huyện được chọn vào mẫu với 601 hộ gia đình, tỷ lệ bỏ cuộc tương đối thấp, chủ yếu rơi vào hộ gia đình đi làm ăn xa ít về, một số hộ khác do thời gian tiến hành nghiên cứu trùng mùa vụ nên không tham gia được. Sự khác biệt về giới khá cao, với nam chiếm 61,6% và nữ là 38,4%. Về nghề nghiệp nông dân chiếm với 37,4% và ít nhất là công chức/viên chức chiếm 10,3%.

4.1.3 Kiến thức về bệnh Đái tháo đường

- Hiểu biết về triệu chứng nhận biết và mức độ nguy hiểm của bệnh Đái tháo đường: Triệu chứng lâm sàng ở người bệnh ĐTĐ rất da dạng. Các triệu chứng điển hình như ăn nhiều, gầy nhiều, đái nhiều, uống nhiều có thể gặp đầy đủ và không đầy đủ trên một người bệnh, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu cho rằng các dấu hiệu mắc bệnh ĐTĐ còn rất hạn chế: uống nhiều 28,6%, đái nhiều 47,6%, sút cân 34,6%; lâu liền vết thương 6,2% và bệnh ĐTĐ có thể gây nhiều biến chứng chiếm 45,9%. Trong khi đó, theo nghiên cứu của Nguyễn Thu Minh ở người bệnh ĐTĐ type II tại Bệnh viện đa khoa Trung ương Thái Nguyên (2003) 98,6% người bệnh có triệu chứng gầy, sút cân, uống nhiều 87,8%, đái nhiều 83,7%[5].

- Kiến thức về các biến chứng của bệnh Đái tháo đường: Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ ĐTNC biết về các biến chứng của bệnh ĐTĐ chỉ chiếm tỷ lệ rất hạn chế: tăng huyết áp (THA) là 23,8%; biến chứng tim mạch 22,1%; hoại tử chi 21,6% và thấp nhất là biến chứng thận 8,8%. Theo Tạ Văn Bình (2006) 27,6% người bệnh ĐTĐ có THA [2]. Đối với các trường hợp mắc bệnh ĐTĐ, tỷ lệ các biến chứng tăng theo tuổi và tăng theo thời gian mắc bệnh, với thực trạng tỷ lệ hiểu biết về bệnh và các diễn biến của bệnh của người dân còn thấp như vậy dẫn đến nguy cơ bệnh không được chú trọng trong điều trị kiểm soát bệnh tật, điều này phần nào lý giải tỷ lệ chỉ có 65% người bệnh tuân thủ điều trị.

- Kiến thức về yếu tố nguy cơ của bệnh Đái tháo đường: Nhiều nghiên cứu đã chứng minh tiền sử gia đình (quan hệ huyết thống) là một yếu tố nguy cơ thực sự của ĐTĐ. Theo Tạ Văn Bình (2006) nhóm có tiền sử gia đình bị mắc bệnh cao gấp 2,68 lần nhóm người không có tiền sử gia đình [2]. Trong kết quả điều tra nghiên cứu của chúng tôi tại tỉnh Hưng Yên, tỷ lệ ĐTNC nhận định tiền sử gia đình là yếu tố nguy cơ của bệnh ĐTĐ là 25,1%; các yếu tố nguy cơ khác là không đáng kể như tuổi trên 45 tuổi 17,3%; THA

20,0%; rối loạn mỡ máu 18,3%; ít hoạt động thể lực 14,6%; ăn quá nhiều đường 22,5%; tiền sử có ĐTĐ thai kỳ: 2,7%: đối với nguy cơ thừa cân, béo phì có tỷ lệ ĐTNC nhận định cao nhất, nhưng cũng chỉ chiếm 42,4%.

- *Kiến thức về phòng bệnh ĐTĐ:* Hiểu biết về các dấu hiệu nhận biết bệnh và hậu quả nặng nề của bệnh ĐTĐ còn hạn chế, điều này dễ dẫn đến nhận thức của cộng đồng về cách phòng chống cũng sẽ không cao như mong muốn. Hoạt động thể lực có vai trò đặc biệt quan trọng trong bệnh sinh của ĐTĐ. Nhiều nghiên cứu khác nhau trên thế giới, đặc biệt là những nghiên cứu đã cho thấy việc luyện tập thể lực thường xuyên có tác dụng làm giảm nhanh nồng độ đường máu, đồng thời giúp duy trì sự ổn định của lipid máu, huyết áp và giúp cải thiện tâm lý. Sự phối hợp hoạt động thể lực thường xuyên và điều chỉnh chế độ ăn có thể giúp làm giảm 58% tỷ lệ mắc mới ĐTĐ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ĐTNC nhận định phương pháp quan trọng để phòng bệnh ĐTĐ là luyện tập thể dục thể thao thường xuyên chỉ chiếm tỷ lệ 45,4%. Vì vậy, người bệnh cần được tư vấn về chế độ sinh hoạt và hoạt động thể lực phù hợp. Chế độ dinh dưỡng hợp lý cũng có vai trò rất quan trọng trong phòng bệnh ĐTĐ nhưng cũng chỉ có 55,6% ĐTNC biết được điều này và tỷ lệ cho rằng cần phải được kiểm tra đường huyết thường xuyên nhằm phát hiện sớm và kiểm soát đường huyết là 53,9%.

- *Thực hành về phòng bệnh ĐTĐ:* Như phần trên đã phân tích, kiến thức về bệnh và cách phòng bệnh ĐTĐ của người dân còn hạn chế, vậy việc thực hiện hàng ngày trong phòng bệnh của người dân tại cộng đồng như thế nào? Theo một nghiên cứu bệnh ĐTĐ ở các nước khu vực Đông Nam Á, với chế độ ăn giàu Carbohydrates, giàu chất béo, ít hoạt động thể lực là nguyên nhân gây tăng bệnh ĐTĐ. Thực tế kết quả điều tra cho thấy người dân có thói quen thích ăn bánh mỳ các loại trong nghiên cứu của chúng tôi là 98,2%, tỷ lệ này cao cả ở nam và nữ, bên cạnh đó còn xuất hiện thói quen khác như hay ăn đồ chiên/rán, thức ăn nhanh và thực phẩm giàu đạm chiếm tỷ lệ lần lượt là 78,2%; 36,8% và 71,5%. Tất cả các chế độ dinh dưỡng trên đều là yếu tố nguy cơ của bệnh ĐTĐ. Tuy nhiên, yếu tố giúp người dân phát hiện sớm, phòng bệnh lại được thực hành không cao đó là kiểm tra đường huyết chỉ chiếm đến 17,3% và hoạt động thể lực thường xuyên là 41,2% với thời gian trung bình là 52,19 phút/ngày. So với kết quả điều tra toàn quốc năm 2015 thời gian trung bình hoạt động thể lực là 87,9 phút/ngày (15-347,1 phút/ngày).

V. KẾT LUẬN

Hiểu biết về triệu chứng nhận biết, mức độ nguy hiểm của bệnh ĐTĐ, các yếu tố nguy cơ mắc bệnh ĐTĐ, cũng như cách phòng bệnh còn hạn chế. Điều này dẫn đến thực hành phòng bệnh ĐTĐ của người dân chiếm tỷ lệ không cao. Tỷ lệ người thực hiện luyện tập thể lực thường xuyên chỉ có 41,2%; thường xuyên kiểm tra đường huyết rất thấp (17,3%). Hành vi nguy cơ chiếm tỷ lệ cao: thích sử dụng thực phẩm nhiều chất béo và đường.

KHUYẾN NGHỊ

- Tư vấn, điều trị ngoại trú tốt để bệnh nhân tuân thủ đúng chế độ điều trị ngoại trú

- Tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có nghề nghiệp làm ruộng tương đối cao, vì vậy cần phải tăng cường truyền thông giáo dục kiến thức chung về bệnh ĐTĐ cho đối tượng này trong cộng đồng nhằm phát hiện sớm, điều trị kịp thời và hạn chế biến chứng của bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Trung Vinh** (2006), *"Kháng insulin và chức năng tiết của tế bào bêta ở bệnh nhân Đái tháo đường týp 2 tuổi trên 60"*, Tạp chí y học thực hành, số 616 – 617, tr. 252.
2. **Tạ Văn Bình** (2006), *Dịch tễ học bệnh Đái tháo đường ở Việt Nam - Các phương pháp điều trị và biện pháp phòng chống*, Nhà xuất bản Y học, HN.
3. **Đào Thị Dừa, Nguyễn Hải Thuỷ** (2008), "Nghiên cứu chất lượng sống bệnh nhân Đái tháo đường", Tạp chí Y học thực hành, (616 + 617), tr. 349-357.
4. **Hoàng Thị Đợi, Nguyễn Kim Lương** (2007), *"Nghiên cứu thực trạng bệnh Đái tháo đường týp 2 đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên"*, Hội nghị khoa học toàn quốc chuyên ngành nội tiết và chuyển hoá lần thứ 3, tr. 900-911.
5. **Nguyễn Thu Minh, Vũ Kim Hải, Nguyễn Kim Lương** (2003), *"Nghiên cứu một số biến chứng mạn tính thường gặp ở bệnh nhân Đái tháo đường týp 2 tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên"*, Hội nghị khoa học toàn quốc lần thứ II, tr. 73-79.
6. **Lý Thị Thơ** (2005), *Nghiên cứu thực trạng bệnh Đái tháo đường tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tuyên Quang*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y khoa Thái Nguyên
7. **Trương Văn Sáu** (2007), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan trên bệnh nhân Đái tháo đường týp 2 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang*, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y khoa Thái Nguyên.

8. **Phạm Thị Lan** (2009), *Đánh giá tổn thương thận ở bệnh nhân Đái tháo đường týp 2 điều trị tại khoa nội tiết Bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên, Khoá luận tốt nghiệp Bác sỹ đa khoa*, Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên.

HÌNH ẢNH X-QUANG XƯƠNG CÁC BỆNH NHÂN XƯƠNG THỦY TINH ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 7A (2012 - 2016)

Trần Quốc Doanh*, Phạm Đăng Ninh, Lương Đình Lâm*****

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đặc điểm Xquang ở các bệnh nhân (BN) xương thủy tinh. **Đối tượng và phương pháp**: nghiên cứu mô tả hình ảnh X quang 42 bệnh nhân xương thủy tinh. **Kết quả**: Tuổi từ 2- 30 tuổi (trung bình 11,57±6,29 tuổi) được chẩn đoán bệnh xương thủy tinh và chỉ gặp type I và type III. Các xương chi trên và chi dưới gặp nhiều biến dạng cong thể hiện trên hình ảnh Xquang tương đồng với đánh giá hình thái biến đổi các chi trên lâm sàng. Vỏ xương mỏng xương chi trên (26,2% - 28,6%) và chi dưới (71,4% - 90,05%). Hình ảnh "vôi hóa" (bỏng ngô) và có vân đậm ở hành xương chủ yếu gặp ở hành xương của xương đùi. Trên hình ảnh Xquang cột sống cho thấy vẹo cột sống là chủ yếu, có 16/42 (38,1%). **Kết luận:** Bệnh lý xương thủy tinh gây ra những biến đổi rõ rệt hình ảnh Xquang ở xương sọ và các thân xương dài.

Từ khóa: Bệnh xương thủy tinh, hình ảnh Xquang

SUMMARY

XRAY IMAGES OF BONE IN OSTEOGENESIS IMPERFECTA PATIENTS TREATED AT 7A MILITARY HOSPITAL (2012 - 2016)

Objectives: Features Xray images in Osteogensis Imperfecta(OI) patients. **Subjects and Methods:** Study describing radiographic images of 42 OI patients. **Results:** Age 2 - 30 years (mean 11.57 ± 6.29 years) were diagnosed with OI and only type I and type III. The upper and lower limbs meet many curved deformities manifested on xray images similar to change the clinical morphological. Transform thin cortical bone the upper limb bones (26.2% - 28.6%) and lower limbs (71.4% - 90.05%) occupied. The image of "Popcorn" calcifications and dense metaphyseal lines is mainly found on the bones of the femur. On the X-ray of the spine, scoliosis is the principal, with 16/42 (38.1%). **Conclusions:** OI cause results in marked changes in the Xray image of the skull and shaft long bones.

Keywords: Osteogenesis imperfecta, Xray images.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Xương thuỷ tinh (Osteogenesis Imperfecta) là một rối loạn tổng hợp Collagen typ I bẩm sinh của xương, làm xương trở nên giòn hoặc mềm và dễ gãy. Do đó xương thường có biến dạng cong vẹo, giảm khối lượng xương và có những bất thường các mô liên kết. Chính những tính chất trên dẫn đến những biến đổi lớn về giải phẫu và hình ảnh X quang ở tất cả các xương trên cơ thể người bệnh. Cùng với những rối loạn phát triển của xương thì bệnh nhân xương thủy tinh cũng có những đặc điểm lâm sàng đặc trưng. Việc nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và hình ảnh Xquang của các xương ở bệnh nhân mắc bệnh xương thủy tinh đã được một số tác giả thực hiện và đã góp phần phục vụ tốt cho mục đích chẩn đoán và điều trị ngoại khoa đối với bệnh lý xương thủy tinh. Tại Việt nam cho đến thời điểm hiện nay, các nghiên cứu này còn rất hạn chế về só lượng và chưa thực hiện nghiên cứu một cách hệ thống.

Những năm gần đây nhóm nghiên cứu đã bước đầu thực hiện nghiên cứu tổng kết 42 bệnh nhân mắc bệnh xương thủy tinh được khám và điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Quân Y 7A. Trong nghiên cứu này, chúng tôi báo cáo kết quả nghiên cứu của mình về một số đặc điểm lâm sàng và hình ảnh Xquang các xương ở bệnh nhân xương thủy tinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 42 BN bị bệnh xương thủy tinh được điều trị tại Bệnh viện Quân Y 7A – Quân Khu 7, trong thời gian từ tháng 01/2012 đến tháng 12/2016.

Tiêu chuẩn lựa chọn.

- BN chẩn đoán mắc bệnh xương thủy tinh theo tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng được Neish A.S, Winalski (1995) [1]; tiêu chuẩn chẩn đoán Xquang theo Pattekar MA và cs (2003)[1] và theo phân loại của Sillence (1979) [2].
- Bệnh nhân và gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu; Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân có đầy đủ các chỉ tiêu nghiên cứu.
- Các bệnh lý được chẩn đoán phân biệt với bệnh xương thủy tinh

2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, đánh giá đặc điểm Xquang xương của bệnh nhân nghiên cứu.
- Thu thập số liệu:

+ Phân tích phim chụp X quang quy ước các xương bao gồm: xương sọ, xương cột sống, xương đùi, xương cẳng chân, xương cánh tay, xương cẳng tay.

**Bệnh Viện 7B, Quân khu 7*
*** Bệnh viện Quân y 103,*
**** Bệnh viện Chợ Rẫy*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Quốc Doanh
Email: drtranquocdoanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 16/10/2018
Ngày phản biện khoa học: 6/11/2018
Ngày duyệt bài: 28/11/2018

- Quản lý và phân tích số liệu: Số liệu thu thập thống nhất theo bệnh án nghiên cứu. Nhập và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0 với các thuật toán thống kê thích hợp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố bệnh theo tuổi và giới (n=42)

Giới	Tuổi				
	Số BN	**Trung bình**	**Độ lệch chuẩn**	**Nhỏ nhất**	**Lớn nhất**
Nam	24	12,50	6,29	2,0	30,0
Nữ	18	10,33	5,75	2,0	23,0
Tổng	**42**	**11,57**	**6,09**	**2,0**	**30,0**

Nhận xét: Bệnh nhân nghiên cứu có tuổi trẻ, tuổi trung bình là 11,57±6.29 trong đó bệnh nhân lớn tuổi nhất là 30 tuổi, nhỏ nhất là 2 tuổi. Số bệnh nhân nam nhiều hơn số bệnh nhân nữ.

Bảng 2. Phân loại bệnh theo bảng phân loại của Sillence (n=42)

Giới	Type			
	I		**III**	
	Số BN	**Tỷ lệ(%)**	**Số BN**	**Tỷ lệ(%)**
Nam	20	83.3%	4	16.7%
Nữ	17	94.4%	1	5.6%
Tổng	**37**	88,1%	**5**	11,9%

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu chỉ gặp type I và type III theo phân loại của Sillence. Số BN type I nhiều gấp 7 lần số bệnh nhân type III. Trong nghiên cứu này không gặp type II và type IV.

Bảng 3. Kết quả chụp Xquang sọ não và xương cột sống (n=42)

Vị trí	Kết quả	n	Tỷ lệ(%)
Xương sọ	Bình thường	35	83,33
	Nhiều xương thóp	7	16,67
Cột sống	Bình thường	25	59,5
	Lún đốt sống	0	0,0
	Xẹp đốt sống	1	2,4
	Gù cột sống	0	0,0
	Vẹo cột sống	16	38,1
	Xương trong xương	0	0,0

Nhận xét: Có 7/42(16,67%) bệnh nhân có hình ảnh nhiều xương thóp sọ. 35/42 (83,33%) bệnh nhân có hình ảnh xương hộp sọ bình thường.

Trên hình ảnh Xquang cột sống cho thấy vẹo cột sống là chủ yếu, có 16/42 bệnh nhân (38,1%), một trường hợp vẹo cột sống thắt lưng không tương đồng với lâm sàng, 1 trường hợp xẹp đốt sống thắt lưng.

Bảng 4. Kết quả khảo sát trên phim Xquang xương dài chi trên (n= 42)

Vị trí	Kết quả	Số BN	Tỷ lệ (%)
Xương cánh tay P	Bình thường	34	81,0
	Cong xương	**8**	**19,0**
	Vỏ xương mỏng	**11**	**26,2**
Xương cánh tay T	Bình thường	34	81,0
	Cong xương	**8**	**19,0**
	Vỏ xương mỏng	**11**	**26,2**
Xương quay P	Bình thường	33	78,6
	Cong xương	**9**	**21,4**
	Vỏ xương mỏng	**12**	**28,6**
Xương quay T	Bình thường	33	78,6
	Cong xương	**9**	**21,4**
	Vỏ xương mỏng	**12**	**28,6**
Xương trụ P	Bình thường	33	78,6
	Cong xương	**9**	**21,4**
	Vỏ xương mỏng	**10**	**23,8**
Xương trụ T	Bình thường	33	78,6
	Cong xương	**9**	**21,4**
	Vỏ xương mỏng	**11**	**26,2**

Nhận xét: Các xương chi trên đều có biến dạng cong thể hiện trên hình ảnh Xquang tương đồng với đánh giá hình thái biến đổi các chi trên lâm sàng. Vỏ xương mỏng cũng gặp hầu hết ở các xương chi trên trên hình ảnh Xquang và tương đồng với các vị trí xương cong chiếm tỷ lệ 26,2% - 28,6%.

Bảng 5. Kết quả khảo sát trên phim Xquang xương đùi và xương chầy

Vị trí	Kết quả	n=42	Tỷ lệ (%)
Xương đùi P	Bình thường	11	26,2
	Cong xương	30	71,4
	Gãy xương	2	4,8
	Vỏ xương mỏng	36	85,7
	Vôi hóa hình bỏng ngô	4	9,5
	Vân đậm hành xương	4	9,5
Xương đùi T	Bình thường	5	11,9
	Cong xương	35	83,3
	Gãy xương	5	11,9
	Vỏ xương mỏng	38	**90,5**
	Vôi hóa hình bỏng ngô	4	9,5
	Vân đậm hành xương	4	9,5
Xương chầy P	Bình thường	14	33,3
	Cong xương	27	64,3
	Gãy xương	1	2,4
	Vỏ xương mỏng	31	73,8
	Vân đậm hành xương	1	2,4
Xương chầy T	Bình thường	16	38,1
	Cong xương	26	61,9
	Gãy xương	1	2,4
	Vỏ xương mỏng	30	**71,4**
	Vân đậm hành xương	1	2,4

Nhận xét: Trên phim chụp Xquang các xương chi dưới đều có biến dạng cong phù hợp với sự thay đổi trên lâm sàng. Kết quả trên Xquang còn giúp xác định tình trạng gãy xương. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 7 trường hợp gãy xương mới trong đó 5 trường hợp gãy thân

xương đùi, 2 trường hợp gãy thân xương chầy. Trên phim chụp Xquang các xương dài đều thấy vỏ xương mỏng, gặp hầu hết ở thân xương và tương ứng với các vị trí xương bị cong (chiếm từ 71,4% - 90,05%). Hình ảnh "vôi hóa" (bỏng ngô) và có vân đậm ở hành xương chủ yếu gặp ở hành xương của xương đùi.

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu từ tháng 01/2012 đến tháng 12/2016 trong 42 trường hợp bệnh nhân xương thủy tinh nhập viện khám và điều trị; trong đó thấp nhất là 2 tuổi và cao nhất là 30 tuổi. Bao gồm 24 nam (48,48%) và 18 nữ (52,52%). Tuổi trung bình 11,57±6,29.

Phân nhóm type theo Sillence, cả 42 bệnh nhân chỉ thuộc type I và type III, này không gặp type II và type IV. Số bệnh nhân type I nhiều gấp 7,4 lần số bệnh nhân type III.

Xương trong bệnh xương thủy tinh có những đặc điểm là: xương mềm dễ bị uốn cong, dẻo hoặc xương giòn dễ gãy, vỏ xương mỏng, khối lượng xương thấp, loãng xương [2]. Do đó, biến dạng của xương trong bệnh Xương thủy tinh biểu hiện đa dạng cả trên lâm sàng và đặc biệt là trên hình ảnh Xquang.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, Có 7/42 (16,67%) bệnh nhân có hình ảnh nhiều xương thóp sọ, 35/42 (83,33%) bênh nhân có hình ảnh xương hộp sọ bình thường. Các xương chi trên và chi dưới đều có biến dạng cong thể hiện trên hình ảnh Xquang tương đồng với đánh giá hình thái biến đổi các chi trên lâm sàng. Kết quả trên Xquang còn giúp xác định tình trạng gãy xương. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 7 trường hợp gãy xương mới trong đó 5 trường hợp gãy thân xương đùi, 2 trường hợp gãy thân xương chầy.

Vỏ xương mỏng trên hình ảnh Xquang cũng gặp hầu hết ở thân xương và tương ứng với các vị trí xương bị cong ở xương chi trên chiếm tỷ lệ 26,2%-28,6%. và chi dưới chiếm từ 71,4%-90,05%. Hình ảnh "vôi hóa" (bỏng ngô) và có vân đậm ở hành xương chủ yếu gặp ở hành xương của xương đùi. Trên hình ảnh Xquang cột sống cho thấy vẹo cột sống là chủ yếu, có 16/42 bệnh nhân (38,1%), một trường hợp vẹo cột sống thắt lưng không tương đồng với lâm sàng, 1 trường hợp xẹp đốt sống thắt lưng.

Chúng tôi không gặp đầy đủ các hình ảnh tổn thương trên Xquang giống như y văn mô tả bởi vì chúng tôi chủ yếu nghiên cứu trên các bệnh nhân týp I và týp III.

Kết quả khảo sát trên Xquang xương sọ, xương mác, đa số các bệnh nhân có hình ảnh xương hộp sọ bình thường chiếm 83,33%; chỉ có 16,67% bệnh nhân có hình ảnh nhiều xương thóp sọ. Kết quả này có thấp hơn đặc điểm lâm sàng của bệnh theo y văn; xương thóp sọ (wormian bones) có vài xương hoặc nhiều xương thóp sọ (sự hiện diện của 10 hoặc nhiều xương thóp sọ [3] mà nó có hình ảnh giống như "khảm trai" (mosaic) hay "lát đá"(paving) trên vòm sọ[6]. Xuất hiện ở hộp sọ khoảng 60% trường hợp [5]. Biến dạng ở xương mác gặp phổ biến hơn; hình ảnh cong xương mác hai bên tương đối đồng đều nhau, trong đó cong xương mác phải có 27/42 bệnh nhân (64,29%), mác trái 28/42 bệnh nhân (66,67%).

Biến đổi trên hình ảnh Xquang của xương dài tương đồng với khám trên lâm sàng, tỷ lệ biến dạng xương gặp ở chi dưới nhiều hơn chi trên; các xương chi trên đều có biến dạng cong thể hiện trên hình ảnh Xquang tương đồng với đánh giá hình thái biến đổi các chi trên lâm sàng chiếm tỷ lệ từ 19% đến 21,4%. Vỏ xương mỏng cũng gặp hầu hết ở các xương chi trên trên hình ảnh Xquang và tương đồng với các vị trí xương cong chiếm tỷ lệ 26,2% - 28,6%.

Trên phim chụp Xquang các xương chi dưới cũng đều có biến dạng cong phù hợp với sự thay đổi trên lâm sàng. Kết quả trên Xquang còn giúp xác định tình trạng gãy xương. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 7 trường hợp gãy xương mới trong đó 5 trường hợp gãy thân xương đùi, 2 trường hợp gãy thân xương chầy. Trên phim chụp Xquang các xương dài đều thấy vỏ xương mỏng, gặp hầu hết ở thân xương và tương ứng với các vị trí xương bị cong (71,4% - 90,05%). Hình ảnh "vôi hóa" (bỏng ngô) và có vân đậm ở hành xương chủ yếu gặp ở hành xương của xương đùi.

Trên hình ảnh Xquang cột sống cho thấy vẹo cột sống là chủ yếu, có 16/42 bệnh nhân (38,1%), 1 trường hợp xẹp đốt sống thắt lưng chiếm 2,4 %. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Kirpalani: có đến 25% bệnh nhân với bệnh Xương thủy tinh có vẹo cột sống và hầu hết bệnh nhân bị vẹo cột sống có hình chữ S [4]. Xẹp đốt sống (platyspondyly) nặng với gãy xương nén cột sống và xương sống hình con cá thu ("codfish vertebrae") thì phổ biến ở týp III hơn trong các týp khác của bệnh Xương thủy tinh [4].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng Xquang trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Chúng tôi nhận thấy đây là một bệnh lý có biểu hiện lâm sàng khá đa dạng do sự biến đổi hình thái về cấu trúc khung xương. Nghiên cứu trên

42 bệnh nhân cho thấy hình ảnh XQ thường gặp là nhiều xương thóp, vẹo cột sống, những thay đổi trên xương dài như cong xương, mỏng vỏ xương, gãy xương cũ trên xương chi dưới, xương chi trên chủ yếu bình thường, gặp biến dạng cong và vỏ xương mỏng có tỷ lệ thấp hơn xương chi dưới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Thị Hồng Châu,** *Xác định đột biến gen Col1a1, col1a2 gây bệnh xương bất toàn(osteogenesis imperfecta)*, Luận văn tiến sỹ y khoa, Hóa sinh, Đại học y Hà Nôi, Hà Nội,2015.
2. **Sillence D. O.**, Senn A. and Danks D. M., "Genetic heterogeneity in osteogenesis imperfecta", *J Med Genet*,1979. 16(2), pp. 101-16.
3. **Semler, O., et al.,** *Wormian bones in osteogenesis imperfecta: Correlation to clinical findings and genotype.* Am J Med Genet A, 2010. 152A(7): p. 1681-7.
4. **Anish Kirpalani**, Paul S Babyn, and Bernard D Coombs. *Imaging in Osteogenesis Imperfecta*. 2013 30/11/2015 [cited 2013; Available from: http://emedicine.medscape.com/article/411919-overview#showall.
5. **Eric T Rush.** *Genetics of Osteogenesis Imperfecta* 2014 Oct 03, 2014 [cited 2014; Available from: http://emedicine.medscape.com/article/947588-overview#showall.
6. **Renaud, A., et al.,** *Radiographic features of osteogenesis imperfecta.* Insights Imaging, 2013. **4**(4): p. 417-29.

TÌNH HÌNH ĐỀ KHÁNG VỚI KHÁNG SINH CỦA BỆNH NHÂN THỦY ĐẬU NHẬP VIỆN SAU 72h TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU CẦN THƠ NĂM 2017

Huỳnh Bạch Cúc*, Trần Gia Hưng, Huỳnh Văn Bá****

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ vi khuẩn bội nhiễm của bệnh nhân thủy đậu nhập viện sau 72h tại BVDL Cần Thơ. Xác định tỉ lệ đề kháng với kháng sinh của các vi khuẩn gây bội nhiễm của bệnh nhân thủy đậu nhập viện sau 72h tại BVDL Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp**: 50 trường hợp thủy đậu nhập viện sau 72h tại BVDL Cần Thơ năm 2017. Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích. **Kết quả**: Tỉ lệ các vi khuẩn gây bội nhiễm là 34%. Trong đó, tỉ lệ vi khuẩn chiếm cao nhất là *Staphylococcus spp và Staphylococcus aureus* (41,2%). Tỉ lệ đề kháng chung với kháng sinh: các kháng sinh có tỉ lệ nhạy chiếm ưu thế: Ciprofloxacin (70,6%), Vancomycin (71,4%). Tỉ lệ vi khuẩn đề kháng với kháng sinh chiếm ưu thế: Amoxicillin/clavulanic (94,1%), Trimethoprim/ sulfamethaxazol (76,5%), aztreonam (70,6%), cefotaxim (70,6%). Tỉ lệ đề kháng với kháng sinh của *Staphylococcus aureus.* Tỉ lệ vi khuẩn nhạy với các kháng sinh chiếm ưu thế: Levofloxacin (85,7%), Vancomycin (85,7%), Ciprofloxacin (71,4%).Tỉ lệ vi khuẩn đề kháng với kháng sinh chiếm ưu thế: Cefotaxim (100%), Trimethoprim/sulfamethaxazol (100%), Amoxcillin/ Clavulanic (100%), Ciprofloxacin (85,7%). **Kết luận:** Sử dụng kháng sinh chống bội nhiễm nhằm hạn chế kéo dài thời gian điều trị tại Bệnh viện. Chú ý đến những kháng sinh có tỉ lệ nhạy cao (Ciprofloxacin, Vancomycin, Levofloxacin, Vancomycin). Hạn chế một số kháng sinh có tỉ lệ đề kháng mang tính phổ biến (Trimethoprim/ sulfamethaxazol, cefotaxim).

Từ khóa: Bệnh thủy đậu, bội nhiễm.

SUMMARY

THE SITUATION OF INFECTION AND RESISTANCE TO ANTIBIOTICS OF BACTERIAL SUPERINFECTION IN HOSPITALIZED VARICELLA PATIENTS AFTER 72 HOURS AT CANTHO HOSPITAL OF DERMATO-VENEREOLOGY IN 2017

Objective: Identify the rate of bacterial superinfection in hospitalized varicella patients after 72 hours treated in Can Tho Hospital of Derma-venereology. Identify the invitro resistance rate to antibiotics of bacteria causing superinfection in hospitalized varicella patients after 72 hours treated in Can Tho Hospital of Derma-venereology. **Subjects and Method:** 50 hospitalized varicella inpatients after 72 hours treated in Can Tho Hospital of Dermato-venereology in 2017. Descriptive cross-sectional with analysis. **Result**: The rate of bacterial superinfection was 34%. In particular, the proportion accounting for the highest was *Staphylococcus aureus* (41,2%). The general resistance rate to antibiotics. Antibiotics with predominant. sensitivity rate: Ciprofloxacin (70,6%), Vancomycin (71,4%). Antibiotics with predominant resistance rate: Amoxicillin/clavulanic (94,1%), Trimethoprim/ sulfamethaxazol (76,5%), cefotaxim (70,6%). The resistance rate to antibiotics of *Staphylococcus aureus.* Antibiotics with predominant sensitivity rate: Levofloxacin (85,7%), Vancomycin (85,7%), Ciprofloxacin (71,4%). Antibiotics with predominant resistance rate: Cefotaxim (100%), Trimethoprim/ sulfamethaxazol (100%), Amoxcillin/Clavulanic (100%), Ciprofloxacin (85,7%). **Conclusion**: Using of antibiotics against

**TT sức khỏe lao động và môi trường Cần Thơ*
***Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*
Chịu trách nhiệm chính:
Email: bs.ba_fob@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 10.10.2018
Ngày phản biện khoa học: 5.11.2018
Ngày duyệt bài: 20.11.2018

superinfection to limit prolonged treatment in hospital. Paying attention to these antibiotics that had high sensitivity rate (Ciprofloxacin, Vancomycin, Levofloxacin, Vancomycin) and limiting some antibiotics that had common resistance rate (Trimethoprim/ sulfamethaxazol, cefotaxim).

Key words: Varicella, superinfection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thủy đậu là một bệnh rất hay lây, có khả năng gây thành dịch, do một loại siêu vi trùng gây ra, có tên gọi là Varicella-Zoster Virus. Bệnh có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi. Các tổn thương thủy đậu, khi xuất hiện tình trạng bội nhiễm, là yếu tố nguy cơ có thể dẫn đến sẹo sau thủy đậu, gây nên nhiều phiền toái về mặt thẩm mỹ.

Trong thực tế lâm sàng, khi bệnh nhân được nhập viện sớm, thực hiện ngay từ đầu các thuốc điều trị, tỏ ra hữu ích trong việc hạn chế các biến chứng có thể xảy ra, nhất là tình trạng bội nhiễm trên các tổn thương. Tình trang bội nhiễm có thể gây nên nhiều bất lợi, nhất là có xảy ra tình trạng kháng thuốc của vi khuẩn. Đó chính là lý do để tiến hành đề tài nghiên cứu: "Tình hình đề kháng với kháng sinh của bệnh nhân thủy đậu nhập viện sau 72h tại Bệnh Viện Da Liễu (BVDL) Cần Thơ 2017" với hai mục tiêu:

- Xác định tỉ lệ vi khuẩn bội nhiễm của bệnh nhân thủy đậu nhập viện sau 72h tại BVDL Cần Thơ.

- Xác địnhtỉ lệ đề kháng với kháng sinh của các vi khuẩn gây bội nhiễm của bệnh nhân thủy đậu nhập viện sau 72h tại BVDL Cần Thơ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Những bệnh nhân thủyđậu nhập viện sau 72h tại khoa nội trú BVDL Cần Thơ năm 2017 đạt tiêu chuẩn chọn mẫu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: *Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích*

2.2.2. Cỡ mẫu: n = 50

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỉ lệ các vi khuẩn gây bội nhiễm

Bảng 3.1: Tỉ lệ bội nhiễm (n=50)

Tỉ lệ bội nhiêm	n	%
Có	17	34
Không	33	66
Tổng	50	100

Nhận xét: Tỉ lệ bệnh nhân thủy đậu có bội nhiễm vi khuẩn là 34%.

Bảng 3.2: Tỉ lệ vi khuẩn gây bội nhiễm (n=17)

Tỉ lệ vi khuẩn gây bội nhiễm	n	%
Staphylococcus aureus	7	41,2
Klebciella Spp	3	17,6
Staphylococcus spp	7	41,2
Streptococcus spp	0	0
Enterobacter spp	0	0
Escherichia coli	0	0
Enterococci	0	0

Nhận xét: *Staphylococcus spp* và *Staphylococcus aureus* là vi khuẩn gây bội nhiễm chủ yếu (41,2%).

3.2. Tỉ lệ đề kháng với kháng sinh của các vi khuẩn gây bội nhiễm

Bảng 3.3: Tỉ lệ đề kháng chung với kháng sinh của vi khuẩn

Kháng sinh	Nhạy		Kháng	
	n	%	n	%
Ampicillin	11	64,7	6	35,3
Amoxcillin/Clavulanic	1	5,9	16	94,1
Aztreonam	5	29,4	12	70,6
Cefotaxim	5	29,4	12	70,6
Ciprofloxacin	12	70,6	5	29,4
Clindamycin	7	50,0	7	50,0
Colistin	2	66,7	1	33,3
Gentamycin	8	47,1	9	52,9
Linezolid	11	68,8	5	31,3
Trime/Sulfa	4	23,5	13	76,5
Vancomycin	10	71,4	4	28,6

Nhận xét: Tỉ lệ vi khuẩn nhạy với các kháng sinh chiếm ưu thế: Ciprofloxacin (70,6%), Vancomycin (71,4%). Tỉ lệ vi khuẩn đề kháng với kháng sinh chiếm ưu thế: amoxicillin/clavulanic (94,1%), Trimethoprim/ sulfamethaxazol (76,5%), cefotaxim (70,6%).

Bảng 3.4: Tình trạng kháng KS của Staphylococcus aureus

Kháng sinh	Nhạy		Kháng	
	n	%	n	%
Ampicillin/Sulbactam	6	85,7	1	14,3
Amoxcillin/Clavulanic	0	0	7	100
Aztreonam	1	14,3	6	85,7
Cefotaxim	0	0	7	100
Ceftazidim	1	14,3	6	85,7
Ciprofloxacin	5	71,4	2	28,6
Gentamycin	3	42,9	4	57,1
Levofloxacin	6	85,7	1	14,3
Linezolid	6	85,7	1	14,3
Trime/Sulfa	0	0	7	100
Vancomycin	6	85,7	1	14,3

Nhận xét: Tỉ lệ vi khuẩn nhạy với các kháng sinh chiếm ưu thế: Levofloxacin (85,7%), Vancomycin (85,7%), Linezolid (85,7%), Ciprofloxacin (71,4%).Tỉ lệ vi khuẩn đề kháng với kháng sinh chiếm ưu thế: Cefotaxim (100%), Trimethoprim/ sulfamethaxazol (100%).

Bảng 3.5: Tỉ lệ kháng thuốc của vi khuẩn với số loại kháng sinh

Số loại kháng sinh	n	%
1 loại kháng sinh	1	5,9

2 loại kháng sinh	0	0
≥ 3 loại kháng sinh	16	94,1
Tổng	17	100

Nhận xét: Đa số vi khuẩn kháng ≥ 3 loại kháng sinh, chiếm tỷ lệ 94,1%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỉ lệ vi khuẩn bội nhiễm: Kết quả nghiên cứu đã cho thấy tỷ lệ bệnh nhân thủy đậu có bội nhiễm vi khuẩn là 17/50 (34%). Trong đó, *Staphylococcus spp và Staphylococcus aureus* là vi khuẩn gây bội nhiễm chủ yếu (41,2%). Tương tự với một số ghi nhận của các nghiên cứu trước đây: Nghiên cứu của Trần Văn Tiến tại BVDLTW (2013): đặc điểm lâm sàng của thủy đậu bội nhiễm là mụn nước lõm giữa và mụn mủ (100%),[2]. Nghiên cứu tình hình của bệnh thủy đậu ở Madrid từ 1997-2004: tỉ lệ biến chứng 3,7%, chủ yếu là bội nhiễm da (68,6%) [4].

Đặc biệt, kết quả trong nghiên cứu này tương tự với kết quả nhiên cứu trên 55 trường hợp thủy đậu điều trị nội trú tại BVDL cần Thơ từ 5/2014 – 10/2014: tỉ lệ thủy đậu có bội nhiễm 33/55 (60%). Trong đó, *Staphylococcus aureus* (34,5%), chiếm tỉ lệ cao nhất. Trong nghiên cứu này, tỉ lệ bội nhiễm 34%, chiếm tỉ lệ tương đồng so với một số nghiên cứu khác. Có lẽ ngoài các yếu tố trên, thói quen trong chăm sóc da tại chỗ chưa đúng qui cách, hay thời gian đến bệnh viện để được điều trị còn chậm trễ (sau 72h), có thể đóng vai trò thúc đẩy cho sự hình thành bội nhiễm.

Nghiên cứu của F Seward: yếu tố nguy cơ phơi nhiễm của bệnh là sống trong khu vực đông dân cư và nhà trẻ, trung tâm chăm sóc ban ngày, trường học [3]. Nghiên cứu của Jane F Seward and Mona Marin (2014): lứa tuổi 20-29 chiếm tỷ lệ cao nhất, kế đến là 30-39 [3]. Các nghiên cứu tại Việt Nam cũng có điểm tương đồng về thời gian mắc bệnh thường vào mùa đông và xuân (ở miền Bắc), độ tuổi mắc bệnh là trẻ <10 tuổi chiếm tỷ lệ cao[1]. Nghiên cứu của Quách Thị Hà Giang (2011): tỉ lệ mắc bệnh cao hơn ở thành thị so với nông thôn, miền núi [1]. Điều này phù hợp với các nghiên cứu ngoài nước và đặc điểm dịch tễ học của bệnh.

4.2. Tỉ lệ đề kháng với kháng sinh của các vi khuẩn gây bội nhiễm

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ vi khuẩn nhạy với các kháng sinh chiếm ưu thế: Ciprofloxacin (70,6%), Vancomycin (71,4%), Linezolid (68,8%), Colistin (66,7%). Tỉ lệ vi khuẩn đề kháng với kháng sinh chiếm ưu thế: amoxicillin/clavulanic (94,1%), Trimethoprim/ sulfamethaxazol (76,5%), cefotaxim (70,6%), gentamycin (52,9%), clindamycin (50%). Riêng đối với tỉ lệ bội nhiễm do Staphylococcus aureus,các kháng sinh có tỉ lệ nhạy chiếm ưu thế: Ciprofloxacin (74,12%), Levofloxacin (85,7%), Vancomycin (85,7%). Ngược lại, tỉ lệ đề kháng với kháng sinh của Staphyloccus aureus lần lượt được ghi nhận: amoxicillin/ clavulanic (100%), cefotaxim (100%), trimethoprim - sulfamethaxazol (100%), ceftazidim (85,7%), aztronam (85,7%), gentamycin (57,1%), Ciprofloxacin (28,6%). Đa số vi khuẩn kháng ≥ 3 loại kháng sinh, chiếm tỷ lệ 94,1%.

So sánh với một số nghiên cứu trên thế giới: Martins A, Cunha Mde L(2007): sự nhiễm trùng đối với *Staphylococcus* có một vai trò quan trọng trong các bệnh lý nhiễm khuẩn ngoài da. Oxacillin là một trong những thuốc chính trong điều trị những nhiễm trùng do staphylococcal. Tuy nhiên một số lượng lớn *S. aureus* được phân lập đã xuất hiện tình trạng đề kháng với thuốc này.

Đặc biệt các kết quả trong nghiên cứu này tương tự với kết quả nhiên cứu trên 55 trường hợp thủy đậu điều trị nội trú tại BVDL cần Thơ từ 5/2014 – 10/2014.

V. KẾT LUẬN

-Tỉ lệ và một số yếu tố liên quan đến vi khuẩn bội nhiễm trên bệnh nhân thủy đậu nhập viện sau 72h: Tỷ lệ bệnh nhân thủy đậu có bội nhiễm vi khuẩn là 34%. Trong đó, *Staphylococcus spp và Staphylococcus aureus* là vi khuẩn gây bội nhiễm chủ yếu (41,2%).

-Tỉ lệ đề kháng *invitro* với kháng sinh của các vi khuẩn gây bội nhiễm trên bệnh nhân thủy đậu nhập viện sau 72h.

Tỉ lệ đề kháng chung với kháng sinh: tỉ lệ vi khuẩn nhạy với các kháng sinh chiếm ưu thế: Ciprofloxacin (70,6%), Vancomycin (71,4%), Linezolid (68,8%), Colistin (66,7%).Tỉ lệ vi khuẩn đề kháng với kháng sinh chiếm ưu thế: Amoxicillin/clavulanic (94,1%), Trimethoprim/ sulfamethaxazol (76,5%), cefotaxim (70,6%).

Tỉ lệ đề kháng với kháng sinh của Staphylococcus aureus: tỉ lệ vi khuẩn nhạy với các kháng sinh chiếm ưu thế: Levofloxacin (85,7%), Vancomycin (85,7%). Tỉ lệ vi khuẩn đề kháng với kháng sinh chiếm ưu thế: Cefotaxim (100%), Trimethoprim/ sulfamethaxazol (100%), Amoxcillin/ Clavulanic (100%), Ciprofloxacin (85,7%). Đa số vi khuẩn kháng ≥ 3 loại kháng sinh, chiếm tỷ lệ 94,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Quách Thị Hà Giang (2011),** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả điều trị

bệnh thủy đậu bằng uống acyclovir, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Trần Văn Tiến (2013),** "Nghiên cứu tình hình và đặc điểm lâm sàng của bệnh thủy đậu tại BV Da Liễu Trung Ương", *Tạp chí Y học Việt Nam tháng 5/2013*, Tập 406, (Số 2), trang 4-8.
3. **Jane F Seward and Mona Marin (2014),** *Varicella disease burden and varicella vaccins*, WHO SAGE Meeting.
4. **Napoleon Prerez- Facino et al (2007).** Varicella and herpes zoster in Madrid, based on the sentinel General Practioner network:1997-2004, BMC infectious diseases, 7 p59.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN NGHIỆN GAME ONLINE GÂY RỐI LOẠN THẦN KINH CỦA HỌC SINH TRƯỜNG LÝ TỬ TẤN, HUYỆN THƯỜNG TÍN, THÀNH PHỐ HÀ NỘI NĂM 2018

Lưu Minh Châu*, Nguyễn Thị Diệu Thu*, Trương Thị Minh Trang*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số yếu tố liên quan đến nghiện Game Online của học sinh Trường trung học phổ thông Lý Tử Tấn, huyện Thường Tín, thành phố Hà Nội, năm 2018. **Đối tượng và phương pháp**: Nghiên cứu điều tra cắt ngang trên 427 học sinh Trường THPT Lý Tử Tấn, Thường Tín, Hà Nội, thời gian từ tháng 6/2017- 6/2018. **Kết quả:** 15,7% học sinh được xác định nghiện GO. HS nam nghiện GO cao gấp 2,157 lần so với học sinhnữ. học sinhchơi GO vì có cảm giác mà ngoài đời thật không có nghiện GO cao gấp 6,1 lần học sinhchơi GO không vì lý do này. Học sinhchơi GO để khẳng định bản thân nghiện GO cao gấp 4,7 lần học sinh chơi GO không vì lý do này. Học sinhchơi GO để kết bạn nghiện GO cao gấp 3,4 lần học sinhchơi GO không vì lý do này. Học sinh chơi GO để kiếm tiền nghiện GO cao gấp 2,8 lần những học sinhchơi GO không vì lý do này. **Kết luận**: Yếu tố giới tính và các yếu tố (có cảm giác ngoài đời thật không có, khẳng định bản thân, kết bạn, kiếm tiền) có liên quan đến nghiện GO của học sinh.

Từ khóa: Nghiện Game Online, yếu tố liên quan, học sinh, trung học phổ thông

SUMMARY

SOME FACTORS RELATED TO ONLINE GAMES ADDICTION AMONG STUDENTS OF LY TU TAN HIGH SCHOOL, THUONG TIN DISTRICT, HANOI CITY, 2018

Objectives: to assess some factors related to online games addiction among students of Ly Tu Tan high school, Thuong Tin district, Hanoi city, 2018. **Subjects and methods**: A cross-sectional descriptive study was conducted on 427 students of Ly Tu Tan, Thuong Tin High School, Hanoi city, from Jun 2017 to Jun 2018. **Results**: 15.7% of students was identified as GO addicts. Students playing OG for senses that there was no in real life were 6.1 times more likely to be addicted to OG than students playing OG for not this reason. Students playing OG to confirm themselves were 4.7 times more likely to be addicted to OG than those playing OG for not this reason. Students playing OG to make friends were 3.4 times more likely to be addicted to OG than students playing OG for not this reason. Students playing OG to earn money were 2.8 times more likely to be addicted to OG than students playing OG for not this reason. **Conclusions**: Gender factor and some factors (senses that there was no in real life, confirming themselves, making friends, earning money) are related to OG addiction of students.

Key words: Online game addiction, related factors, high school students

**Học viện Y Dược học cổ truyền*
Chịu trách nhiệm chính: Lưu Minh Châu
Email: minhchauytdp@gmail.com
Ngày nhận bài: 6/10/2018
Ngày phản biện khoa học: 5/11/2018
Ngày duyệt bài: 22/11/2018

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Game Online (GO) mang lại không ít lợi ích cho người chơi nhưng đi đôi với nó là những ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng cuộc sống và sức khỏe của người chơi [1]. Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) đã công nhận rối loạn chơi Game là 1 bệnh lý thần kinh và được bổ sung trong tài liệu Phân loại Bệnh tật quốc tế lần thứ 11 (ICD) từ ngày 01/01/2018 [2].

Vấn đề nghiện internet - GO đã được nghiên cứu từ những năm 1990. Nghiện Internet và nghiện GO đang trở thành một trong những vấn đề y tế công cộng nổi cộm ở nhiều quốc gia châu Á. Theo Điều tra Quốc gia về vị thành niên và thanh niên Việt Nam năm 2013, tỷ lệ thanh niên sử dụng internet đạt 73%, trong đó 50,2% thanh niên đô thị. Hơn 60% thanh thiếu niên truy cập mạng để tán gẫu và chơi Game Online [4]. Trước thực trạng đó, Bộ Thông tin và Truyền thông đã ban hành thông tư số 23/2013/TT-BTTTT quy định về quản lý điểm truy cập internet công cộng và điểm cung cấp dịch vụ trò chơi điện tử công cộng. Theo đó,

điểm cung cấp dịch vụ trò chơi điện tử công cộng không được hoạt động từ 22 giờ đêm đến 8 giờ sáng hôm sau và địa điểm cung cấp dịch vụ trò chơi điện tử công cộng phải cách cổng trường tiểu học, trung học cơ sở, trung học phổ thông từ 200m trở lên[6]. Tuy nhiên, với sự bùng nổ của Smart phone và khả năng tiếp cận Internet ngày càng dễ dàng khi rất nhiều hộ gia đình đã đăng ký kết nối mạng internet người chơi Game Online không cần thiết phải đến các quán Game Online công cộng mà có thể chơi Game Online ngay tại nhà hay trên chính chiếc điện thoại di dộng mình có vào bất kỳ thời gian nào họ muốn.

Qua khảo sát và đánh giá nhanh tại một số trường trung học phổ thông (THPT) trên địa bàn huyện Thường Tín, chúng tôi thấy rằng càng gần các trường học, càng có nhiều cơ sở kinh doanh dịch vụ GO hoạt động và thu hút rất nhiều học sinh. Bên cạnh đó tỷ lệ học sinh sử dụng điện thoại di động thông minh có thể chơi GO khá cao, đặc biệt tại Trường Trung học phổ thông Lý Tử Tấn. Tuy nhiên, chưa rõ những yếu tố nào có liên quan tới tình trạng nghiện GO ở học sinh của trường, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "*Đánh giá một số yếu tố liên quan đến nghiện Game Online của học sinh trường trung học phổ thông Lý Tử Tấn, huyện Thường Tín, thành phố Hà Nội năm 2018*", từ đó cung cấp thông tin khoa học cho gia đình, nhà trường và cộng đồng để có các giải pháp nhằm giảm thiểu các nguy cơ của việc chơi GO ảnh hưởng tới học tập, sức khỏe, đời sống của các em học sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Học sinh đang theo học tại trường THPT Lý Tử Tấn, huyện Thường Tín, thành phố Hà Nội năm học 2017-2018.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:*

- Học sinh có mặt tại trường trong thời điểm nghiên cứu
- Học sinh đồng ý tham gia nghiên cứu và phụ huynh học sinh đồng ý cho con của họ tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:* HS có lý do đặc biệt về sức khỏe (đau tay, mệt mỏi,...) tại thời điểm nghiên cứu không thể trả lời bộ câu hỏi tự điền.

2.2. Địa điểm và thời gian

- Địa điểm nghiên cứu: Trường THPT Lý Tử Tấn, huyện Thường Tín, TP Hà Nội.
- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 6/2017 đến tháng 6/2018.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

**Cỡ mẫu:* Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả:

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

Trong đó:

p: ước đoán tỷ lệ học sinh THPT chơi Game Online

Do chưa có tỷ lệ chơi GO của học sinh THPT từ các nghiên cứu trước nên chúng tôi chọn p = 0,5.

Z: Hệ số tin cậy, với α = 0,05 ta có $Z_{(1-\alpha/2)}$ = 1,96

d: Độ chính xác tuyệt đối d = 0,05

Thay vào công thức, tính được cỡ mẫu

$$n = 1{,}96^2.\frac{0{,}5 \times 0{,}5}{0{,}05^2} = 384$$

Cộng thêm 10% bỏ cuộc và làm tròn là 425 (học sinh).

**Phương pháp chọn mẫu:*

Chọn mẫu theo phương pháp phân tầng tỷ lệ. Cỡ mẫu được chia cho 3 khối theo tỷ lệ học sinh (HS) của từng khối. Khối nào có nhiều HS hơn sẽ được chọn vào nghiên cứu nhiều hơn. Cụ thể:

- Chọn lớp: Mỗi khối của Trường THPT Lý Tử Tấn có 10 lớp. Số HS trung bình của mỗi lớp thuộc khối 10 và khối 12 là 30 HS/lớp, khối 11 là 40 HS/lớp và để đảm bảo đủ số HS tham gia nghiên cứu, ở mỗi khối, chọn 5 lớp theo phương pháp ngẫu nhiên đơn.
- Chọn HS: Tại mỗi lớp được chọn, tất cả các HS đủ tiêu chuẩn *lựa chọn và có mặt tại lớp ở thời điểm nghiên cứu được mời tham gia trả lời bộ câu hỏi tự điền.*

2.5. Kỹ thuật và công cụ thu thập thông tin

**Kỹ thuật thu thập số liệu:*

Số liệu được thu thập bằng trả lời bộ câu hỏi tự điền, thực hiện đồng thời tại các lớp được chọn thuộc khối 10, 11, 12 tại Trường THPT Lý Tử Tấn, huyện Thường Tín, thành phố Hà Nội.

Điều tra viên là 10 sinh viên khóa 13 của Trường Đại học Y tế công cộng. Các điều tra viên được tập huấn sử dụng bộ câu hỏi và bản hướng dẫn điều tra.

**Công cụ thu thập thông tin:*

- Bộ câu hỏi được trình bày dưới dạng phiếu tự điền.
- Bản hướng dẫn điều tra được xây dựng và phát cho điều tra viên để sử dụng trong quá trình thu thập thông tin.
- Bộ công cụ đã được thử nghiệm trước khi áp dụng vào nghiên cứu.
- Xác định tình trạng nghiện GO của HS: Tính tổng điểm 8 câu trả lời trong thang đo dựa trên Bảng tiêu chuẩn bệnh lý của Young [7]. Trả lời "Có":

+ Từ 5-8 câu: được coi là nghiện GO

+ Từ 0-4 câu: không nghiện GO

**Các bước thu thập số liệu:*

Bước 1: Thử nghiệm bộ câu hỏi

Bước 2: Thống nhất kế hoạch thu thập thông tin với nhà trường

Bước 3: Tập huấn điều tra viên

Bước 4: Thu thập thông tin

Bước 5: Điều tra viên nhận lại và kiểm tra phiếu

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Đề tài nghiên cứu đã được Hội đồng thông qua đề cương nghiên cứu của Trường Đại học Y Hà Nội xem xét và đồng ý cho thực hiện. Kết quả của đề tài chỉ phục vụ cho nghiên cứu, không làm tổn hại đến đối tượng nghiên cứu.

2.7. Xử lý và phân tích

- Số liệu được làm sạch, mã hóa và nhập số liệu bằng phần mềm EPI-DATA
- Phân tích số liệu: bằng phần mềm thống kê SPSS 18.0, sử dụng phương pháp phân tích thống kê mô tả: tỷ lệ %, tần số.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Giới tính (n=427)	Nam	209	48,9
	Nữ	218	51,1
Khối học (n=427)	Lớp 10	129	30,2
	Lớp 11	170	39,8
	Lớp 12	128	30,0

Trong 427 HS tham gia phỏng vấn, số HS nam là 209 (48,9%) và nữ là 218 (51,1%)

3.2. Một số yếu tố liên quan đến nghiện Game Online của học sinh

Bảng 3.2. Tình trạng nghiện Game Online của HS theo thang đo của Young

Nghiện Game Online	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có	67	15,7
Không	360	84,3
Tổng	427	100

Số HS nghiện GO chiếm 15,7%.

Bảng 3.3. *Mối liên quan giữa giới tính và tình trạng nghiện GO của HS*

Nghiện GO / Giới	Có		Không		OR
	Số lượng	*Tỷ lệ (%)*	*Số lượng*	*Tỷ lệ (%)*	*(95%CI$_{OR}$)*
Nữ (n=159)	9	5,7	150	94,3	1
Nam (n=192)	22	11,5	170	88,5	2,157(1,102-4,829)

HS nam có tỷ lệ nghiện GO cao gấp 2,157 lần so với nhóm HS nữ, có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.4. *Mối liên quan giữa lý do chơi GO và tình trạng nghiện GO của HS*

Nghiện GO / Lý do	Có		Không		**OR** *(95%CI$_{OR}$)*
	Sốlượng	*Tỷ lệ(%)*	*Số lượng*	*Tỷ lệ(%)*	
Giải trí (n=351)					
Không (n=43)	10	23,3	33	76,7	1
Có (n=308)	57	18,5	251	81,8	0,749 (0,349-1,608)
Kết bạn (n=351)					
Không (n=270)	38	14,1	232	85,9	1
Có (n=81)	29	35,8	52	64,2	3,405 (1,927 – 6,016)
Có cảm giác ngoài đời thật không có (n=351)					
Không (n=327)	54	16,5	273	83,5	1
Có (n=24)	13	54,2	11	45,8	5,975 (2,543 – 14,040)
Khẳng định bản thân (n=351)					
Không (n=315)	50	15,9	265	84,1	1
Có (n=36)	17	47,2	19	52,8	4,742 (2,307 – 9,75)
Kiếm tiền (n=351)					
Không (n=324)	57	17,6	267	82,4	1
Có (n=27)	10	37	17	63	2,755 (1,199-6,33)
Tò mò (n=351)					
Không (n=258)	47	18,2	211	81,8	1
Có (n=93)	20	21,5	73	78,5	1,23 (0,684 – 2,262)

Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm HS chơi Game vì mục đích tò mò và mục đích giải trí với nguy cơ nghiện GO của HS.

Nhóm HS chơi GO với lý do kết bạn nghiện GO gấp 3,4 lần nhóm HS chơi Game không vì lý do kết bạn. Nhóm HS chơi GO với lý do vì có cảm giác mà ngoài đời thật không có nghiện GO cao gấp 6 lần nhóm HS chơi Game không vì lý do này. Nhóm HS chơi GO để khẳng định bản thân nghiện GO cao gấp 4,7 lần nhóm HS chơi Game không vì lý do khẳng định bản thân. Nhóm HS chơi GO để kiếm tiền nghiện GO cao gấp 2,8 lần nhóm HS chơi Game không vì lý do này.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 427 HS Trường THPT Lý Tử Tấn, tỷ lệ nam nữ là tương đương nhau. Với việc sử dụng thang đo dựa trên bảng tiêu chuẩn bệnh lý của Young để đánh giá tình trạng nghiện GO, kết quả cho thấy có 15,7% HS THPT Lý Tử Tấn được chẩn đoán nghiện GO theo bảng tiêu chuẩn này. So sánh với các nghiên cứu khác như nghiên cứu của Hawi được thực hiện gần như cùng thời điểm với nghiên cứu của chúng tôi trên 524 HS tại Liban với độ tuổi trung bình là 16,2 cho thấy có 9,2% HS nghiện GO, thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi [8]. Có thể do sự khác biệt lớn về văn hóa, kinh tế, khả năng tiếp cận internet giữa 2 quốc gia dẫn đến tỷ lệ chênh lệch đáng kể này. Còn theo kết quả nghiên cứu của Viện xã hội học Việt Nam, khảo sát xã hội học về trò chơi trực tuyến năm 2010 được thực hiện trên phạm vi 6 tỉnh, thành đã cho thấy 69% số đối tượng chơi GO có biểu hiện nghiện game. Trong đó, tỷ lệ nghiện GO cao nhất là có trình độ CĐ, ĐH trở lên (30,1%), tiếp đến là chưa hoàn thành THPT (18,0%). Có thể do nghiên cứu này được thực hiện ở đối tượng thanh thiếu niên trên phạm vi rộng hơn chứ không chỉ trên đối tượng HS THPT nên tỷ lệ này (18%) cao hơn một chút cho với nghiên cứu của chúng tôi.

Phân tích mối liên quan có ý nghĩa thống kê cho thấy HS nam nghiện GO cao gấp 2,157 lần so với HS nữ. Lý giải cho điều này, có rất ít nghiên cứu về sinh lý học thần kinh giải thích cho hiện tượng nghiện Internet. Trong một nghiên cứu dùng hình ảnh cộng hưởng từ chức năng được tiến hành tại khoa tâm thần và khoa học hành vi của Đại học Y khoa Standford, California, Hoa Kỳ cho biết hệ viền và hệ hạnh nhân của não người hoạt hóa để đáp ứng cho sự khen thưởng, tiết ra chất dobamine làm tăng sự hưng phấn khi chơi game. Sự hoạt hóa này ở nam có nhiều hơn nữ, giải thích cho việc nam dễ nghiện hơn nữ.

Chúng tôi tiếp tục phân tích thống kê giữa lý do HS chơi GO và tình trạng nghiện GO của HS. Kết quả cho thấy HS chơi GO để có cảm giác mà ngoài đời thật không có nghiện GO cao gấp 6 lần nhóm HS không chơi GO để tìm cảm giác đó. HS chơi GO với lý do khẳng định bản thân nghiện GO cao gấp 4,7 lần nhóm HS không chơi GO với lý do này. Lý do kết bạn cũng khiến HS chơi GO nghiện GO cao gấp 3,4 lần những HS không chơi GO với lý do kết bạn. Những HS chơi GO để kiếm tiền nghiện GO tăng gấp 2,8 lần so với những HS không chơi GO với mục đích này. HS đến với GO với những lý do khác nhau và tình trạng nghiện GO của HS cũng có sự khác biệt. Khẳng định bản thân và có cảm giác ngoài đời thật không có là 2 lý do hàng đầu khiến tỷ lệ nghiện GO của HS tăng cao. Thế giới ảo mà GO tạo ra đầy màu sắc và là nơi trí tưởng tượng của các em được thăng hoa. Đó là nơi mà các em có thể thỏa sức phiêu lưu, tha hồ thể hiện khát khao chinh phục, khát khao chiến thắng, hóa thân vào các nhân vật, làm tất cả điều mình thích mà ngoài đời thật không thể thực hiện được. Hơn nữa lứa tuổi HS THPT, tâm lý của các em đang phát triển rất mạnh mẽ, nhu cầu khẳng định bản thân mình rất quan trọng. Khi bước vào thế giới GO, các em như trở thành một con người khác hẳn. Cho dù ở ngoài, các em là người như thế nào đi nữa nhưng khi chơi GO các em có cơ hội trở thành một anh hùng trong mắt bạn bè xung quanh với nhân vật GO của mình. Có nhiều hình thức để giải trí khác nhau cho các em lựa chọn ngoài GO như nghe nhạc, xem phim, đọc sách,...nhưng đem lại cảm giác không có ngoài đời thật và đáp ứng nhu cầu khẳng định bản thân mình thì có lẽ không hình thức giải trí nào có thể thực hiện được điều này tốt hơn GO. Do vậy, cũng dễ hiểu khi những HS chơi GO với lý do này khó có thể kiểm soát được bản thân mình, càng chơi các em càng được thỏa mãn với những nhân vật của mình, dẫn đến tỷ lệ nghiện GO ngày càng cao. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Sheng cho thấy cuộc sống thực và cuộc sống của nhân vật trong GO có ảnh hưởng qua lại lẫn nhau. Trong GO người chơi được thỏa mãn với những sức mạnh/quyền lực hay những thành tích đạt được, nhưng trong cuộc sống thực họ lại không có những quyền lực đó để có thể đối mặt với những thử thách, do đó họ ngày càng có xu hướng sống thu mình, tập trung vào thế giới ảo nơi mà họ có thể được thỏa mãn.

HS chơi GO với lý do kết bạn nghiện GO cao gấp 3,4 lần HS không chơi GO vì lý do này. Không cần phải ra bên ngoài làm quen, các em có thể quen biết nhau qua mạng internet. Chỉ cần qua những bước rất đơn giản, những người nhút nhát cũng có thể tìm được những người bạn mới. Hơn nữa khi có cùng một mối quan tâm chung như GO, các em dễ dàng giao tiếp và xích lại gần nhau hơn. GO là nơi lý tưởng để giao lưu kết bạn giữa các bạn trẻ chung sở thích nên lý do kết bạn cũng khiến các em ham mê hơn với loại hình giải trí này, dẫn tới tỷ lệ nghiện GO cũng tăng.

V. KẾT LUẬN

- Dựa trên bảng tiêu chuẩn bệnh lý của Young đánh giá tình trạng nghiện GO: 15,7% HS

được xác định nghiện GO.

- HS nam nghiện GO cao gấp 2,157 lần so với HS nữ.

- Lý do chơi GO: HS chơi GO với lý do vì có cảm giác mà ngoài đời thật không có nghiện GO cao gấp 6,1 lần nhóm HS chơi GO không vì lý do này. HS chơi GO để khẳng định bản thân nghiện GO cao gấp 4,7 lần nhóm HS chơi GO không vì lý do này. HS chơi GO với lý do kết bạn nghiện GO cao gấp 3,4 lần HS chơi GO không vì lý do kết bạn. HS chơi GO với lý do kiếm tiền nghiện GO cao gấp 2,8 lần những HS chơi GO không với lý do này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Exelmans J., Vanden Bulck J. (2014).** Sleep quality is negatively related to video gaming volume in adults.*School for Mass Communication Research*, KU Leuven, Belgium.
2. **WHO (2018).** What is gaming disorder? Source: *http://www.who.int/features/qa/gaming-disorder/en/*. Update: 9/2018. Access: 15/9/2018.
3. **Choi Y.H. (2007).** Advancement of IT and seriousness of youth Internet addiction.*International Symposium on the Counseling and Treatment of Youth Internet Addiction*. Seoul, Korea, National Youth Commission, pp.20.
4. **Bộ Nội vụ - Quỹ dân số liên hợp quốc tại Việt Nam (2013).** *Báo cáo quốc gia về thanh niên Việt Nam.*
5. **InfoQ VN (2013).** *Báo cáo về tình hình sử dụng GameOnline và đánh giá của khách hàng về dịch vụ hiện tại. Đánh giá tiềm năng thị trường GameOnline, tháng 2/2013.*
6. **Bộ Thông tin và Truyền thông.** Thông tư số 23/2013/TT-BTTTT quy định về quản lý điểm truy cập internet công cộng và điểm cung cấp dịch vụ trò chơi điện tử công cộng.
7. **Young K. (2009),** You are an obsessive online Gamer, Center for Internet Addiction Recovery website.
8. **Hawi N.S. et al (2018).** *Internet gaming disorder in Lebanon: Relationships with age, sleep habits, and academic achievement*.

NGHIÊN CỨU HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ Ở TU SĨ PHẬT GIÁO TỈNH BÀ RỊA - VŨNG TÀU

Trương Đình Cẩm*, Nguyễn Thị Kim Anh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối liên quan giữa hội chứng chuyển hóa (HCCH) với một số yếu tố nguy cơ ở các tu sĩ phật giáo tại tỉnh Bà Rịa – Vũng Tàu. **Đối tượng và phương pháp**: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 560 đối tượng là tu sĩ phật giáo. HCCH được xác định theo tiêu chuẩn Liên đoàn đái tháo đường quốc tế (IDF -2005) và theo Hội Tim mạch và Viện Tim - Phổi - Huyết học Hoa Kỳ (AHA/ NHLBI - 2005). Các yếu tố nguy cơ bao gồm: chỉ số khối cơ thể, tỉ số vòng bụng/vòng mông, rối loạn lipid máu, tăng huyết áp, thiếu máu mạn, nồng độ albumin và protein máu. **Kết quả**: Dư cân, béo và tăng tỉ số vòng bụng/vòng mông làm gia tăng có ý nghĩa tỉ lệ HCCH với OR=6,18 và 4,16, p < 0,05. Rối loạn lipid máu, tăng huyết áp làm gia tăng có ý nghĩa tỉ lệ HCCH với OR=5,64 và 4,12, p < 0,05. Giá trị trung bình HATT, HATTr ở đối tượng có HCCH cao hơn so với đối tượng không có HCCH. Giảm protein, albumin, huyết sắc tố máu làm gia tăng có ý nghĩa tỉ lệ HCCH với OR lần lượt là 2,16; 2,38 và 2,24, p < 0,05. Nồng độ trung bình cholesterol, LDL-C, triglycerid, glucose, acid uric máu tăng; protein, albumin, hồng cầu, huyết sắc tố, hematocrit máu thấp hơncó ý nghĩa ở đối tượng có HCCH. **Kết luận**: Các yếu tố nguy cơ bao gồm: dưcân,béo phì và tăng tỉ số vòng bụng/vòng mông, rối loạn lipid máu, tăng huyết áp, giảm protein, albumin, huyết sắc tố máu làm gia tăng có ý nghĩa tỉ lệ mắc HCCH.

Từ khóa: Tu sĩ phật giáo, hội chứng chuyển hóa

SUMMARY

INVESTIGATING OF METABOLIC SYNDROME AND RISK FACTORS IN BUDDHIST MONKS OF BA RIA - VUNG TAU PROVINCE

Objective: To evaluate the relationship between metabolic syndrome and some risk factors in Buddhist monks of Ba Ria - Vung Tau province. **Subjects and Method**: A cross - sectional description studyon 560 Buddhist monks. Metabolic syndrome was defined by IDF standards and AHA/ NHLBIstandards 2005. Risk factors includedBody Mass Index(BMI), Waist Hip Ratio(WHR), hypertension, dyslipidemia, chronic anemia, serium albumin and protein concentrations. **Results**: Overweight, elevated waist hip ratio, dyslipidemia, hypertension are respectively associated with risk of metabolic syndrome (OR = 6,18; 4,16; 5,64; 4,12, p < 0,05). Mean systolic pressure, diastolic pressure are higher in cloisters with metabolic syndrome than those without metabolic syndrome. Lowered plasma protein, albumin and hemoglobin concentrations were respectively associated with risk of metabolic syndrome (OR = 2,16; 2,38; 2,24, p <0,05). Mean of cholesterol, LDL-C, triglyceride, glucose, uric acid concentrations are higher; mean of protein, albumin, red blood cell, hemoglobin and hematocrit concentrations are lower in cloisters with metabolic syndrome than those without metabolic syndrome. **Conclusion**: Risk factors included:

**Bệnh viện Quan y 175*

Chịu trách nhiệm chính: Trương Đình Cẩm

Email: truongcam1967@gmail.com

Ngày nhận bài: 4/10/2018

Ngày phản biện khoa học: 26/10/2018

Ngày duyệt bài: 21/11/2018

overweight, obesity and increased WHR, dyslipidemia, hypertension, lowered plasma protein, albumin and hemoglobin concentrations were increased significantly metabolic syndrome.

Key words: Buddhist monk, metabolic syndrome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng chuyển hóa (HCCH) là yếu tố nguy cơ cao cho nhiều bệnh lý nguy hiểm liên quan như tăng huyết áp, đái tháo đường typ 2, bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn, đột quỵ não, bệnh Gout mạn tính (*Samson SL (2014)*). Thay đổi lối sống tích cực (chế ăn uống và hoạt động thể lực hợp lý để giảm cân, hạn chế uống rượu, bia, giảm sử dụng muối, hạn chế hoặc không sử dụng mỡ bão hòa, cholesterol), sử dụng thuốc để điều chỉnh các thành tố của HCCH (kháng insulin, rối loạn lipid máu..) được chứng minh có hiệu quả giúp giảm nguy cơ mắc các bệnh lý trên (*Võ Bảo Dũng (2004), Nguyễn Hải Thùy (2005), Lee WJ (2004), Alberti KG (2006)*).

Tỉ lệ đối tượng có HCCH cũng không ngừng gia tăng nhanh chóng trong những năm gần đây ở Việt nam. Trong xã hội Việt Nam, Phật giáo chiếm một vị trí quan trọng trong đời sống tinh thần người Việt với cộng đồng đông đảo tu sĩ Phật giáo mang những nét đặc thù riêng biệt,vừa chịu ảnh hưởng tác động của một số yếu tố chung như môi trường, chủng tộc, vừa có thể xuất hiện một số bệnh, hội chứng của xã hội hiện đại trong đó có tăng huyết áp, đái tháo đường typ 2, bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn và HCCH (*Nguyễn Hải Thùy (2005)*). Với những lý do nêu trên, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu này mục tiêu: Phân tích mối liên quan giữa hội chứng chuyển hóa xác định theo tiêu chuẩn IDF với một số yếu tố nguy cơ: chỉ số nhân trắc (chỉ số khối cơ thể, tỉ số vòng bụng/vòng mông), rối loạn lipid máu, tăng huyết áp, thiếu máu mạn, nồng độ albumin và protein máu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 560 tu sĩ phật giáo của tỉnh Bà Rịa - Vũng Tàu được thu thập số liệu nghiên cứu trong thời gian từ tháng 2/2015 đến tháng 5/2016.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các tu sĩ Phật giáo. Thời gian tu hành trên 3 năm. Bao gồm cả hai giới nam và nữ. Ăn chay trường thuần túy. Tuổi từ 20 đến 89. Được khám và có đủ các chỉ số nghiên cứu. Đối tượng có luyện tập thiền hay không thiền (thiền >1 năm). Bao gồm cả những bệnh nhân đã được xác định mắc một số bệnh tim mạch, chuyển hóa mạn tính trước thời điểm nghiên cứu như tăng huyết áp, đái tháo đường typ 2, bệnh tim thiếu máu cục bộ, rối loạn lipid máu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Đang mắc các bệnh cấp tính nặng, bệnh hiểm nghèo. Người đang nằm điều trị tại bệnh viện trong thời gian nghiên cứu. Tuổi < 20, thời gian tu hành < 3 năm. Mắc một số bệnh mạn tính như đái tháo đường typ 1, đái tháo đường có nguyên nhân, bệnh gan, suy thận mạn tính các giai đoạn. Không đồng ý tham gia nghiên cứu. Không ăn chay thuần túy.

Chúng tôi tiến hành chọn mẫu theo công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu cắt ngang của dịch tễ học mô tả:

n = (Z1-α/22 x p x q) / d2

n: cỡ mẫu tối thiểu

Z1-α/22: Mức độchính xác của nghiên cứu cần đạt (dự kiến 95%)

d: Sai số tuyệt đối của nghiên cứu sử dụng (dự kiến 5%)

p: Tỷ lệ có rối loạn chuyển hóa (dự kiến 20%) q = (1-p)

Từ các thông số trên, cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu là: 483người.Thực tế đã thu thập được 560 đối tượng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

****Nội dung nghiên cứu:*** Nghiên cứu được thực hiện trong các đợt khám sức khỏe định kỳ theo kế hoạch của Ban Phật giáo tỉnh.

+ Phỏng vấn, thu thập thông tin cá nhân: Thời gian tu hành, thời gian ăn chay trường thuần túy, tiền sử bệnh của người thân trong gia đình, tiền sử bệnh, mức độ hoạt động thể lực, hình thức rèn luyện thể lực, thời gian không hoạt động thể lực trong ngày (tụng kinh), thời gian, chế độ thiền (nếu có).

+ Xác định các chỉ số nhân trắc: chiều cao, cân nặng, chu vi vòng bụng, chỉ số khối cơ thể (BMI), chỉ số vòng bụng trên mông (WHR).

+ Khám lâm sàng, xét nghiệm: huyết học, sinh hóa máu (ure, creatinin, glucose, HbA1c, Na+, K+, Ca2+, Cl-, cholesterol, triglycerid, HDL-C, LDL-C, CK, CKMB, hs-Troponin T, acid uric, ALT, AST), sinh hóa nước tiểu 11 chỉ tiêu, XQ tim phổi, điện tâm đồ 12 đạo trình, siêu âm tim.

****Xử lý số liệu:*** bằng chương trình phần mềm Epi-Info 7.0, Excell 2007

****Các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu:***

+ Phân loại BMI theo Hiệp hội Đái tháo đường Châu Á Thái Bình Dương; Phân độ huyết áp theo JNC VI cho người ≥ 18 tuổi (2003)

+ Chẩn đoán HCCH theo Hội Tim mạch và Viện Tim - Phổi - Huyết học quốc gia Mỹ (AHA/ NHLBI - 2005), Liên đoàn đái tháo đường quốc tế (IDF - 2005)

+ Phân loại rối loạn lipid máu theo Hội Tim mạch Việt Nam (2008)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ HCCH ở tu sĩ Phật giáo ăn chay trường

Bảng 1. Tỷ lệ hội chứng chuyển hóa theo IDF và AHA/NHLBI

Ti□u chuẩn HCCH		Sốlượng (n)	Tỷ lệ (%)
IDF	(n=560)	104	18,6
AHA/NHLBI (n=560)		128	22,9

Nhận xét: Tỷ lệ đối tượng có hội chứng chuyển hóa theo tiêu chuẩn AHA/ NHLBI cao hơn so với tiêu chuẩn IDF.

3.2. Mối liên quan giữa HCCH theo IDF với một số thông số

Bảng 2. Mối liên quan giữa tỷ lệ HCCH với BMI (n =560)

BMI	HCCH (+)(n= 104)		HCCH (-) (n= 456)		OR	p
	n	%	n	%		
Dư cân, béo (n =152)	68	65,4	84	18,4		
Bình thường, gầy (n =408)	36	34,6	372	81,6	6,18	<0,001

Nhận xét: Đối tượng dư cân, béo có tỷ lệ HCCH cao hơn.Đối tượng BMI bình thường hoặc gầy có tỷ lệ HCCH thấp hơn. Dư cân, béo làm gia tăng HCCH với tỷ suất chênh OR = 6,18, p< 0,001.

Bảng 3. Mối liên quan giữa tỷ lệ HCCH với WHR (tỉ lê vòng bụng/mông)

WHR	HCCH (+)(n= 104)		HCCH (-)(n= 456)		OR	p
	n	%	n	%		
Tăng (n = 216)	69	66,3	147	33,2		
Bình thường (n =344)	35	33,7	309	66,8	4,16	<0,001

Nhận xét: Đối tượng tăng WHR có tỷ lệ HCCH cao hơn. Đối tượng WHR bình thường có tỷ lệ HCCH thấp hơn. Tăng tỷ lệ vòng bụng/mông làm gia tăng HCCH với tỷ suất chênh OR=4,16;p< 0,001.

Bảng 4. Mối liên quan giữa tỷ lệ HCCH với rối loạn lipid máu (n = 560)

Rối loạn lipid máu	HCCH (+) (n= 104)		HCCH (-) (n= 456)		OR	p
	n	%	n	%		
Có (n = 312)	78	75,0	234	51,3		
Không(n = 248)	26	25,0	222	48,7	5,64	<0,001

Nhận xét: Đối tượng với rối loạn lipid máu có tỷ lệ HCCH cao hơn. Đối tượng không rối loạn lipid máucó tỷlệ HCCH thấp hơn. Rối loạn lipid máu làm gia tăng HCCH với tỷ suất chênh OR =5,64, p< 0,001.

Bảng 5. Mối liên quan giữa HCCH với tiền sử tăng huyết áp (n =560)

Tăng huyết áp	HCCH (+) (n= 104)		HCCH (-) (n= 456)		OR	p
	n	%	n	%		
Có (n =214)	58	55,8	156	34,2		
Không (n =346)	46	44,2	300	65,8	4,12	<0,001

Nhận xét: Đối tượng với tăng huyết áp có tỷ lệ HCCH cao hơn. Đối tượng không tăng huyết áp có tỷlệ HCCH thấp hơn. Tăng huyết áp làm gia tăng HCCH với tỷ suất chênh OR =4,12, p <0,001.

Bảng 6. Mối liên quan giữa HCCH với tiêu chuẩn huyết áp (n=560)

Huyết áp (mmHg)	n (%)	HCCH (+)(n= 104)		HCCH (-)(n= 456)		OR	p
		n	%	n	%		
< 130/85	291(52,0%)	36	34,6	255	55,9		
≥ 130/85	269(48,0%)	68	65,5	201	44,1	12,46	< 0,01

Nhận xét: Đối tượng với huyết áp≥130/85mmHg có tỷlệ HCCH cao hơn. Chỉ số huyết áp <130/85mmHg làm gia tăng tỷlệ HCCH với OR=12,46,p <0,001.

Bảng 7. Mối liên quan giữa HCCH với mức protein máu (n =560)

Protein máu	HCCH (+)(n= 104)		HCCH (-)(n= 456)		OR	p
	n	%	n	%		
Giảm (n =102)	64	61,5	38	8,3		
Bìnhthường (n =458)	40	38,5	418	91,7	2,16	< 0,01

Nhận xét: Đối tượng giảm protein máu có tỷl ệ HCCH cao hơn. Đối tượng protein máu bình thường có tỷ lệ HCCH thấp hơn. Giảm protein máu làm gia tăng HCCH với OR = 2,38, p < 0,01.

Bảng 8. Mối liên quan giữa HCCH với albumin máu (n =560)

Albumin máu	HCCH (+) (n= 104)		HCCH (-)(n= 456)		OR	p
	n	%	n	%		
Giảm(n =97)	66	63,5	31	6,8	2,38	< 0,01
Bìnhthường (n =463)	38	36,5	425	93,2		

Nhận xét: Đối tượng giảm albumin máu có tỷ lệ HCCH cao hơn. Đối tượng albumin máu bình thường có tỷ lệ HCCH thấp hơn. Giảm albumin máu làm gia tăng HCCH với OR = 2,38;p< 0,01.

Bảng 9. Mối liên quan giữa HCCH với thiếu máu mạn (n = 560)

Thiếu máu mạn	HCCH (+)(n= 104)		HCCH (-)(n= 456)		OR	p
	n	%	n	%		
Có (n = 112)	65	62,5	47	10,3	2,24	< 0,01
Không(n = 448)	39	37,5	409	89,7		

Nhận xét: Đối tượng thiếu máu có tỷ lệ HCCH cao hơn đối tượng không thiếu máu mạn. Thiếu máu mạn làm gia tăng HCCH với tỷ suất chênh OR = 2,24; p<0,01.

Bảng 10. So sánh giá trị trung bình một số chỉ số xét nghiệm ở đối tượng có hay không có HCCH (n=560)

Chỉ số	HCCH (+) (n= 104)	HCCH (-) (n= 456)	p
Cholesterol (mmol/l)	5,34± 1,23	4,83 ± 1,31	< 0,01
LDL-C (mmol/l)	2,91± 0,93	2,58± 0,92	< 0,01
Triglycerid (mmol/l)	3,58± 1,92	2,41± 1,18	< 0,01
HDL-C (mmol/l)	1,22 ± 0,48	1,31± 0,58	> 0,05
Glucose (mmol/l)	6,28 ± 1,24	5,56± 1,18	< 0,01
Aciduric (µmol/l)	388,4± 98,2	351,4 ± 98,2	< 0,01
Protein (g/l)	58,6± 12,8	63,7± 13,1	< 0,01
Albumin (g/l)	39,4± 5,8	42,1 ± 6,2	< 0,01
HC (T/l)	4,41±1,02	5,16± 1,12	< 0,01
Hb (g/l)	104,6 ± 7,4	118,7± 18,2	<0,01
Hct (l/l)	0,38±0,09	0,46± 0,12	< 0,01

Nhận xét: Giá trị trung bình cholesterol, triglycerid, LDL-C, glucose, aciduric ở đối tượng có HCCH cao hơn có ý nghĩa so với đối tượng không có HCCH (p < 0,01).Giá trị trung bình protein, albumin, hồng cầu, Hb, hematocrit ở đối tượng có HCCH thấp hơn có ý nghĩa so với đối tượng không có HCCH (p < 0,01).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Mối liên quan giữa HCCH với chỉ số nhân trắc và tăng huyết áp: Theo đánh giá của IDF thì "dịch béo phì" là nguyên nhân chủ yếu gây tăng tỷ lệ HCCH trong cộng đồng. Tỷ lệ đối tượng béo phì ngày càng gia tăng ở tất cả các vùng, miền trên thế giới. Béo phì dẫn đến tăng glucose máu, tăng huyết áp, tăng triglycerid, giảm HDL – cholesterol máu và kháng insulin. Tất cả các yếu tố trên đều làm gia tăng nguy cơ bệnh tim mạch. Béo bụng còn liên quan đến các yếu tố nguy cơ khác của HCCH bao gồm: tăng nồng độ Apolipoprotein B, tăng LDL – cholesterol, tăng khả năng của PAI – 1 đối với tình trạng suy giảm tiêu sợi huyết (*Lemieux I (2000)*). Khi béo bụng, các mô mỡ dư thừa sẽ phóng thích các chất có tác dụng làm gia tăng yếu tố nguy cơ. Các chất này bao gồm các acid béo chưa được ester hóa, các cytokine, PAI – 1; adiponectin. Nồng độ các acid béo tăng làm cho gan và cơ bị quá tải với lipid, góp phần vào sự xuất hiện kháng insulin. Ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy những rối loạn về triglycerid ở mô mỡ đóng vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của HCCH. Trong một nghiên cứu cắt ngang cho thấy kháng insulin có mối tương quan chặt chẽ với nồng độ triglycerid trong tế bào cơ. Khi nồng độ triglycerid máu tăng cao có thể gây suy giảm các tín hiệu đối với insulin (*Dobbins RL (2001)*. Tăng CRP trong béo phì đồng nghĩa với tăng quá mức các cytokine và tình trạng tiền viêm. PAI -1 cũng góp phần làm gia tăng tình trạng tiền viêm. Chính mối liên kết chặt chẽ giữa béo phì (nhất là béo bụng) với các yếu tố nguy cơ khác là lý do khiến NCEP – ATP III cho rằng HCCH là nhóm biến chứng chuyển hóa của béo phì. Béo phì là yếu tố nguy cơ gây ra nhiều bệnh về rối loạn chuyển hóa, trong đó phải kể đến là bệnh ĐTĐ typ 2, bệnh tim mạch, sỏi mật, bệnh ung thư đường tiêu hóa. Ngoài ra, béo phì còn đóng vai trò nhất định trong sự xuất hiện của một số hội chứng, bệnh như đau lưng, viêm thoái hóa khớp, suy giảm khả năng tình dục, bệnh lý tâm thần (*Ishizaka N (2007),*

Yatsuya H (2007).

Kết quả nghiên cứu gần đây đã khẳng định mối liên quan chặt chẽ và độc lập giữa lớp mỡ dưới da bụng với HCCH. Độ dày lớp mỡ dưới da bụng liên quan chặt chẽ với từng tiêu chuẩn của HCCH theo NCEP – ATP III. Độ nhạy cảm insulin chỉ liên quan với HDL – C, triglycerid và glucose máu lúc đói chứ không liên quan đến huyết áp hoặc béo bụng (*Alberti KG (2006)*. Các mô mỡ nói chung trong đó có mô mỡ dưới da bụng là nguồn gốc của các yếu tố bao gồm các acid béo tự do, yếu tố hoại tử u alpha – TNF α, có thể gây giảm tác dụng của insulin ở cơ vân, còn nồng độ adiponectin thì lại giảm trong khi chất này có tác dụng chống ĐTĐ, chống viêm, chống VXĐM. Ngoài ra giảm adiponectin dẫn đến giảm độ nhạy cảm của insulin (*Alberti KG (2006)*.

Theo kết quả nghiên cứu thì ở những đối tượng có tiền sử tăng huyết áp đã được xác định có tỉ lệ HCCH cao hơn có ý nghĩa so với đối tượng không có tiền sử tăng huyết áp. Tăng huyết áp làm gia tăng tỉ lệ HCCH với tỉ suất chênh OR=4,12; $p<0,001$. Nếu chỉ tính riêng những trường hợp có chỉ số huyết áp ≥130/85 mmHg thì tỉ lệ HCCH cũng gặp với mức cao, đạt tới 65,5%. Với chỉ số huyết áp ở mức trên đã làm gia tăng tỉ lệ HCCH có tỉ suất chênh OR=12,46; $p<0,01$. Khi phân tích mối liên quan giữa HCCH với chỉ số huyết áp cũng tìm thấy mối liên quan theo 2 chiều thuận và nghịch, theo đó ở đối tượng có HCCH thì chỉ số huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương trung bình đều cao hơn có ý nghĩa so với những đối tượng không có HCCH. Kết quả trên đây một lần nữa khẳng định và nhấn mạnh vai trò của huyết áp trong cơ chế bệnh sinh cũng như nguyên nhân của các bệnh, HCCH.

4.2. Mối liên quan giữa HCCH với một số chỉ số sinh hóa lipid, protein và albumin máu, thiếu máu mạn: Ở đối tượng có HCCH thì sự biến đổi của một số chỉ số xét nghiệm vừa là nguyên nhân vừa có thể là hậu quả. Trong số các chỉ số xét nghiệm đóng vai trò trên thì rối loạn lipid máu là một trong các chỉ số được đánh giá thường xuyên nhất. Tăng mỡ máu gây vữa xơ động mạch chủ yếu là do tăng triglycerid và giảm HDL – C máu, ngoài ra còn có thể tăng Apolipoprotein, LDL – C hạt nhỏ đặc. Tăng huyết áp thường hay đi kèm với béo phì, dư cân và ở đối tượng có kháng insulin. Do đó tăng huyết áp thường được xếp vào một trong các yếu tố nguy cơ gây rối loạn chuyển hóa và là một trong những tiêu chuẩn tạo ra HCCH. Tình trạng tiền viêm nhận diện trên lâm sàng bằng tăng CRP. Có nhiều cơ chế giải thích sự tăng các cytokin viêm, có thể kích hoạt tăng CRP. Tình trạng tiền huyết khối đặc trưng bởi tăng PAI – 1 và fibrinogen. Tăng fibrinogen và CRP máu thường hay đi kèm với tăng cytokin (*Varagas ER 2007*).

Một đặc điểm rất cần nhấn mạnh trong mối quan hệ giữa HCCH với một số chỉ số xét nghiệm ở tu sĩ Phật giáo cần được nêu lên đó là các chỉ số liên quan đến đặc thù ăn uống, sinh hoạt của đối tượng quan sát. Như đã phân tích ở trên, tu sĩ Phật giáo ăn chay trường nói chung thường có những đặc điểm có thể gây lên tình trạng mất cân bằng về thành phần các chất trong cơ thể. Do thức ăn thường gồm các loại thực vật như đậu phụ, các loại rau, nấm, trái cây, ngũ cốc. Năng lượng của chế độ ăn chay mang lại chủ yếu là nhờ chất đường có trong khẩu phần ăn. Với chế độ ăn hạn chế protid, lipid động vật lại tiềm ẩn nguy cơ tăng đường huyết vì năng lượng do chất đường thường vượt quá 60% tổng số năng lượng hàng ngày. Chế độ ăn chay ban đầu có thể có hiệu quả trên một số thành phần lipid máu song nếu ăn chay trường có thể lại gây hiệu ứng ngược lại là tăng triglycerid.

Bên cạnh đó, các tu sĩ Phật giáo cũng thường ít hoạt động thể lực. Do đó, ở các tu sĩ cũng xuất hiện một số yếu tố nguy cơ đối với bệnh tim mạch, chuyển hóa. Tuy đối tượng nghiên cứu đã được loại trừ một số bệnh liên quan đến tình trạng dinh dưỡng nói chung, giảm protein, albumin máu và thiếu máu nói riêng như bệnh gan, bệnh thận. Khi giảm protein, albumin máu mạn tính, cơ thể sẽ gây biến đổi các quá trình chuyển hóa một số chất khác trong đó có lipoprotein, gây tăng tổng hợp và tăng giải phóng lipoprotein dự trữ trong gan ra máu ngoại biên. Hậu quả của những quá trình trên là gây tăng các chỉ số lipid máu đóng vai trò như một tiêu chí xác định HCCH. Tương tự, ở tu sĩ ăn chay trường có 20,0% trường hợp giảm huyết sắc tố - tương ứng với thiếu máu ở các mức độ khác nhau. Khi phân tích mối liên quan giữa HCCH với huyết sắc tố xác định ở ngưỡng có thiếu máu nhận thấy có kết quả: ở đối tượng thiếu máu tỉ lệ HCCH lại cao hơn so với những đối tượng không thiếu máu với tỉ suất chênh OR=2,24; $p<0,01$. Có lẽ mối liên quan qua lại theo hai chiều thuận và nghịch trên đây cũng thuộc những phản ứng bù trừ của cơ thể trước mỗi một biến đổi của các chỉ số. Khi so sánh giá trị trung bình một số chỉ số xét nghiệm ở đối tượng có HCCH nói chung nhận thấy sự biến đổi theo mối liên quan nhân-quả với các chỉ số xét nghiệm.

V. KẾT LUẬN

- Dư cân, béo phì và tăng tỉ số vòng bụng/ vòng mông, rối loạn lipid máu, tăng huyết áp,

giảm protein, albumin, huyết sắc tố làm gia tăng có ý nghĩa tỉ lệ mắc HCCH.

- Nồng độ trung bình cholesterol, LDL-C, triglycerid, glucose, acid uric máu tăng; nồng độ protein, albumin, hồng cầu, huyết sắc tố, hematocrit thấp hơn đối tượng có HCCH so với đối tượng không có HCCH.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Bảo Dũng, Trần Văn Chung và cs (2004)**. Hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2tại Bệnh viện Đakhoa tỉnh Bình Định (2003 –2004). *Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học Hội nghị Nội tiết – Đái tháo đường miền Trung mở rộng lần thứ IV:231 –6.*
2. **Nguyễn Trung Huy, Nguyễn Hải Thủy (2005).** Đặc điểm lâm sàng và rối loạn thành phần huyết học ở đối tượng có chế độ ăn trường chay. *Tạp chí Y học thự chành, Kỳ yếu toàn văn các đề tài khoa họcĐại hội Hội Nội tiết – Đái tháo đường Quốc gia Việt Nam lần thứ III:tr393-402.*
3. **Nguyễn Trung Huy, Nguyễn Hải Thủy(2005).** Khảo sát rối loạn chuyển hóa protid ở đối tượng ăn trường chay.*Tạp ch Y học thực hành, Kỳ yếu toàn văn các đề tài khoa học Đại hội Hội Nội tiết–Đái tháođường Quốc gia Việt Nam lần thứ III:tr432-42.*
4. **Alberti K G, Zimmet P, Shaw J (2006).** Metabolicsyndrome–a new world wide definition. A concensusstatement from the IDF. *Diabetic Medicine 23:469– 80.*
5. **Lee W J, Huang M T, Wang W et al (2004).** Effects of obesity surgery on the metabolic syndrome. *Archsurg; 139:1088–92.*
6. **Samson S L, Garber A J** (2014). Metabolic syndrome. *Endocrinol Metab Clin North Am.* 2014 Mar; 43(1): 1-23. doi: 10.1016/j.ecl.2013.09.009.
7. **Varagas E R, Vinas M R A, Delisle H(2007)**. Prevalence of the metabolic syndrome and associated life styles in adult males from Oaxaca, Mexico. *Salud Publica Mex;49: 94 –102.*
8. **Yatsuya H (2007).** Pathophysiologic mechanism of obesity and related metabolic disonders. *An epidemologic study using questionnaire and serologic biomarkers, J of Epidemeology,* Vol 17, N0 5: 141– 45.

ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU MẠCH XUYÊN VÁCH TỪ ĐỘNG MẠCH MŨ ĐÙI NGOÀI Ở NGƯỜI VIỆT NAM

Trần Đăng Khoa*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả và đo đạc một số kích thước mạch xuyên vách gian cơ ra da của hệ thống ĐMMĐN trên xác người Việt Nam. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 30 xác gồm 17 xác nam và 13 xác nữ. **Kết quả:** mạch xuyên vách gian cơ ra da chiếm 8.9% tổng số mạch xuyên, 97.3% có nguồn gốc từ nhánh xuống, đường kính nguyên uỷ trung bình 1.1 ± 0.6mm, chiều dài trung bình 6.7 ± 26.3 mm. **Kết luận:** mạch xuyên loại S chiếm tỉ lệ không cao, có đường kính nguyên uỷ > 0.5mm (95%), có hướng đi ra trước hoặc hướng xuống dưới về phía xương bánh chè, chếch với bề mặt da, tập trung cao ở trung điểm đường chuẩn đùi.

Từ khóa: Động mạch mũ đùi ngoài, nhánh xuống ngoài, mạch xuyên, mạch xuyên vách.

SUMMARY

SURGICAL ANATOMY OF THE SEPTAL PERFORATORS OF THE LATERAL CIRCUMFLEX FEMORAL ARTERY (STUDY ON VIETNAMESE CADAVER)

Objectives: Describe and measure some sizes of the septal perforator of lateral circumflex femoral artery on vietnamese cadavers. **Methods:** cross-sectional study on 30 cadavers included 17 males and 13 females. **Results:** the septal perforators have a low rate (8.9% of total perforators), the origin of septal perforators from descending branch are 97.3%, the original diameter is 1.1mm ± 0.6mm, the average length is 6.7±26.3mm. **Conclusion:** the septal perforators have a low rate, the original diameter is greater than 0.5mm (95%), running to the front or going down to the patella, angling with skin surface and a high concentration in the middle of the femoral axis.

Key words: Lateral circumflex femoral artery, branch perforators, septal perforators.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các nhánh lên – ngang – xuống của động mạch mũ đùi ngoài trên đường đi cho các nhánh động mạch xuyên cơ hoặc xuyên qua cân ra nuôi da, gọi tắt là các mạch xuyên da. Các mạch xuyên da này là cơ sở để thiết kế các vạt da mà loại vạt nổi tiếng nhất chính là vạt đùi trước ngoài, dựa trên nền tảng cấp máu của nhánh xuống của động mạch mũ đùi ngoài, đang được nghiên cứu và ứng dụng rộng rãi trên khắp thế giới, đặc biệt là ở châu Á [1]. Vạt đùi trước ngoài được mô tả lần đầu bởi Song và cộng sự [3] năm 1984. Nhánh mạch xuyên nuôi vạt được mô tả như là mạch xuyên vách gian cơ ra da, tỷ lệ loại mạch xuyên này theo nghiên cứu của tác giả trên 9 vạt là 100%. Tuy nhiên những nghiên cứu sau đó nhận thấy rằng loại mạch xuyên chủ yếu của vùng này là loại mạch xuyên cơ – da, loại mạch xuyên vách gian cơ – da chiếm tỷ lệ ít hơn nhiều.

*Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, TPHCM
Chịu trách nhiệm chính: Trần Đăng Khoa
Email: khoatrandr@gmail.com
Ngày nhận bài: 28/10/2018
Ngày phản biện khoa học: 15/11/2018
Ngày duyệt bài: 29/11/2018

Ở Việt nam cho đến nay, chúng tôi chưa thấy có tài liệu nghiên cứu về mạch xuyên vách gian cơ ra da được công bố. Chính vì vậy trong bài báo này chúng tôi khảo sát đặc điểm giải phẫu mạch xuyên vách gian cơ ra da (mạch xuyên loại S) của hệ ĐMMĐN trên người Việt Nam, với mục tiêu nghiên cứu như sau:

- Mô tả đặc điểm giải phẫu mạch xuyên vách từ động mạch mũ đùi ngoài

- Đo đạc một số kích thước mạch xuyên vách từ động mạch mũ đùi ngoài trên 30 xác người Việt Nam tại Bộ môn Giải phẫu trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch từ 12/2008 đến 12/2010.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.2 Cỡ mẫu: 60 vùng đùi của xác, không phân biệt nam nữ

2.3 Đối tượng nghiên cứu và **kiểu chọn mẫu:** Chọn thuận tiện các xác có trong phòng lưu trữ xác tại Bộ môn Giải phẫu trường Đại học y khoa Phạm Ngọc Thạch sao cho thỏa tiêu chuẩn nhận :

1. Xác người Việt Nam, trưởng thành trên 18 tuổi

2. Còn nguyên vẹn cả 2 đùi phải trái

3. Không biến dạng, u bướu hay bất thường về giải phẫu vùng đùi, không có phẫu thuật và vết thương trước đó.

Tiêu chuẩn loại: Khi không thỏa các điều kiện trong tiêu chuẩn nhận.

Chỉ số cần thu thập

1. Chỉ số định tính: Nguồn gốc của các mạch xuyên vách ra da của hệ thống động mạch mũ đùi ngoài, tính chất phân loại theo đường đi ra da của các mạch xuyên vách ra da.

2. Chỉ số định lượng: Đường kính và chiều dài của mạch xuyên vách ra da.

Cách tiến hành:

1. Xác được cố định trong dung dịch formalin.

2. Chọn xác thỏa tiêu chuẩn nhận.

3. Tiến hành phẫu tích:

- Đường vẽ và rạch da: dùng xanh methylene và thước dây vẽ 1 đường thẳng đường gai chậu trước trên đến điểm giữa bờ ngoài xương bánh chè (gọi là "Đường chuẩn").

- Xây dựng hệ trục tọa độ Oxy trên bề mặt da vùng đùi trước ngoài với gốc tọa độ O tại gai chậu trước trên; trục Y là đường thẳng nối từ gai chậu trước trên đến điểm giữa bờ ngoài xương bánh chè, hướng dương của trục Y hướng xuống bàn chân; trục X vẽ vuông góc với trục Y tại gai chậu trước trên, hướng dương của trục X hướng ra ngoài.

- Lấy điểm giữa đường chuẩn làm tâm, vẽ một vòng tròn có bán kính là 3cm.

- Dùng dao rạch da dọc theo giữa cơ may (phân chia vùng đùi trước ngòai và vùng đùi trước trong). Bóc tách từ da vào đến cơ.

- Bóc tách dọc theo bờ trong cơ may để vào tam giác đùi, tìm động mạch đùi, động mạch đùi sâu, động mạch mũ đùi ngoài và thần kinh đùi. Sau đó bóc tách dần từ gốc của động mạch mũ đùi ngoài để tìm các phân nhánh ngang và phân nhánh lên, phân nhánh xuống của động mạch này. Tiếp theo đó bóc tách dọc theo đường đi của các phân nhánh lên-nhánh ngang-nhánh xuống để tìm các mạch xuyên vách ra da.

- Tại vị trí mạch xuyên đâm vào da, dùng kim đâm vuông góc với mặt trong da để xác định vị trí của mạch xuyên trên mặt ngoài của da.

4. Thu thập các số liệu nghiên cứu. Sau đó xử lý số liệu: hiệu chỉnh các số liệu thô từ bảng thu thập, mã hóa các biến số, thống kê và phân tích bằng phần mềm SPSS 21. Cuối cùng trình bày số liệu và báo cáo kết quả.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số mẫu: 60 vùng đùi (15 bên phải, 15 bên trái) của 30 xác, trong đó có 17 xác nam (56.7%), 13 xác nữ (43.3%) với độ tuổi trung bình 56 dao động từ 21-84 tuổi.

3.1 Nguồn gốc mạch xuyên vách từ động mạch mũ đùi ngoài

Trong 60 mẫu đùi nghiên cứu chúng tôi tìm được tổng cộng 405 mạch xuyên ra da, trong đó có 106 mạch thuộc chân phải và 209 mạch thuộc chân trái. Đây là tất cả những mạch xuyên của hệ thống động mạch mũ đùi ngoài. Trong tổng số này, có 36 mạch xuyên vách gian cơ ra da, nguồn gốc đa số từ nhánh xuống (97.3%), còn lại là từ thân chung lên – ngang.

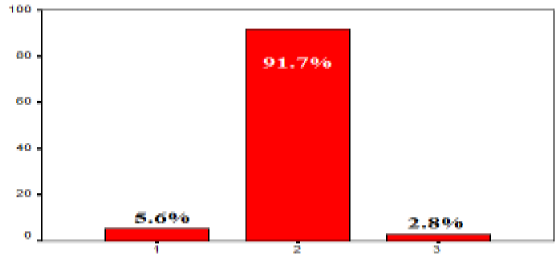
Hình 1. Các loại mạch xuyên ra da

3.2. Một số kích thước mạch xuyên vách từ động mạch mũ đùi ngoài*:* Đường kính nguyên uỷ các mạch xuyên vách củả hệ ĐMMĐN trung bình là 1.1 ±0.6mm, 86.1% có đường kính > 0.5mm. Đường kính vào da của mạch xuyên loại S trung bình là 1.07 ± 0.6mm, 80.6% có

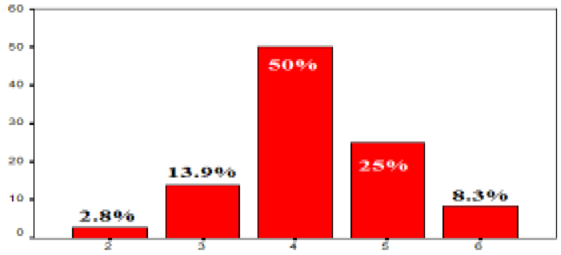
đường kính >0.05. Các mạch xuyên này có chiều dài trung bình là 6.7 ± 26.3mm. Các nhánh xuyên tìm được có chiều dài ngắn nhất là 10mm và dài nhất là 95mm. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các kích thước này ở hai chân phải và trái với giá trị p > 0.05.

3.3. Phân bố vị trí mạch xuyên loại S trên bề mặt da: Xét về hướng đi của các mạch xuyên loại S theo trục dọc đùi, chúng tôi ghi nhận đa số mạch xuyên này chạy hướng ra trước hoặc hướng xuống dưới về phía xương bánh chè với tổng tỉ lệ 80.6%. Khi xét theo trục ngang đùi, các mạch xuyên này đa số tập trung ở phía trong đường chuẩn đùi (52.8%). Góc vào da của các mạch xuyên loại S đa số từ $36^0 - 72^0$ (41.7%), nghĩa là các mạch xuyên loại này đa số đi chếch so với bề mặt da bên trên.

Hình 2. Hướng của mạch xuyên theo chiều dọc của đùi



Biểu đồ 1. Phân lớp đùi 3 khoảng



Biểu đồ 2. Phân lớp đùi 8 khoảng

Khi chia đường chuẩn đùi thành 3 và 8 khoảng bằng nhau, chúng tôi ghi nhận các mạch xuyên loại S tập trung rất cao ở trung điểm của đường chuẩn, 91.7% ở khoảng 2/3 và 50% ở khoảng 4/8 (biểu đồ 1, 2).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Nguồn gốc mạch xuyên vách từ động mạch mũ đùi ngoài

Chúng tôi tìm thấy trung bình 0.7 mạch xuyên loại S/chân, số nhánh dao động từ 0 đến 2 mạch trong mỗi đùi. Tỉ lệ này là khá thấp nếu so sánh với kết quả của các tác giả khác [1],[3], tuy nhiên da các tác giả này đều khảo sát tất cả các loại mạch xuyên của hệ ĐMMĐN chứ không khảo sát riêng mạch xuyên loại S như chúng tôi.

Nhánh xuống cho 35 mạch chiếm 97.3% và thân chung lên – ngang cho 1 mạch chiếm 2.7% tổng số nhánh xuyên loại S. Năm 1984. Song và các cộng sự đã lần đầu miêu tả vạt đùi trước ngoài như một vạt có mạch xuyên là loại xuyên vách gian cơ [4]. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi lại cho thấy tỉ lệ mạch xuyên vách gian cơ ra da (mạch xuyên loại S) chiếm tỉ lệ không cao (8.9% tổng số mạch xuyên ra da). Kết quả này khá tương đồng với kết quả của Luo [4], Wei [5] và Demirkan [6].

Bảng 1. So sánh các loại mạch xuyên giữa các nghiên cứu

Tác giả (năm)	Mẫu nghiên cứu	Mạch xuyên vách gian cơ da (%)
SONG [2] 1984	9 VẠT	100
KOSHIMA [7] 1989	13 VẠT	61.5
ZHOU [8] 1991	32 VẠT	37.0
LUO [4] 1999	10 XÁC	20.0
DEMIRKAN [6] 2000	59 VẠT	12.0
WEI [5] 2002	672 VẠT	13.0
CHOI [1] 2007	19 XÁC	17.5
TANSATIT [3] 2008	30 XÁC	23.1
Nghiên cứu của chúng tôi 2014	30 XÁC	8.9

Nhận xét: Tỉ lệ các loại mạch xuyên vách gian cơ ra da đa số không vượt quá 40% trong các nghiên cứu của các tác giả trên thế giới.

4.2. Một số kích thước mạch xuyên vách từ động mạch mũ đùi ngoài: Đường kính nguyên uỷ các mạch xuyên vách củả hệ ĐMMĐN trung bình là 1.1 ± 0.6mm, trong đó có 86.1% có đường kính > 0.5mm. Đường kính vào da của mạch xuyên loại S trung bình là 1.07 ± 0.6mm. Các mạch xuyên tìm được có chiều dài ngắn nhất là 10mm và dài nhất là 95mm. So với 160 mạch xuyên của 38 vùng đùi trong khảo sát của Choi S.W.[1] trên người Hàn Quốc, đường kính trung bình của mạch xuyên là 0.9mm, tỉ lệ mạch xuyên >0.5mm đường kính chiếm 68.1%, thì kết quả của nghiên cứu trên người Việt Nam không chênh lệch nhiều về đường kính nhưng có vẻ hơi

lớn hơn về tỉ lệ mạch xuyên > 0.5mm. P.Yu nghiên cứu trên người phương Tây với 72 vạt đùi trước ngoài, với hệ thống mạch xuyên ABC của ông thì có 64.3% trường hợp có đường kính mạch >0.5mm và chú ý rằng những mạch xuyên ở xa (mạch xuyên C) thì đa số là đường kính < 0.5mm (72% tổng số mạch xuyên C), như vậy tỉ lệ mạch xuyên có đường kính > 0.5mm của chúng tôi cao hơn các tác giả này.

Các mạch xuyên loại S thường có chiều dài trung bình là 6.7 ± 26.3mm. Kết quả này cho thấy mạch xuyên loại S không phải là một nhánh dài, nên trong những trường hợp cần sử dụng vạt da có cuống dài thì mạch xuyên loại S có vẻ không thích hợp. Tác giả Choi S.W.[1] thì đo đạc từ vị trí xuất phát của nhánh xuống đến tận vị trí mạch xuyên ra da, chiều dài trung bình của đoạn này là 83.3 mm, dài hơn rất nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi.

4.3. Phân bố vị trí mạch xuyên loại s trên bề mặt da

Khi đối chiếu vị trí mạch xuyên loại S trên bề mặt da, chúng tôi ghi nhận 80.6% mạch xuyên loại S chạy hướng ra trước hoặc hướng xuống dưới về phía xương bánh chè, chếch với bề mặt da một góc $36^0 - 72^0$ (xét theo trục dọc đùi) và 52.8% mạch xuyên loại S tập trung ở phía trong đường chuẩn đùi (xét theo trục ngang).

Trong nghiên cứu của Tansatit [3] thì tác giả nhận thấy rằng các mạch xuyên tập trung ở 1/3 giữa đùi. Chúng tôi cũng thử chia đường chuẩn trong nghiên cứu ra thành 3 khoảng đều nhau và nhận thấy rằng các mạch xuyên loại S có tập trung tại phân khoảng 1/3 giữa, tỉ lệ 91.7%. Tuy nhiên, chiều dài của một khoảng 1/3 đùi này là khá lớn nên chúng tôi đề nghị một cách chia đường chuẩn đùi thành 8 khoảng bằng nhau, và ghi nhận mạch xuyên loại S tập trung nhiều nhất ở ngay điểm giữa đường chuẩn (50%) và hai phân khoảng lân cận là 3/8 (13.9%) và 5/8 (25%). Đây là những kết quả có tính ứng dụng quan trọng trong việc tìm kiếm các mạch xuyên loại S trong thao tác với vạt đùi trước ngoài.

V. KẾT LUẬN & ĐỀ XUẤT

Mạch xuyên ra da loại S chiếm tỉ lệ không cao (8.9% tổng số mạch xuyên ra da), đa số có đường kính nguyên uỷ > 0.5mm (95%), chiều dài mạch xuyên trung bình 6.7 ± 26.3 mm. Các mạch xuyên loại S có hướng đi ra trước hoặc hướng xuống dưới về phía xương bánh chè, chếch với bề mặt da, và tập trung cao ở trung điểm đường chuẩn đùi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Choi Sung-Weon D, Joo-Yong Park, Mi-Sun Hur** (2007), "*Anatomic Studies : An Anatomic Assessment on Perforators of the Lateral Circumflex Femoral Artery for Anterolateral Thigh Flap*", p. 866-71.
2. **Song Y.G.** (1984), "The free thigh flap: a new free flap: Concept based on the septocutaneous artery", Br J Plast Surg, p.37-149.
3. **Tansatit Tanvaa M, Samang Wanidchaphloi M, Pasinee Sanguansit M** (2008), "The Anatomy of the Lateral Circumflex Femoral Artery in Anterolateral Thigh Flap", J Med Assoc Thai, 91(9), p.1404-8.
4. **Luo Shengkang, Wassim Raffoul, Piaget F.** (1999), "*Anterolateral Thigh Fasciocutaneous Flap in the Difficult Perineogenital Reconstruction*", *Plastic And Reconstructive Surgery*,105, p.171-3.
5. **Wei Fu-chan, Vivek Jain, Naci Celik** (2001), "*Have We Found an Ideal Soft-Tissue Flap? An Experience with 672 Anterolateral Thigh Flaps*", *Plastic And Reconstructive Surgery*, 109(7), p.2227-31.
6. **Demirkan F., Wei F.C., Chen H.H.** (2000), "*The versatile anterolateral thigh flap: a musculocutaneous flap in disguise in head and neck reconstruction*", British Journal of Plastic Surgery, 53, p.30-6.
7. **Koshima Isao MYN, Tsutsui Tetsuya, Yoshio Takahashi** (2002), "*New Anterolateral Thigh Perforator Flap With a Short Pedicle for Reconstruction of Defects in the Upper Extremities*", Ann Plast Surg, 51, p.30-6.
8. **Zhou Gang Q.X.Z, Chen Guang-Yu** (2004), "*The earlier clinic experience of the reverse-flow anterolateral thigh island flap*", British Journal of Plastic Surgery, 58, p. 160–4.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT NỘI SOI U TUYẾN GIÁP TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Nguyễn Quang Trung*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật cắt tuyến giáp nội soi gần đây đã phát triển nhanh chóng trong lĩnh vực phẫu thuật tuyến giáp kể từ khi Gagner mô tả phẫu thuật cắt tuyến cận giáp lần đầu tiên năm 1996[1]. Bệnh

**Bệnh viện Ung bướu Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Trung
Email: thaibatapchimtu@gmail.com
Ngày nhận bài: 8.10.2018
Ngày phản biện khoa học: 3.11.2018
Ngày duyệt bài: 21.11.2018

viện Ung bướu Nghệ An áp dụng kỹ thuật này từ năm 2011. Có nhiều cách tiếp cận tuyến giáp cho việc phẫu thuật nội soi tuyến giáp của nhiều tác giả trên thế giới. Nghiên cứu này chúng tôi chọn phương pháp tiếp cận bằng đường nách và quầng vú để thực hiện phẫu thuật này. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh kết quả của phẫu thuật nội bệnh lý tuyến giáp tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 89 bệnh nhân (BN) được phẫu thuật nội soi tuyến giáp tại Bệnhviện Ung bướu Nghệ An từ tháng 1 năm 2017 đến hết tháng 12 năm 2017. **Kết quả nghiên cứu:** 89BN tuổi từ 16 đến 51, Nữ chiếm 87,64%), kích thước bướu từ 0,7 – 7,0cm, Tất cả bệnh nhân đều được thực hiện thành công với phương pháp mổ nội soi. Có 65 trường hợp (73,03%) bướu thùy phải, có 24 trường hợp (26,97%) bướu thùy trái. ***Chúng tôi thực hiện cắt thùy cho*** 75 trường hợp (84,27%). Thời gian mổ trung bình 70,35±15,21 phút, thời gian nàm viện trung bình 5,45± 0.36 ngày. Không có biến chứng do CO_2 gây ra. Có 3 trường hợp bị khàn tiếng sau mổ do trong quá trình mổ bị chấn thương thần kinh quặt ngược thanh quản nhưng sau đó bệnh nhân hồi phục hoàn toàn sau 3 tháng. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt bướu giáp tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An là an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: U tuyến giáp, phẫu thuật nội soi

SUMMARY

EVALUATING THE RESULT OF ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY AT THE NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

Introduction: Endoscopic thyroidectomy is a recently developed procedure in the field of thyroid surgery since the first description of endoscopic parathyroidectomy by Gagner in 1996. The Nghe An Oncology hospital had applied this technique from 2011. There are ways to approach tothyroid gland for this procedure of many authors in the world. The present study reviews our initial experiences with endoscopic thyroidectomy using ipsilateral axillary and breast areolar approach to evaluate its safety and feasibility. **Purpose:** To evaluate the result of endoscopic thyroidectomy. **Methods:** Prospective and descriptive study. **Results:** 89 patients, age: 16-51 years old, female: 87,64%, the tumoral diameter: 0,7-7,0cm. All patients were successfully performed with endoscopic procedure. 65 cases (73,03%) from right lobe,24 cases (26.9%) from left lobe. Endoscopic procedures were 75 lobectomies(84,27%). The operating time 70,35±15,21 minutes, the mean length of the hospital stay was 5,45± 0.36 days. No CO2 gas-related complications, such as subcutaneous emphysema or hypercapnia. There was three case of hoarseness due to recurrent aryngeal nerve injury but patients recovered for 3 months. **Conclusion:** The endoscopic thyroidectomy at Nghe An Oncology hospital is safety and feasibly.

Keywords: Endoscopic thyrodectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu giáp là một bệnh lý phổ biến trên thế giới nói chung và ở Việt Nam nói riêng. Hằng năm Bệnh viện Ung bướu Nghệ An phẫu thuật khoảng hơn 1000 trường hợp bướu cổ và số lượng BN ngày một tăng trong những năm gần đây.

Phẫu thuật tuyến giáp kinh điển, sẹo mổ ở cổ luôn luôn lộ ra bên ngoài, ai cũng nhìn thấy, nhất là khi vết mổ dài và bị sẹo lồi, trong khi đó Phẫu thuật nội soi (PTNS) tuyến giáp thì sẹo mổ nhỏ được che lại khi mặc quần áo và không có sẹo mổ ở cổ. Như vậy về mặt thẩm mỹ phẫu thuật nội soi tuyến giáp có ưu điểm hơn hẳn so với mổ mở.

Từ năm 2002, chỉ mới có một số bệnh viện như Nhân Dân Gia Định, Nội Tiết Trung ương, Chợ Rẫy, Trưng Vương, Bình Dân thực hiện được PTNS tuyến giáp. Hiện nay nhiều bệnh viện đã thực hiện được phẫu thuật này và nó dần thay thế các phẫu thuật mổ mở kinh điển.

Bệnh viện Ung bướu Nghệ An chúng tôi đã triển khai PTNS tuyến giáp từ năm 2011, chỉ định trong trường hợp bướu đơn nhân và đa nhân 1 thùy. Hiện nay chỉ định PTNS được mở rộng rất nhiều kể cả trong những trường hợp ung thư tuyến giáp hay u đa nhân 2 thùy tuyến giáp.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm***:*** *"Đánh giá kết quả của phẫu thuật nội soi tuyến giáp tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ tháng 1/2017 đến hết tháng 12/2018".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật nội soi tuyến giáp tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ tháng 1/2017 đến hết tháng 12/2017.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân (BN):

- Bướu giáp dạng nhân hoặc nang ở một thùy có kích thước một thùy ≤ 7,0cm.
- K giáp T1N0M0,tuyến giáp còn di động theo nhịp nuốt, không có khàn tiếng.
- Bệnh nhân đồng ý PTNS

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có bệnh lý tim mạch, hô hấp đang được điều trị chưa ổn định, bệnh lý rối loạn đông máu.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Bướu bị viêm gây dính vào các cơ xung quanh
- Bướu Basedow
- Bệnh nhân bị bướu giáp tái phát sau phẫu thuật
- Bệnh nhân đã được mổ ở vùng cổ, dưới đòn

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả cắt ngang

2.3.Mô tả kỹ thuật nội soi bướu giáp:

Phương pháp vô cảm: Mê NKQ.

Tư thế BN và phẫu thuật viên:

- BN nằm ngửa, đầu nghiêng về bên đối diện thùy giáp có u

• Độn gối ở dưới 2 vai và cổ để cổ ưỡn ở mức độ trung bình

• Phẫu thuật viên đứng cùng bên thùy giáp có u, người phụ đứng dưới PTV cùng bên khối u.

Đường vào tuyến giáp: Theo đường bên

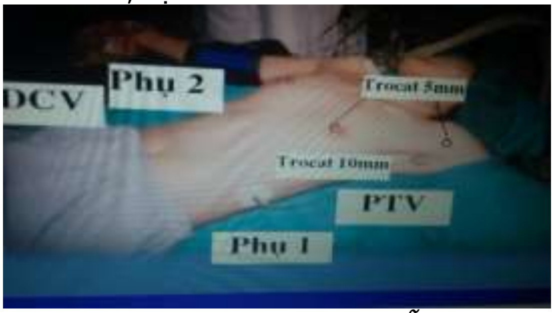
- Vị trí đặt troca: 1 trocar ở rãnh delta-ngực cùng bên bướu, 1 trocar ở quầng vú cùng bên bướu tại điểm 2 giờ (mổ bên thùy phải) và 10 giờ (mổ bên thùy trái). Đặt 2 trocar 5mm dưới sự quan sát của camera sao cho đều vào đường bóc tách của khí CO2 và vị trí ngoài da cách đều trocar 10mm.

- Bơm hơi CO2 áp lực 7-9mmHg, sau đó tiếp tục tách lớp cơ bám da bằng dụng cụ nội soi để tạo phẫu trường mổ.

- Tách vạt da: Dùng dao điện bộc lộ khoang vô mạch lên trên cho tới sụn giáp, tách bề rộng vạt da từ bờ ngoài của cơ ức-đòn-chũm bên thùy giáp bệnh tới đường giữa

- Tách cơ theo đường bên

- Bộc lộ tuyến giáp, đánh giá xử trí tổn thương, lấy bệnh phẩm bằng túi ni lon qua lỗ troca 10mm, đặt dẫn lưu.



Hình 3.1. *Tư thế bệnh nhân và phẫu thuật viên*

2.3.1. Phương pháp phẫu thuật: Cắt bán phần 1 thùy giáp kèm u, cắt một thùy tuyến giáp, cắt toàn bộ tuyến giáp.

2.3.2. Thời gian phẫu thuật và thời gian nằm viện

2.3.3. Biến chứng sau mổ: Tụ dịch, chảy máu, tổn thương dây thần kinh quặt ngược, tê bì vùng mổ, hạ canxi máu...

2.3.4. Thất bại mổ nội soi chuyển sang mổ hở.

2.3.5. Sự hài lòng của người bệnh sau mổ

2.4. Xử lý số liệu : Phần mềm SPSS 20.0

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu: Được sự đồng ý của người bệnh và được Hội đồng đạo đức Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An đồng ý.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tuổi

Bảng 3.1: Tuổi trung bình

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ %
<20	5	5.62
20 - 29	30	33,71
30-39	38	42,69
40-49	15	16,85
≥50	1	1,12

Nhận xét: Nhóm tuổi thường gặp nhất là từ 30-39 tuổi. Tuổi trung bình: 30,5 ± 3.1 tuổi (15-51 tuổi)

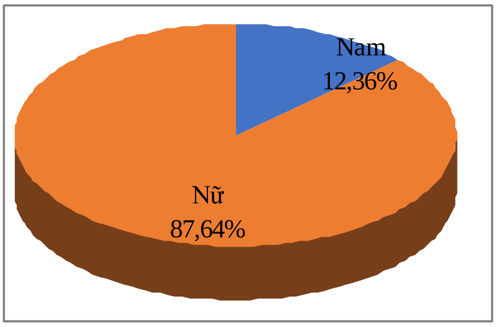
3.2. Kích thước u trên siêu âm

Bảng 3.2. Kích thước u trên siêu âm

Kích thước (cm)	Số lượng	Tỉ lệ %
<4	66	74,16
≥4	23	25,84
Tổng	**89**	**100**

Nhận xét: Kết quả cho thấy kích thước bướu ở trong lô nghiên cứu chủ yếu là <4 cm, chiếm 74,16%.

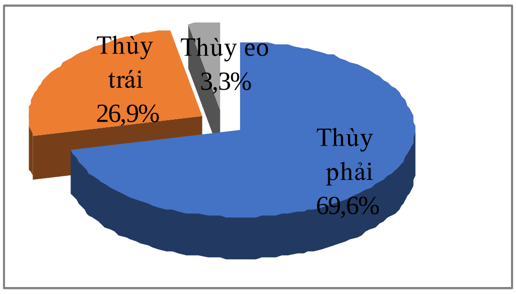
3.2. Phân bố về giới tính



Biểu đồ 3.1. Phân bố về giới tính

Nhận xét: Đa số BN PTNS bướu cổ là nữ giới chiếm 87,64%

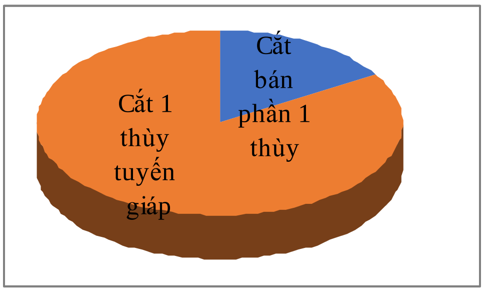
3.4. Vị trí u trên siêu âm



Biểu đồ 3.2. *Vị trí u trên siêu âm*

Nhận xét: Kết quả cho thấy nhân giáp chủ yếu nằm ở 2 thùy, ít ở eo giáp, gặp ở thùy phải nhiều hơn thùy trái

3.5. Cách thức phẫu thuật



Biểu đồ 3.3. *Phương pháp phẫu thuật*

Nhận xét: 75 BN được cắt 1 thùy TG chiếm 84,27%

3.6. Thời gian mổ

Bảng 3.3. Thời gian mổ (phút)

Nhỏ nhất	Trung bình	Lớn nhất
35	70,35±15,21	125

Nhận xét: Thời gian PTNS trung bình là 70,35 phút, ngắn nhất là 35 phút

3.7. Thời gian nằm viện: Thời gian tính từ ngày mổ đến ngày BN được xuất viện

Bảng 3.4. Thời gian hậu phẫu (ngày)

Nhỏ nhất	Trung bình	Lớn nhất
3	4,75±0,98	11

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình là 4,75 ngày, nhỏ nhất là 3 ngày lớn nhất là 11 ngày.

3.8. Thời gian rút dẫn lưu

Bảng 3.5. Thời gian rút dẫn lưu (ngày)

Thời gian / SL, TL	≤3 ngày	>3 ngày	Tổng
Số lượng	65	24	89
Tỷ lệ %	73,03	26,97	100

Trung bình: 2,64±0,65 ngày

Nhận xét: Đa số BN được rút dẫn lưu 3 ngày sau mổ chiếm 73,03%.

3.9. Biến chứng trong thời gian hậu phẫu

Bảng 3.6. Các biến chứng hậu phẫu

SL, TL / Tai biến	Số lượng	Tỷ lệ %
Chảy máu trong mổ	0	0
Tụ dịch, phù nề	6	6,74
Nhiễm trùng	3	3,37
Khàn tiếng	3	3,37

Nhận xét: Có 3 BN khàn tiếng sau mổ, trong đó có 1 BN hết khi ra viện, 2 BN khỏi sau 3 tháng. Không có BN phải chuyển mổ mở, có 2 BN bị tràn khí dưới da nhẹ tự khỏi.

3.10. Sự thoải mái đối với sẹo mổ của BN: Sau mổ BN được hỏi về cảm giác với vết sẹo của mình.

Bảng 3.8. Kết quả sự thoải mái đối với sẹo mổ của BN

Mức độ / SL,TL	Không thoải mái	Thoải mái	Rất thoải mái	Tổng
Số lượng	9	20	60	89
Tỷ lệ %	10,11	22,47	67,42	100

Nhận xét: *Đa số BN (89,8%) sau mổ nội soi thoải mái với sẹo mổ của mình*

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tuổi, giới: Tuổi trung bình là 30,5±3,1, chủ yếu là nữ chiếm (87,64%). Nghiên cứu trên 750 trường hợp của Trần Ngọc Lương[2] tuổi trung bình là 28,3 và tỉ lệ nữ giới là 95,1%. Của tác giả Đỗ Hữu Liệt [3] trên 426 bệnh nhân thì nữ chiếm 93%, tuổi trung bình là 36,5 tuổi.

4.2 Kích thước bướu và vấn đề chỉ định phẫu thuật. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân của chúng tôi là bướu đơn nhân hoặc đa nhân 1 thùy có kích thước mỗi thùy ≤ 7,0 cm, ung thư tuyến giáp T1N0M0. Trần Ngọc Lương[2] chỉ định phẫu thuật: bướu giáp nhân, bướu giáp đa nhân, Basedow, ung thư tuyến giáp với kích thước từ 1 – 5,8cm. Đỗ Hữu Liệt[3] chỉ định phẫu thuật cho bướu giáp nhân lành tính có kích thước ≤ 6cm. Hiện nay chưa có một chỉ định thống nhất cho phẫu thuật nội soi tuyến giáp, chỉ định tùy thuộc từng phẫu thuật viên và từng trường hợp cụ thể.

Chỉ định cắt thùy, hay cắt bán phần một thùy tuyến giáp tùy thuộc và kích thước khối u và vị trí khối u. Nghiên cứu của chúng tôi có 6 trường hợp (thêm 1 trường hợp STTT trong mổ là K giáp) ung thư tuyến giáp được chỉ định cắt 1 thùy tuyến giáp + eo giáp.

4.3. Biến chứng sau mổ. Chúng tôi có 6 bệnh nhân tụ dịch sau mổ, trong đó có 2 bệnh nhân tụ dịch sau nhiễm trùng vết mổ. Tất cả 6 bệnh nhân này đều được điều trị ổn định bằng chọc hút dịch. Có 3 bệnh nhân bị nhiễm trùng vết mổ, cấy định danh vi khuẩn đều kháng nhiều loại kháng sinh, điều trị bằng kháng sinh liều cao. 3 trường hợp khàn tiếng tạm thời sau mổ, trong đó có 2 trường hợp khối u to nằm sát chỗ đổ vào của thần kinh quặt ngược thanh quản, nên tổn thương thần kinh (khỏi sau 4 tuần) còn 1 trường hợp tổn thương do dao siêu âm chạm vào thần kinh (trường hợp này khỏi sau 3 tháng). Không có trường hợp nào chảy máu sau mổ.

Trần Ngọc Lương [2] ghi nhận có 1 ca chảy máu mổ lại, 1 ca khàn tiếng sau mổ (750 bệnh nhân). Đỗ Hữu Liệt[3] ghi nhận 2,1% trường hợp chảy máu, 3,5%, 11.2 % khàn tiếng tạm thời

4.4. Thời gian phẫu thuật và thời gian nằm viện. Thời gian mổ là bình 70,35±15,21 ngắn nhất 35 phút, kéo dài nhất 125 phút. Thời gian nằm viện sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là 5,45± 0.36 ngày. Jeryong[4] phẫu thuật trung bình là 89,93 phút, thời gian nằm viện là 5,37 ngày. Jun-ho Choe[5] là 165,3 phút và thời gian nằm viện là 4 ngày.Trịnh Minh Tranh[6] phẫu thuật trung bình 125,02 và thời gian nằm viện là 4,58 ngày. Thời gian nằm viện và thời gian phẫu thuật của chúng tôi không khác biệt nhiều so với các tác giả khác.

4.5. Kết quả thẩm mỹ, sự hài lòng của người bệnh. 86 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi hài lòng với kết quả phẫu

thuật. Có 3 bệnh nhân bị nhiễm trùng vết mổ chưa hài lòng về phẫu thuật do vùng mổ viêm, xơ dính, dị cảm. Trong các nghiên cứu trong và ngoài nước [2-4-5] đều khẳng định tính thẩm mỹ, tâm lý tự tin của bệnh nhân sau mổ bướu cổ nội soi.

V. KẾT LUẬN

Nữ 78 BN chiếm 87,64%, thời gian mổ là 70,35±15,21 phút (35 đến 125 phút), thời gian nằm viện 5,45±0.36 ngày, không có trường hợp nào chảy máu sau mổ phải mổ lại, tụ dịch sau mổ 6,74%, tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ và khàn tiếng tạm thời là 3,37%.

Chúng tôi nhận thấy đây là phương pháp phẫu thuật an toàn, hiệu quả và thẩm mỹ cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **M. Gagner (1996).** Endoscopic subtotal parathyroidectomy in patients with primary hyperparathyroidism. *Br J Surg,* 83(6), 875.
2. **Trần Ngọc Lương (2005).** Một số nhận xét về kỹ thuật mổ nội soi tuyến giáp bằng đường thành ngực trước và đường nách: qua 200 trường hợp bướu nhân ở 1 thùy. *Tạp chí y học thực hành,* 8(517), tr.38-41.
3. **Đỗ Hữu Liệt (2015).** Phẫu thuật nội soi tuyến giáp đường tiếp cận nách và quầng vú. *Y học thành phố Hồ Chí Minh,* 12(4), tr. 22-27.
4. **K. Jeryong, L. Jinsun, K. Hyegyong và cộng sự (2008).** Total endoscopic thyroidectomy with bilateral breast areola and ipsilateral axillary (BBIA) approach. *World J Surg,* 32(11), 2488-2493.
5. **J. H. Choe, S. W. Kim, K. W. Chung và cộng sự (2007).** Endoscopic thyroidectomy using a new bilateral axillo-breast approach. *World J Surg,* 31(3), 601-606.
6. **Trịnh Minh Tranh (2008).** So sánh sử dụng khung nâng với bơm khí co_2 tạo phẫu trường trong phẫu thuật nội soi tuyến giáp. *Y học thành phố Hồ Chí Minh,* 12(4), tr.272-276.

NGHIÊN CỨU CHU VI THÂN RĂNG CỐI LỚN HÀM TRÊN

Huỳnh Kim Khang*, Trương Châu Bửu Lộc*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định mối liên quan giữa chu vi thân răng cối lớn hàm trên và đặc điểm Carabelli. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang phân tích, mẫu nghiên cứu gồm 45 răng cối lớn hàm trên (Carabelli độ 0 là 16 răng, dạng hố rãnh là 16 răng, dạng núm là 13 răng). Chu vi thân răng được xác định bằng cách vẽ một đường viền vòng theo bờ viền của răng dựa trên ảnh chụp kĩ thuật số, đường viền được vẽ và đo đạc bằng phần mềm Autocad 2007 trên máy vi tính. **Kết quả**: Chu vi thân răng cối lớn thứ nhất và thứ hai hàm trên khác biệt nhau không nhiều về kích thước ở cả 3 hạng như hạng 0 (38,5mm và 38,4mm), hạng 1 (39,6 mm và 39,7mm), hạng 2 (40,7mm và 40,8mm). Sự khác biệt về chu vi thân răng cối lớn thứ nhất và thứ hai hàm trên ở các dạng biểu hiện của đặc điểm Carabelli là có ý nghĩa thống kê (p< 0,05). Mối tương quan giữa chu vi thân răng cối lớn thứ nhất và thứ hai hàm trên với đặc điểm Carabelli lần lượt là 0,655 và 0,783, mức ý nghĩa p <0,01. **Kết luận**: Có sự tương quan thuận giữa đặc điểm Carabelli và chu vi thân răng cối lớn thứ nhất và thứ hai hàm trên. Sự tương quan giữa đặc điểm Carabelli và chu vi thân răng ở răng cối lớn thứ hai nhiều hơn răng cối lớn thứ nhất.

Từ khóa: Chu vi thân răng, răng cối lớn hàm trên.

**Trường Đại học Y Dược TPHCM*

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Kim Khang

Email: kimkhanghuynh@yahoo.com

Ngày nhận bài: 10/10/2018

Ngày phản biện khoa học: 10/11/2018

Ngày duyệt bài: 28/11/2018

Ký hiệu: RCL1, M1: răng cối lớn thứ nhất, răng cối lớn 1; RCL2, M2: răng cối lớn thứ hai, răng cối lớn 2; TB: trung bình, ĐLC: độ lệch chuẩn.

SUMMARY

STUDY ON CROWN PERIMETER OF THE UPPER MOLARS

Objectives: The aim of this study was to determine the correlation between the crown perimeter of the upper molars and Carabelli trait. **Materials and method**: With the cross - sectional and analytic study design, the sample consisted 45 upper molars (no Carabelli (16 teeth); pit, groove form (16 teeth); tubercular form (13 teeth)). Crown perimeter were determined by drawing the outline of the crown based on the digital image, it was drawn and measured by Autocad software 2007. **Results**: Crown perimeter of the upper first and second molars were not significant different in dimension of three forms: no Carabelli (38.5mm and 38.4mm); pit, groove form (39.6mm and 39.7mm); tubercular form (40.7mm and 40.8mm). There were correlation between crown perimeter of the upper first and second molars and Carabelli trait (r=0.655 and r=0.783), p<0.01. **Conclusions**: There were positive correlation between Carabelli trait and crown perimeter of the upper first and second molars. The correlation between Carabelli trait and crown perimeter of the upper second molars were higher than that of the upper first molars.

Key word: The crown perimeter, the upper molars

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, các đặc điểm hình thái răng người và xương người được sử dụng trong nhiều

nghiên cứu về nhân học, sinh học tiến hóa, di truyền học, đánh giá sự di dân, hỗn chủng… Khác với xương, răng có thuận lợi trong việc bảo quản vì chúng được cấu tạo bởi mô khoáng hóa cao hơn, chẳng hạn như men răng, ngà răng và xê măng có khả năng chống lại sự phân hủy của môi trường tốt hơn xương [6].

Răng người và nhiều loài động vật khác nhau được tìm thấy ở hầu hết các di chỉ khảo cổ, do đó răng là đối tượng thuận lợi cho các nghiên cứu về con người. Bởi răng khó bị phá hủy trong lòng đất nên răng trở thành bộ phận có giá trị nhất của cơ thể trong các nghiên cứu về tiến hóa, nhân học. Do đó nghiên cứu hình thái răng giữ vai trò rất quan trọng.

Nhiều nghiên cứu được thực hiện nhằm xác định tỉ lệ biểu hiện của đặc điểm Carabelli cũng như mối liên hệ của nó đối với kích thước răng cối lớn hàm trên. Tuy nhiên vẫn còn có sự bất đồng giữa các tác giả về mối liên hệ giữa kích thước thân răng cối lớn hàm trên và đặc điểm Carabelli. Những nghiên cứu của Keene (1968), Reid (1991), Harris (2007) cho thấy có mối liên hệ giữa mức độ biểu hiện Carabelli và kích thước thân răng cối lớn thứ nhất hàm trên [2,3,7]. Garn và cộng sự (1966) đã kết luận rằng đặc điểm Carabelli là độc lập về mặt di truyền với kích thước răng hay hình thái thân răng[1]. Hiện nay, với sự phát triển mạnh mẽ của khoa học kĩ thuật, các phương pháp đo đạc qua hình ảnh kĩ thuật số được thực hiện dễ dàng và chính xác hơn thông qua các phần mềm ứng dụng và các thiết bị chụp ảnh kĩ thuật số độ nét cao và có liên kết trực tiếp với hệ thống máy tính. Vì vậy các nhà nghiên cứu sẽ phụ thuộc ít hơn vào các kích thước truyền thống của răng như những nghiên cứu trước đây (kích thước ngoài trong và kích thước gần xa) và có thể chuyển sang nghiên cứu các đặc điểm kích thước khác của răng như chu vi thân răng, diện tích các múi răng, khoảng cách giữa các múi răng và tổng diện tích thân răng. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu nghiên cứu là *Xác định mối liên quan giữa chu vi thân răng cối lớn hàm trên và đặc điểm Carabelli.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- Dân số mục tiêu: Răng cối lớn hàm trên thứ nhất và thứ hai.

-Tiêu chí chọn mẫu: Răng cối lớn hàm trên thứ nhất và thứ hai đã nhổ. Răng còn nguyên vẹn thân răng.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Răng đã điều trị nội nha. Răng bị mòn mặt nhai nhiều. Răng bị vỡ lớn mất các thành của thân răng.

***Cỡ mẫu**: 45 răng cối lớn hàm trên (Carabelli độ 0 là 16 răng, dạng hố rãnh là 16 răng, dạng núm là 13 răng)

***Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang phân tích.

2. Phương pháp nghiên cứu

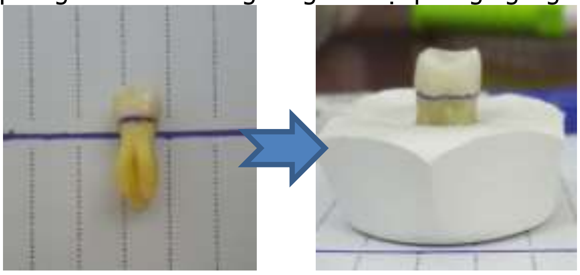
Hình 1. *Cố định máy ảnh.*

- Chụp ảnh kĩ thuật số mặt nhai của răng cối lớn thứ nhất và thứ hai hàm trên với độ phân giải cao. Máy ảnh kĩ thuật số được cố định trên giá đỡ sao cho trục quang học của máy ảnh vuông góc với mặt phẳng ngang (hình 1).
- Thân răng cối lớn hàm trên được đặt sao cho đường cổ răng của răng song song với mặt phẳng ngang và vuông góc với trục quang học của máy ảnh [5]. Răng được cố định bằng cách (hình 2)

- Bước 1: Vẽ đường viền cổ răng trên răng thật.

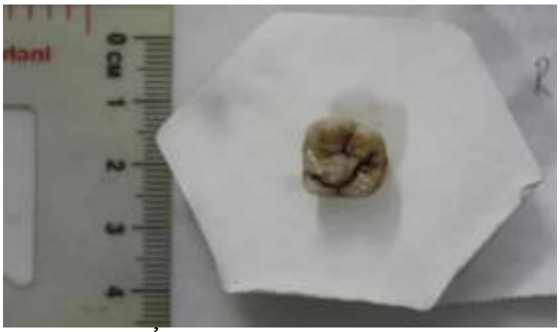
- Bước 2: Đặt răng vào khuôn thạch cao sao cho đường viền cổ răng ở mặt ngoài song song với mặt phẳng ngang.

- Bước 3: Sau đó răng được chôn vào thạch cao theo hướng đã chọn, đế thạch cao được mài phẳng sao cho đế song song với mặt phẳng ngang.



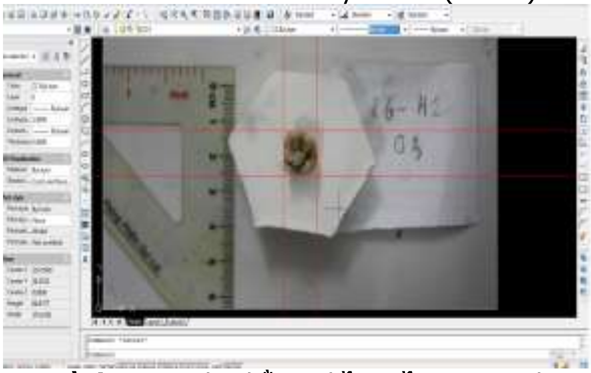
Hình 2. *Cố định răng.*
(Nguồn: Ảnh chụp trong nghiên cứu)

- Răng được đặt lên một mặt phẳng ngang vuông góc với ống kính của hệ thống chụp ảnh. Một thước đo milimét được đặt bên cạnh để việc đo đạc được chính xác hơn (hình 3).



Hình 3. *Ảnh chụp mặt nhai của răng M1.*
(Nguồn: Ảnh chụp trong nghiên cứu)

- Đồng thời, khoảng cách từ ống kính đến răng, ánh sáng, tiêu cự đều giống nhau cho các lần chụp.
- Trong nghiên cứu này chúng tôi tập trung vào chu vi của thân răng, chu vi thân răng được xác định bằng cách vẽ một đường viền vòng theo bờ viền của răng dựa trên ảnh chụp kĩ thuật số, đường viền được vẽ và đo đạc bằng phần mềm Autocad 2007 trên máy vi tính (hình 4).



Hình 4. *Đo đạc bằng phần mềm Autocad.*
(Nguồn: Ảnh chụp trong nghiên cứu)

- Sai số giữa các lần đo khác nhau trên cùng 1 mẫu được gọi là sai số kĩ thuật và được tính theo công thức:

$$\text{Error} = \sqrt{\frac{\Sigma d^2}{2N}}$$

d: khác biệt giữa hai lần đo
N: số đối tượng được đo hai lần

- Theo Kondo và Townsend (2006) sai số của phương pháp này khá nhỏ và không ảnh hưởng nhiều đến kết quả [4].

Xử lý số liệu: Nhập số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

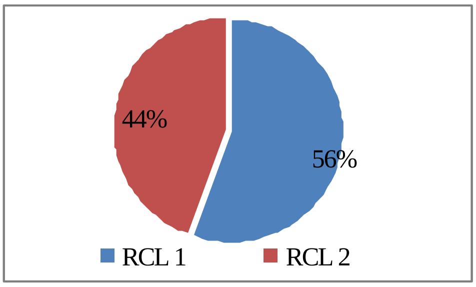
- Phép kiểm ANOVA 1 chiều được sử dụng để phân tích những số đo chu vi thân răng giữa 3 hạng của đặc điểm Carabelli.

- Sử dụng hệ số tương quan Spearman đề xác định h tương quan giữa chu vi thân răng và các hạng của đặc điểm Carabelli.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Tỉ lệ răng cối lớn thứ nhất và thứ hai

Trong nghiên cứu của chúng tôi, mẫu nghiên cứu gồm 45 mẫu răng cối lớn hàm trên, bao gồm 25 răng cối lớn thứ nhất và 20 răng cối lớn thứ hai.



2. Chu vi thân răng cối lớn hàm trên: Ở răng cối lớn thứ nhất hàm trên, chu vi thân răng ở các hạng biểu hiện đặc điểm Carabelli là tương đối khác nhau và lần lượt là hạng 0 (38,5 ± 0,89) hạng 1 (39,6 ± 1,32) hạng 2 (40,7 ± 1,4) (Bảng 1).

Ở răng cối lớn thứ hai hàm trên, chu vi thân răng ở các hạng biểu hiện đặc điểm Carabelli cũng là tương đối khác nhau và lần lượt là hạng 0 (38,4 ± 0,89) hạng 1 (39,7 ± 1,39) hạng 2 (40,8 ± 0,56) (Bảng 1).

Bảng 1: *Chu vi thân răng cối lớn hàm trên ở các hạng biểu hiệnđặc điểm Carabelli (mm).*

Nhóm	Hạng 0		Hạng 1		Hạng 2		P
	TB	ĐLC	TB	ĐLC	TB	ĐLC	
RCL 1	38,5	0,89	39,6	1,32	40,7	1,09	0,003 <0,05
RCL 2	38,4	0,89	39,7	1,4	40,8	0,56	0,002 <0,05

(Phép kiểm Anova 1 chiều)

Chu vi thân răng cối lớn thứ nhất và thứ hai hàm trên khác biệt nhau không nhiều về kích thước ở cả 3 hạng như hạng 0 (38,5mm và 38,4mm) hạng 1 (39,6mm và 39,7mm) hạng 2 (40,7mm và 40,8mm) (Bảng 1)

Sự khác biệt về chu vi thân răng cối lớn thứ nhất hàm trên ở các dạng biểu hiện của đặc điểm Carabelli là có ý nghĩa thống kê (p< 0,05), ở răng cối lớn thứ hai hàm trên, sự khác biệt này cũng có ý nghĩa thống kê (p< 0,05) (bảng 1).

2. Mối tương quan giữa chu vi thân răng cối lớn hàm trên và đặc điểm Carabelli

Đặc điểm Carabelli với chu vi thân răng cối lớn hàm trên có sự liên quan có ý nghĩa thống kê, và mối liên quan này biểu hiện gần như tương đương nhau ở răng cối lớn thứ nhất và thứ hai (Bảng 2).

Bảng 2: *Mối tương quan giữa đặc điểm Carabelli và chu vi thân răng cối lớn hàm trên.*

Nhóm	Hệ số tương quan	p
RCL 1	0,655	0.00037 < 0,01
RCL 2	0,783	0.000045 < 0,01

(Tương quan Spearman, với P = 0,01)

- Mối tương quan giữa chu vi thân răng cối lớn thứ nhất hàm trên với đặc điểm Carabelli là tương quan thuận: 0,655, mức ý nghĩa p <0,01.
- Mối tương quan giữa chu vi thân răng cối lớn thứ hai hàm trên với đặc điểm Carabelli là tương quan thuận: 0,783, mức ý nghĩa p <0,01.

*Trong nghiên cứu của chúng tôi, hệ số tương quan giữa chu vi thân răng cối lớn thứ nhất hàm trên và đặc điểm Carabelli là 0,65, mức ý nghĩa p< 0,01. Do đó chu vi thân răng cối lớn thứ nhất hàm trên và các mức độ biểu hiện đặc điểm Carabelli là có tương quan thuận với nhau.

Ở răng cối lớn thứ hai, cũng có sự tương quan thuận giữa đặc điểm Carabelli và chu vi thân răng, với hệ số tương quan là 0,78 ở mức ý nghĩa p < 0,01.

Nghiên cứu của chúng tôi tuy không sử dụng kích thước gần xa và ngoài trong như Vodanovic 2013 nhưng nó cũng cho thấy có mối liên quan giữa đặc điểm Carabelli và kích thước răng (chu vi thân răng). Ở răng có Carabelli thì chu vi thân răng sẽ lớn hơn ở răng không có Carabelli và đặc điểm Carabelli càng biểu hiện rõ thì chu vi thân răng đó càng lớn.

Để giải thích cho hiện tượng này, Kondo và Townsend (2006) cho rằng những răng có biểu hiện đặc điểm Carabelli rõ thì có kích thước lớn hơn là do những răng có thời gian phát triển thân răng kéo dài sẽ có đủ thời gian cho biểu mô răng gấp nếp lại tạo thành nút men thứ năm để hình thành núm Carabelli, ngoài ra thời gian phát triển kéo dài sẽ dẫn đến việc kích thước răng lớn hơn những răng có thời gian phát triển ngắn [4].

IV. KẾT LUẬN

- Có sự tương quan thuận giữa đặc điểm Carabelli và chu vi thân răng cối lớn thứ nhất và thứ hai hàm trên.
- Sự tương quan giữa đặc điểm Carabelli và chu vi thân răng ở răng cối lớn thứ hai nhiều hơn răng cối lớn thứ nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Garn S. M, Lewis A. B, and Kerewsky R. S (1966),** "Genetic independence of Carabelli's trait from tooth size or crown morphology", *Archives of Oral Biology*, 11, pp. 745-747.
2. **Harris E. F. (2007),** "Carabelli' Trait and Tooth Size of Human Maxillary First Molars", *American Journal of Physical Anthropology*, 132, pp. 238-246.
3. **Keene H. J. (1968),** "The Relationship Between Carabelli' Trait and the Size, Number and Morphology of the Maxillary Molars", *Archs Oral Biol*, 13, pp. 1023-1025.
4. **Kondo S., Townsend G. C., (2006),** "Associations Between Carabelli Trait and Cusp Areas in Human Pernament Maxillary First Molars", *American Journal of Physical Anthropology*, 129, pp. 196-203.
5. **Levitan M.E, Himel V.T (2006),** "Dens Evaginatus: LiteratureReview, Pathophysiology, and Comprehensive Treatment Regimen", *Journal of Edondotics*, 32, pp.1-9.
6. **Marado L. M. and Campanacho V. (2013),** "Carabelli's Trait: Definition and Review of a Commonly used Dental Nonmetric Variable", *Marado and Campanacho / Carernos do GEEvH*, 2, pp. 24-39.
7. **Reid C., Van Reeman J. F., and Groeneveld H. T. (1991),** " Tooth Size and the Carabelli' Trait", *American Journal of Physical Anthropology,* 84, pp. 427-432.

LIÊN QUAN GIỮA MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ VỚI TÌNH TRẠNG TĂNG ACID URIC MÁU Ở NAM GIỚI KHÁM BỆNH TẠI BỆNH XÁ SƯ ĐOÀN 9

Giãn Tư Chương*, Trương Đình Cẩm**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá ảnh hưởng của một số yếu tố nguy cơ đến tình trạng tăng acid uric (AU) ở đối tượng nam giới khám bệnh tại bệnh xá quân dân y sư đoàn 9. **Đối tượng và phương pháp**: Tiến cứu, mô tả cắt ngang trên 343 bệnh nhân nam giới. **Kết quả**: Nồng độ acid uric trung bình của đối tượng nghiên cứu là 349,02± 87,442μmol/l. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng tăng acid uric máu với các thói quen ăn nhiều đạm (OR=15.2; p<0.001); uống rượu (OR=18; p<0.001); hút thuốc lá (OR=3.5, P<0.001); ít hoạt động thể lực (OR=0.13, p<0.001) và tình trạng thừa cân/béo phì (OR=16,7, p <0.001). Nồng độ AU máu có mối tương quan chặt chẽ với BMI (r=0.511, p<0.001). **Kết luận**: Các thói quen ăn nhiều đạm, uống rượu, hút thuốc lá, ít hoạt động thể lực và tình trạng thừa cân/béo phì làm tăng tỉ lệ tăng acid uric máu.

Từ khóa: Tăng acid uric máu, ăn nhiều đạm, uống rượu, hút thuốc lá, ít hoạt động thể lực, thừa cân/béo phì.

**Bệnh xá Quân Dân y, Sư đoàn 9*

***Bệnh viện Quân y 175*

Chịu trách nhiệm chính: Trương Đình Cẩm

Email: truongcam1967@gmail.com

Ngày nhận bài: 4/10/2018

Ngày phản biện khoa học: 10/11/2018

Ngày duyệt bài: 28/11/2018

SUMMARY

THE CORRELATION BETWEEN SOME RISK FACTORS AND HYPERURICEMIA IN MALE WHO TOOK MEDICAL EXAMINATION AT THE INFIRMARYOF DIVISION 9

Objective: To evaluate the correlation between some risk factors and hyperuricemia in male who took medical examination at the infirmary of division 9.**Subjects and method**: Prospective, cross-sectional study conducted in 343 male patients. **Results:** The average concentration of serum uric acid was 349,02 ± 87,442µmol/l. There was statistically significant relation between hyperuricemia and protein-rich foods intake (OR=15.2; p<0.001), large alcohol consumption (OR=18; p<0.001), smoking (OR=3.5, P<0.001), less physical activity (OR=0.13, p<0.001) and overweight/obesity (OR=16,7, p <0.001). There was a statistically significant positive correlation between serum level of acid uric and BMI (r=0.511, p<0.001). **Conclussion:** Some habbits including protein-rich foods intake, large alcohol consumption, smoking, less physical activity and overweight/obesity increase rate of hyperuricemia.

Keywords: Hyperuricemia, protein-rich foods intake, large alcohol consumption, smoking, less physical activity, overweight/obesity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các bệnh lý liên quan đến rối loạn chuyển hóa, trong đó có tình trạng tăng acid uric đang trở nên phổ biến ở các nước phát triển và Việt Nam. Điều này được cho là có liên quan đến sự gia tăng đặc điểm lối sống ít hoạt động thể lực, chế độ ăn giàu năng lượng, giàu chất đạm, nhiều rượu bia, hút thuốc lá hay thể trạng thừa cân, béo phì. Để làm rõ hơn mối liên quan này trên thực tế bệnh nhân, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằmmục tiêu*: Đánh giá ảnh hưởng của một số yếu tố nguy cơ đến tình trạng tăng acid uric ở đối tượng nam giới khám bệnh tại bệnh xá quân dân y sư đoàn 9.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu: 343 nam giới từ 20 tuổi trở lên khám bệnh tại Bệnh xá Sư đoàn 9, Quân đoàn 4 từ tháng 3/2017 đến tháng 3/2018.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Các đối tượng đang cấp cứu, mới bị chấn thương, bệnh lý ác tính.

- Người được lựa chọn không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả cắt ngang dựa trên phiếu khám bệnh và các kết quả cận lâm sàng.

2.2. Các tiêu chuẩn dùng trong nghiên cứu

- Chỉ số khối cơ thể BMI: Phân loại BMI dựa theo khuyến cáo của Tổ Chức Y Tế Thế Giới đề nghị cho khu vực Châu Á – Thái Bình Dương (2004).

- ***Tăng Acid uric (AU) máu***: ở nam giới khi nồng độ acid uric máu ≥ 420 µmol/l; ở nữ giới khi nồng độ acid uric máu ≥ 360 µmol/l.

- ***Thói quen ăn giàu chất đạm***:các thức ăn: thịt nạc; phủ tạng động vật; hải sản, là những thực phẩm được lựa chọn trong chế độ ăn từ 4 đến 7 ngày trong 1 tuần.

- ***Thói quen uống rượu bia:***Theo Viện Nghiên cứu lạm dụng rượu và nghiện rượu Hoa Kỳ, uống nhiều có nghĩa là uống hằng ngày hoặc hầu hết các ngày trong tuần (≥ 5 ngày), mỗi lần uống vượt quá mức trung bình khuyến cáo.

-***Thói quen hút thuốc lá:*** là hút thường xuyên trên 10 điếu/ngày, thời gian hút ít nhất 1 năm, kể cả trường hợp bỏ thuốc lá chưa được 1 năm.

-***Các mức độ hoạt động thể lực (HĐTL)***: **HĐTL nhiều** là hoạt động đủ; **HĐTL ít** là không hoặc rất ít hoạt động hoặc hoạt động không đủ.

+Không hoặc rất ít hoạt động thể lựctại nơi làm việc, khi ở nhà, đi lại hoặc khi rảnh rỗi; người không tham gia luyện tập thể dục, thể thao, có nghề nghiệp tĩnh tại.

+Hoạt động không đủ*:* là thực hiện một vài hoạt động thể lực nhưng thời gian hoạt động ít hơn 150 phút/tuần với các hoạt động cường độ trung bình hoặc 60 phút/tuần với các hoạt động cường độ nặng ở nơi làm việc, ở nhà, đi lại hay khi rảnh rỗi.

+ Hoạt động đủ:là hoạt động tối thiểu 150 phút/tuần ở cường độ trung bình hoặc 60 phút/tuần với cường độ nặng ở nơi làm việc, ở nhà, đi lại hay khi rảnh rỗi; hoặc đi bộ ít nhất 600m/tuần

- ***Cường độ hoạt động trung bình***: các hoạt động như đi bộ nhanh, tập thể dục, leo một tầng lầu, đi xe đạp, chơi cầu lông, bóng bàn, làm việc nhà...

- ***Cường độ hoạt động nặng***: các hoạt động như chạy bộ, leo ≥ 2 tầng lầu, thi đấu thể thao (bóng chuyền, bóng đá, bơi lội, cử tạ), khiêng vật nặng.

3. Phân tích số liệu. *Số liệu thu được xử lý theo các thuật toán thường dùng trong thống kê y sinh học sử dụng phần mềm SPSS 22.0.*

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Nồng độ acid uric máu của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Nồng độ acid uric trung bình theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	**Số lượng (n)**	**Nồng độ AU (µmol/l)**	**p**
20 - 40	55	346,42±79,327	> 0,05
40 - 60	176	347,53± 87,179	
≥ 60	112	352,65± 92,165	
Chung	343	349,02± 87,442	

- Nồng độ acid uric trung bình của đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) là 349,02±87,442µmol/l. Nồng độ acid uric có xu hướng tăng theo tuổi, tuy nhiên chưa có ý nghĩa thống kê (p> 0,05).

2. Mối liên quan của một số yếu tố nguy cơ với tăng acid uric máu

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa ăn nhiều đạm và tăng AU

Tăng AU / **Ăn nhiều đạm**	**Có**		**Không**		**OR**	**95% CI**	**p**
	n	%	n	%			
Có	60	35,3	110	64,7	15,2	6,3-36,3	<0,001
Không	6	3,5	167	96,5			

- Tỷ lệ tăng AU ở nhóm ăn nhiều đạm cao hơn ở nhóm không ăn nhiều đạm. Mối liên hệ có ý nghĩa thống kê với p<0.001.

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa uống rượu và tăng AU

Tăng AU / **Uống nhiều rượu**	**Có**		**Không**		**OR**	**95% CI**	**p**
	n	%	n	%			
Có	60	37,7	99	62,3	18	7,5-43	<0,001
Không	6	3,3	178	96,7			

- Tỷ lệ tăng AU ở nhóm uống nhiều rượu cao hơn ở nhóm không uống hoặc uống ít rượu. Mối liên hệ có ý nghĩa thống kê với p<0.001.

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa hút thuốc lá và tăng AU

Tăng AU / **Hút thuốc lá**	**Có**		**Không**		**OR**	**95% CI**	**p**
	n	%	n	%			
Có	43	30,7	97	69,3	3,5	2-6	<0,001
Không	23	11,3	180	88,7			

- Tỷ lệ tăng AU ở nhóm hút thuốc lá cao hơn ở nhóm không hút thuốc lá. Mối liên hệ có ý nghĩa thống kê với p<0.001

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa hoạt động thể lực và tăng AU

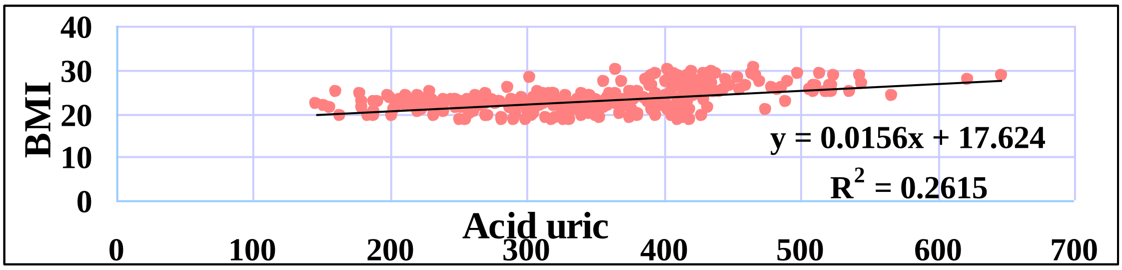
Tăng AU / **Ít HĐTL**	**Có**		**Không**		**OR**	**95% CI**	**p**
	n	%	n	%			
Có	63	28,4	159	71,6	0,06	0,02-0,2	<0,001
Không	3	2,5	118	97,5			

- Tỷ lệ tăng AU ở nhóm ít hoạt động thể lực cao hơn ở nhóm hoạt động thể lực nhiều. Mối liên hệ có ý nghĩa thống kê với p<0.001.

Bảng 3.6. Mối liên quan giữa thừa cân/béo phì và tăng AU

Tăng AU / **Thừa cân/béo phì**	**Có**		**Không**		**OR**	**95% CI**	**p**
	n	%	n	%			
Có (BMI≥23)	59	38,8	93	61,2	16,7	7,3-38	<0,001
Không (BMI<23)	7	3,7	184	96,3			

- Tỷ lệ tăng acid uric máu trên nhóm có thừa cân/béo phìcao hơn nhóm không thừa cân/béo phì. Mối liên hệ có ý nghĩa với p <0.001; OR=16,7 (7,3-38).



Biểu đồ 3.1. ***Tương quan giữa acid uric và BMI***

IV. BÀN LUẬN

1. Nồng độ và acid uric máu của đối tượng nghiên cứu. Nồng độ acid uric trung bình của đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) là 349,02 ± 87,442μmol/l. Nồng độ acid uric có xu hướng tăng theo tuổi, tuy nhiên chưa có ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Tuổi càng tăng thì khả năng đào thải acid uric càng giảm do giảm mức lọc cầu thận. Tuy nhiên nồng độ acid uric máu còn liên quan đến các thói quen ăn uống, hoạt động thể lực, yếu tố di truyền và tình trạng bệnh tật của từng cá thể.

Nghiên cứu về mối liên hệ giữa nồng độ acid uric và tuổi cho nhiều kết quả khác nhau giữa các tác giả. Châu Ngọc Hoa và Lê Hoài Nam (2009) nghiên cứu 375 bệnh nhân tăng huyết áp và 361 người không tăng huyết áp cho thấy không có sự gia tăng acid uric huyết thanh theo tuổi ở từng giới một cách có ý nghĩa thống kê [2]. Fang J. và CS (2000) nghiên cứu 5926 đối tượng từ 25 đến 74 tuổi cho thấy nồng độ acid uric gia tăng rõ rệt theo tuổi ở giới nữ (p < 0,001) nhưng không rõ ở giới nam (p < 0,03) [6].

2. Ảnh hưởng của các yếu tố nguy cơ đến nồng độ acid uric máu

2.1. Ảnh hưởng của các thói quen đến nồng độ acid uric máu: Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các thói quen: ăn nhiều đạm (OR=15.2; p<0.001); uống rượu (OR=18; p<0.001); hút thuốc lá (OR=3.5, P<0.001); ít hoạt động thể lực (OR=0.13, p<0.001) đều làm tăng nồng độ AU. Nhiều nghiên cứu cũng có kết quả tương tự. Lê Viết Hoàng và Phạm Lê Bách (2014) cho thấy có mối tương quan thuận giữa nồng độ acid uric máu với uống nhiều rượu bia, với hút thuốc lá, với chế độ ăn nhiều đạm và chế độ rèn luyện [3]. ChoiHK và CS (2005) cho rằng ăn nhiều thịt và hải sản có mối liên hệ với tăng acid uric nhưng không phải toàn bộ protein. Ăn bơ sữa có liên hệ ngược với mức acid uric huyết thanh [5]. Ju-Mi Lee và CS (2012) cho thấy ở nam giới uống rượu có mối liên hệ với tăng AU (p=0.001) còn hút thuốc lá không ảnh hưởng đến nồng độ AU (p=0.78) [7]. Hairong Nan và CS cho rằng uống rượu có mối liên hệ với tăng AU còn chế độ ăn đạm và hút thuốc lá không ảnh hưởng đến nồng độ acid uric máu ở nam giới.

Như vậy, hầu hết các nghiên cứu đều có chung nhận định các thói quen uống nhiều rượu, ăn giàu đạm, ít hoạt động thể lực và hút thuốc lá có mối liên quan với nồng độ AU và tình trạng tăng AU. Điều này cũng phù hợp với cơ sở lý thuyết. Uống nhiều rượu bia làm tăng dị hoá các nucleotid có nhân purine, làm tăng dị hóa ATP thành AMP gây tăng sản xuất acid uric. Một số loại rượu bia có hàm lượng purine rất cao, khi uống nhiều sẽ làm tăng nguồn purine ngoại sinh dẫn đến tăng acid uric. Rượu còn có thể gây mất nước và làm tăng acid lactic máu do đó làm giảm đào thải acid uric qua thận. Bên cạnh đó, chế độ ăn giàu đạm hay giàu purin như hải sản (tôm, cua, cá béo…), thịt đỏ, trứng, nội tạng động vật như gan, lòng bò, lòng heo), uống nước ngọt chứa nhiều đường fructose… gây tăng acid uric máu, là yếu tố làm khởi phát bệnh gout. Trong khi đó, hút thuốc lá lại được cho là làm tăng acid máu và nước tiểu, từ đó gây tăng khả năng lắng đọng AU cũng như giảm đào thải AU qua nước tiểu. Ngoài ra, ở các đối tượng ít hoạt động thể lực, quá trình trao đổi chất bị trì hoãn, khả năng chuyển hóa và đào thải acid uric giảm sút, khiến nồng độ AU tăng lên trong máu. Lợi ích của tập luyện là ở việc giảm cân nặng, tăng khả năng dung nạp glucose, tăng sức mạnh cơ tim, tăng nồng độ HDL-C, giảm căng thẳng, hạ huyết áp, giảm acid uric máu và giảm nguy cơ bệnh gout [4].

2.2.Liên quan giữa tăng acid uric máuvà béo phì: Béo phì ảnh hưởng trên chuyển hóa AU gồm tăng sản xuất AU và giảm đào thải AU ở thận do ảnh hưởng của tăng insulin máu thứ phát. Có sự liên quan giữa trọng lượng cơ thể và nồng độ acid uric. Béo phì làm tăng tổng hợp AU và làm giảm thải acid uric niệu, kết hợp của cả 2 nguyên nhân gây tăng AU. Theo các thống kê gần đây, 50% bệnh nhân tăng AU có thừa cân trên 20% trọng lượng cơ thể. Nguy cơ béo phì làm tăng acid uric, bệnh gout là do người béo phì ăn nhiều thực phẩm chứa nhiều chất đạm, chất béo. Khi đó purin sẽ được chuyển hóa thành acid uric khi vào cơ thể khiến người béo phì gia tăng nguy cơ mắc bệnh gout. Ngoài ra, trên đối tượng thừa cân/béo phì có rối loạn chuyển hóa các chất trong cơ thể bởi chế độ ăn uống dư thừa dinh dưỡng. Sự kết hợp này sẽ làm tăng lipid máu và acid uric máu đồng thời làm suy giảm khả năng đào thải acid uric, giảm phân số thải acid uric ở thận. Hơn nữa, thói quen sử dụng rượu bia ở đối tượng này cũng làm trầm trọng hơn tình trạng tăng AU máu.

Kết quả của chúng tôi cho thấy nồng độ AU máu có mối tương quan chặt chẽ với BMI (r=0.511, p<0.001), tình trạng thừa cân/béo phì có liên quan đến tăng nồng độ AU máu với p <0.001; OR=16,7 (7,3-38). Một số nghiên cứu khác cũng cho kết luận tương tự. Nghiên cứu của Phạm Thị Dung và cộng sự (2012) cho thấy tăng acid uric ở nhóm thừa cân, béo phì là 15.9% cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê với

p <0,05 so với nhóm BMI bình thường (6.6%) và thiếu năng lượng trường diễn (4.0%) [1]. Qin Li và cộng sự (2011) nghiên cứu 395 đối tượng nam giới và 631 đối tượng nữ giới từ 41 đến 92 tuổi mắc bệnh đái tháo đường type 2. Kết quả cho thấy có mối tương quan thuận giữa nồng độ AU với chỉ số BMI (r=0.15, p<0.001) [8].

V. KẾT LUẬN

- Nồng độ acid uric trung bình là 349,02± 87,442µmol/l. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng tăng acid uric máu với các thói quen ăn nhiều đạm (OR=15.2; p<0.001); uống rượu (OR=18; p<0.001); hút thuốc lá (OR=3.5, p<0.001); ít hoạt động thể lực (OR=0.13, p<0.001).

- Nồng độ AU máu có mối tương quan chặt chẽ với BMI (r=0.511, p<0.001), tình trạng thừa cân/béo phì có liên quan đến tăng nồng độ AU máu với p <0.001; OR=16,7 (7,3-38).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thị Dung, Lê Bạch Mai** (2012), "Đặc Điểm Tăng Acid Uric Huyết Thanh Ở Người 31 - 60 Tuổi Tại 2 Xã Vùng Nông Thôn Thái Bình Năm 2012", *Tạp Chí Y Học Dự Phòng*. Tập 23(Số 7), pp. 98.
2. **Châu Ngọc Hoa, Lê Hoài Nam** (2009), "Khảo Sát Nồng Độ Acid Uric Huyết Thanh Ở Bệnh Nhân Tăng Huyết Áp Và Người Bình Thường", *Tạp Chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*. Tập 13 (Phụ bản của Số 1/2009), pp. 1-5.
3. **Lê Viết Hoàng, Phạm Lê Bách** (2014), "Đánh Giá Mối Liên Quan Giữa Thói Quen Sinh Hoạt Và Tăng Acid Uric Máu Ở Một Số Cán Bộ Đơn Vị "X"", *Tạp Chí Y Dược Lâm Sàng 108*. Tập 9 - Số 1, pp. 134-139.
4. **Phạm Ngọc Khái, Phạm Thị Dung** (2009), *Tham Gia Phòng Chống Gout*, Trường Đại Học Y Thái Bình, 26.
5. **H. K. Choi, S. Liu, G. Curhan** (2005), "Intake of purine-rich foods, protein, and dairy products and relationship to serum levels of uric acid: the Third National Health and Nutrition Examination Survey", *Arthritis Rheum*. 52(1), pp. 283-9.
6. **Jing Fang, Michael H. Alderman** (2000), "SerumUric Acid and Cardiovascular Mortality. The NHANES I Epidemiologic Follow-up Study, 1971-1992", *Journal Of American Medical Association*. 283(18), pp. 2404-2410.
7. **Ju-Mi Lee, Hyeon Chang Ki, Hye Min Cho et al.** (2012), "Association Between Serum Uric Acid Level and Metabolic Syndrome", *J Prev Med Public Health*. 45(3), pp. 181-187.
8. **Qin Li, Zhen Yang, Bin Lu et al.** (2011), "Serum Uric Acid Level And Its Association With Metabolic Syndrome And Carotid Atherosclerosis In Patients With Type 2 Diabetes", *Cardiovascular Diabetology*. 10(1), pp. 72.

NGHIÊN CỨU XÁC ĐỊNH TỶ LỆ KIỂU GEN CYP3A5 TRÊN BỆNH NHÂN GHÉP THẬN TẠI BỆNH VIỆN VINMEC TIMES CITY

Đỗ Tất Cường*, Nguyễn Quốc Tuấn*, Lý Thị Thanh Hà**

TÓM TẮT

Tacrolimus là thuốc ức chế miễn dịch cơ bản để điều trị cho bệnh nhân sau ghép thận. Khi dùng Tacrolimuscần đạt được: (i) liều khởi đầu điều trị và (ii) thời gian đạt nồng độ đáy C_0 sớm nhất và phải duy trì nồng độ này. Đến nay đã có nhiều nghiên cứu trên thế giới chỉ ra rằng liều lượng Tacrolimus phụ thuộc vào kiểu hình gen CYP3A5 của từng cá thể. Kiểu gen CYP3A5 chia thành hai loại: có biểu hiện (Expressors – CYP3A5*1/*1 hoặc CYP3A5*1/*3) và không biểu hiện (non Expressors - CYP3A5*3/*3). CYP3A5 expressors (kiểu gen của bệnh nhân có ít nhất 1 alen CYP3A5*1) cần liều Tacrolimus cao hơn để đạt nồng độ đáy cho phép. Theo hướng dẫn của Birdwell KA (2015), nhóm bệnh nhân có kiểu gen CYP3A5*1/*1 và CYP3A5*1/*3 được điều trị với liều Tacrolimus ban đầu lần lượt là 0,3mg/kg/ngày và 0,2mg/kg/ngày. Những bệnh nhân có kiểu gen CYP3A5*3/*3 điều trị với liều là 0,15mg/kg/ngày. Từ 6/2016 bệnh viện Vinmec bắt đầu ghép thận với người cho sống. Tiến hành xác định kiểu gen CYP3A5 tại viện Nghiên cứu Tế bào gốc và Công nghệ gen Vinmec, nghiên cứu này đã phát hiện 20/30 bệnh nhân có mang ít nhất 1 alen CYP3A5*1. Đã xác định được tỉ lệ kiểu gen CYP3A5 trên bệnh nhân ghép thận tại bệnh viện Vinmec, từ đó nghiên cứu cá thể hoá liều Tacrolimus ban đầu cho các bệnh nhân dựa trên kiểu gen.

Từ khoá: CYP3A5 gen, Tacrolimus.

SUMMARY

STUDY OF CYP3A5 GENE FREQUENCY IN PATIENTS WITH RENAL TRANSPLANTATION AT VINMEC INTERNATIONAL HOSPITAL

Tacrolimus is one of the basic immunosuppressive drugs for treating post-transplant patients in general and renal transplant in particular. Two main challenges associated with Tacrolimus dosing in renal transplants are (i) choosing the correct initial dose and (ii) the shortest time to achieve the target trough concentrationsC_0 and maintain this concentration after transplantation. Several publications have presented data, indicating that dosing could be improved by also including patients-specific factors such as CYP3A5

**Bệnh viện Quốc tế Vinmec, Hà Nội.*
***Viện NC Tế bào gốc-Công nghệ Gen, Vinmec*
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Tất Cường
Email: v.cuongdt@vinmec.com

Ngày nhận bài: 5/10/2018
Ngày phản biện khoa học: 3/11/2018
Ngày duyệt bài: 26/11/2018

genotype. Base on CYP3A5 genotype, patients can be classified into two categories: (i) Expressors (CYP3A5*1/*1 or CYP3A5*1/*3) and non Expressors (CYP3A5*3/*3). CYP3A5 expressors (those carrier at least active allele CYP3A5*1) need higher doses of Tacrolimus to reach the same therapeutic levels. According to Birdwell (2015), the patients with CYP3A5*1/*1 and CYP3A5*1/*3were administered aninitial Tacrolimus dose of 0.3 mg/kg/day and 0.2 mg/kg/day, respectively. The patients with CYP3A5*3/*3 were administered an initial Tacrolimus dose of 0.15mg/kg/day. From 5/2017 up to 9/2018, the Vinmec Times City International Hospital has performed kidney transplantation for 30 successful results. We found that 20 out of 30 patients had at least one allele CYP3A5*1 at Vinmec Research Institute of Stem cell and Gene technology. We have initially determined the CYP3A5 genotype frequency, then studied Tacrolimus personalization in renal transplant patients at the Vinmec International Hospital.

Keywords: CYP3A5 gene, Tacrolimus.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kết quả của bệnh nhân sau ghép nói chung và ghép thận nói riêng phụ thuộc rất nhiều vào phác đồ sử dụng thuốc ức chế miễn dịch. Một trong số những thuốc ức chế miễn dịch được sử dụng phổ biến là Tacrolimus. Sự chuyển hoá Tacrolimus xảy ra ở gan và ruột thông qua hoạt động của enzyme CYP3A4 và CYP3A5. Trong đó, CYP3A5 là một chất xúc tác hiệu quả hơn trong việc chuyển hoá Tacrolimus so với CYP3A4. CYP3A5 là 1 trong 4 gen thuộc họ gen CYP3, nằm trên nhiễm sắc thể số 7 ở vị trí 7q21.1, gồm 13 exon mã hoá cho 502 axit amin, chiều dài của gen là 31kb. Khả năng chuyển hoá thuốc của enzyme CYP3A5 phụ thuộc vào tính đa hình trên gen CYP3A5. Các biến đổi đa hình trên gen này phần lớn là đột biến đơn nucleotide và có thể xảy ra ở nhiều vị trí trên gen. Đến nay, có 9 biến đổi đơn nucleotide (polymorphism) trên gen CYP3A5 được tìm thấy và các alen này được kí hiệu từ*1 đến *9, chúng tạo thành 25 loại biến đổi đa hình trên gen CYP3A5[1]. Danh pháp của các loại biến đổi này được chú giải chi tiết tại *http://www.cypalleles.ki.se/cyp3a5.htm.* Trong các đa hình gây ảnh hưởng đến biểu hiện chức năng, sự biến đổi trên gen CYP3A5 tại đơn nucleotit có danh pháp 6986A> G, nằm trong vùng intron 3 ở vị trí cắt nối, gây giảm thậm chí mất chức năng hoạt động của enyme chuyển hoá thuốc CYP3A5đã được chứng minh có tác động nhiều nhất đến hoạt lực của thuốc Tacrolimus [2]. Đa hình đơn nucleotit này được kí hiệu là CYP3A5*3, trình tự trên ngân hàng genởvị trí 22893, là nucleotide là G. Với alen CYP3A5*1, tại vị trí này là nucleotide A.

Với các bệnh nhân sau ghép thận, nếu mang ít nhất 1 bản sao của nucleotit A được định nghĩa là có alen CYP3A5*1 và được gọi là có biểu hiện của enzyme CYP3A5 (expressers). Những người có nucleotit G đồng hợp tử ở vị trí 22893 được gọi là CYP3A5*3/*3 và được coi là CYP3A5 không biểu hiện (non-expressers) [3]. Sự xuất hiện của alen CYP3A5*1 làm tăng chuyển hoá của Tacrolimus hơn so với nhóm CYP3A5*3.

Dược động học của Tacrolimus bị ảnh hưởng bởi tính đa hình CYP3A5, vì việc duy trì được nồng độ máu mục tiêu ở những người nhận có kiểu gen CYP3A5*1/*1 và CYP3A5*1/*3 đòi hỏi liều tacrolimus cao hơn đáng kể so với nhóm có kiểu gen CYP3A5*3/*3[4]. Như vậy, nếu có ít nhất 1 alen CYP3A5*1, liều lượng thuốc Tacrolimus sẽ cần tăng từ 1,5-2 lần so với liều thông thường, tùy thuộc vào kiểu gen của bệnh nhân[5], [6].

Như vậy, việc xác định kiểu gen CYP3A5 ở bệnh nhân ghép thận mang lại hiệu quả quan trọng trong việc xác định liều điều trị khởi đầu cho bệnh nhân, đồng thời rút ngắn thời gian đạt tới nồng độ đáy C_0duy trì trong máu, giảm nguy cơ thải ghép. Hiện nay ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào đề cập đến vấn đề này. Vì vậy, nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu xác định tỉ lệ kiểu gen CYP3A5 trên bệnh nhân ghép thận ở Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: Nghiên cứu gồm30 bệnh nhâncó chỉ định ghép thận tại bệnh viện Vinmec Times City, Hà Nội. 30 bệnh nhân gồm 18 nam, 12 nữ ở độ tuổi từ 19 đến 54 tuổi, từ tháng 5/2017 đến tháng 9/2018.

2. Phương pháp

○ Quy trình thu thập mẫu máu ngoại vi: Trước khi ghép, bệnh nhân sẽ được lấy 2ml máu cho vào ống chống đông EDTA, bảo quản ở 4^0C. Xét nghiệm tìm kiểu gen CYP3A5 được thực hiện tại Phòng Công nghệ Gen, viện Nghiên cứu Tế bào gốc và Công nghệ Gen Vinmec.

○ Phương pháp giải trình tự gen CYP3A5 phát hiện đa hình rs6986(A>G) bao gồm các bước sau:

- Bước 1: Nhân gen bằng kĩ thuật PCR: Vùng không mã hoá cho protein intron 3 chứa điểm đa hình cần khảo sát được nhân lên nhờ cặp mồi đặc hiệu kí hiệu là CYP3A5-F và CYP3A5-R. Trình tự mồi cụ thể như sau: CYP3A5-F: 5'-agcatttagtccttgtgagcac-3' và CYP3A5-R: 5'-cttcactagcccgattctgca-3'. Sản phẩm PCR sau khuếch đại có độ lớn 420bp.

Phản ứng PCR được tiến hành với tổng thể tích là 50µl. Phản ứng PCR khuếch đại gồm:1X buffer, 2mM $MgCl_2$, 10 mM dNTPs, 10 µM mồi

mồi, 5U Taq DNA polymerase (hãng Invitrogen-Hoa Kỳ) và 100 - 200 ng DNA tổng số. Phản ứng PCR được thực hiện theo chu trình nhiệt như sau: [95°C trong 30 giây; 57°C trong 30 giây; 72°C trong30 giây] x 30 chu kỳ. Sản phẩm PCR được tinh sạch bằng kit tinh sạch thương mại của hãng Qiagen (QIAamp PCR purification kit-Đức).

- *Bước 2:* Giải trình tự gen tự động trên máy giải trình tự gen 3500Dx: Sản phẩm PCR tinh sạch được thực hiện phản ứng PCR mồi đơn. Phản ứng này gắn các nucleotide đánh dấu huỳnh quang (FAM) vào sợi DNA tổng hợp trên sợi khuôn nhờ hoá chất BigDye v3.1 (ABI). Phản ứng PCR mồi đơn sẽ khuếch đại các trình tự DNA gắn tín hiệu huỳnh quang. Sản phẩm sau đó được tinh sạch loại bỏ các sản phẩm thừa bằng bộ kit BigDye® X Terminator v3.1 Cycle Sequencing (ABI- Mỹ). Trình tự các đoạn DNA này được xác định trên máy giải trình tự gen tự động ABI 3130 Gentic Analyzer.

- *Bước 3:* Phân tích kết quả: Kết quả giải trình tự gen sẽ được so sánh với trình tự gen CYP3A5 chuẩn trên ngân hàng gen NCBI (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/nuccore/189217867) để phân tích biến đổi đa hình là gì. Nếu tại vị trí rs6986 được xác định là đồng hợp tử nucleotide A thì kiểu gen sẽ là *1*1, nếu là đồng hợp tử nucleotide G thì kiểu gen sẽ là *3*3, nếu cùng xuất hiện 2 nucleotide A và G thì kiểu gen là *1*3.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Kết quả kiểu gen CYP3A5 của 30 bệnh nhân ghép thận tại bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Times City.

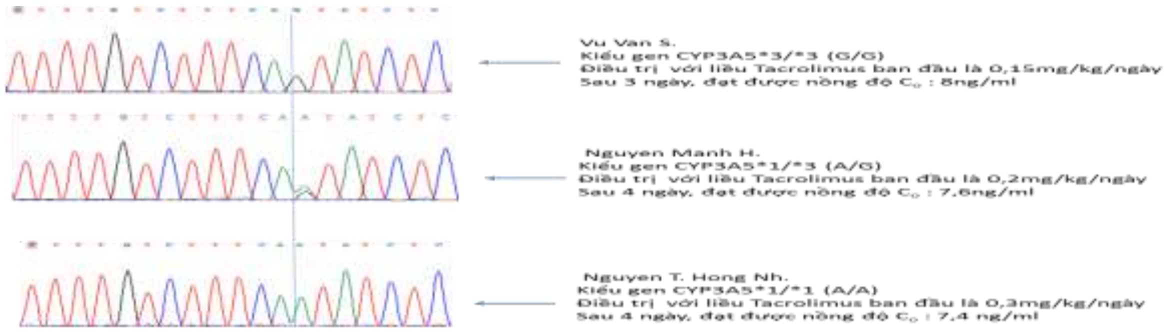
Từ tháng 5/2017 đến tháng 9/2018, tổng số ca ghép thận đã được thực hiện tại bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec là 30ca. 30/30ca bệnh nhân này đều được thực hiện xét nghiệm tìm kiểu gen CYP3A5 trước khi ghép.

Kết quả kiểu gen và tần suất alen của bệnh nhân được thể hiện ở bảng 1.

Bảng 1. Kết quả tỉ lệ kiểu gen CYP3A5 của bệnh nhân ghép thận

Kiểu gen CYP3A5	n = 30	(%) tỉ lệ
CYP3A5*1/*1	4	13,3
CYP3A5*1/*3	16	53,3
CYP3A5*3/*3	10	33,4

Nhận xét: Trong 30 bệnh nhân, kiểu gen CYP3A5*1*1 chiếm tỉ lệ 13,3%, kiểu gen CYP3A5*1*3 chiếm tỉ lệ cao nhất (53,3%) và kiểu gen CYP3A5*3*3 chiếm tỉ lệ 33,4%.



Hình 1. Kết quả giải trình tự kiểu gen CYP3A5 sàng lọc đa hình rs6986(A>G).

IV. BÀN LUẬN

Phân họ CYP3A có chức năng đặc biệt quan trọng vanó tham gia vào quá trình chuyển hoá một nửa số thuốc được bán trên thị trường. Ở người, bốn isoenzyme CYP3A khác nhau đã được xác định: CYP3A4, CYP3A5, CYP3A7 và CYP3A43. Ở người trưởng thành, isoenzyme chiếm ưu thế là CYP3A4 và CYP3A5 được thể hiện ở cả ruột và gan. Ngoài ra, CYP3A5 cũng có mặt trong tuyến tiền liệt và thận. Tacrolimus chủ yếu được chuyển hóa bởi cytochrome P450 CYP3A4/5, sự thay đổi trong dược động học tacrolimus là do sự khác biệt về biểu hiện của protein CYP3A4 /5, trong đó sự biểu hiện của CYP3A5 chiếm ưu thế. CYP3A5*1 và 3 xảy ra thường xuyên và được nghiên cứu nhiều nhất. Ảnh hưởng của CYP3A5*1 và *3 alen đối với dược động học tacrolimus là liên tục và được ghi nhận rộng rãi trong rất nhiều các nghiên cứu trong 15 năm qua. Những phát hiện này đã dẫn đến sự quan tâm mạnh mẽ trong việc sử dụng kiểu gen CYP3A5 để hướng dẫn liều tacrolimuskhởi đầu thay vì đưa dần từ liều khởi đầu thông thường trong những ngày đầu sau khi ghép. Vì thế trong kết quả báo cáo này, nhóm tác giả ưu tiên nghiên cứu về đột biến đa hình hình thành kiểu gen CYP3A5*1/*3.

So sánh tỉ lệ kiểu gen CYP3A5 của nghiên cứu này so với các kết quả nghiên cứu trên thế giớở các chủng tộc khác nhau (bảng 2), nhóm tác giả

nhận thấy ở người Việt Nam, tỉ lệ kiểu gen *1*1 là 13,3% gần tương đương với các dân tộc ở Bắc Á (11%) và gốc Tây Ban Nha (14%); tỉ lệ kiểu gen *1*3tương đối cao (53,3%) tương đương với các nước Đông Á (39%) và Bắc Á (57%) và tỉ lệ kiểu gen *3*3 là 33,4% tương đương với các nước Bắc Á. Tỉ lệ kiểu gen *3*3 đặc biệt cao ở các nước người da trắng (Mỹ và châu Âu).

***Bảng 2. Tần suất alen gen CYP3A5 ở các chủng tộc khác** [7], [8].*

	Tỉ lệ (%)		
Chủng tộc	*1/*1	*1/*3	*3/*3
Đông Á	7	39	54
Bắc A	11	57	32
Da đen	45	40	15
Mỹ da trắng	1	17	82
Châu Âu da trắng	1	13	86
Gốc Tây Ban Nha	14	47	39

***Bảng 3. Tần suất alen gen CYP3A5 ở các chủng tộc khác** [6].*

Chủng tộc	**Tỉ lệ (%)**		
	*1/*1	*1/*3	*3/*3
Taiwanese	47,3		52,7
Chinese	7,9	35,7	56,4
Caucasian	0,84	11,8	87,36

So sánh với kết quả nghiên cứu khác (bảng 3), tỷ lệ bệnh nhân mang gen CYP3A5*1 ở người Việt Nam là 66,7% cao hơn so với người Đài Loan (47%) và Trung Quốc (43,6%). Tỷ lệ này cao hơn lý do có thể là vì số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn (n=30) so với của Đài Loan (n=150) và Trung Quốc (n=216). Nhìn chung tỷ lệ gen CYP3A5*1 nhiều nhất ở chủng tộc châu Phi, tăng tần suất ở dân số Nam Á, Đông Nam Á.

Dựa trên kiểu gen tìm thấy, chúng tôi đã bước đầu cá thể hoá liều điều trị khởi đầu Tacrolimus trên bệnh nhân sau ghép thận. Với bệnh nhân có kiểu gen CYP3A5*1*1 và liều Tacrolimus điều trị khởi đầu là 0,3 mg/kg/ngày, bệnh nhân có kiểu gen CYP3A5*1*3, liều Tacrolimus điều trị khởi đầu là 0,2 mg/kg/ngày. Với các bệnh nhân này, này sau 3-4 ngày nồng độ đáy C_0 đạt được từ 7,4-8ng/ml.

V. KẾT LUẬN

Với 30 bệnh nhân có chỉ định ghép thận, chúng tôi đã bước đầu xác định được tỉ lệ kiểu gen CYP3A5*1/*1, CYP3A5*1/*3, CYP3A5*3/*3 lần lượt như sau: 13,3%, 53,3% và 33,4%.

Dựa vào kiểu gen đã được xác định, chúng tôi đã đưa ra liều Tacrolimus khởi đầu khác nhau giữa các bệnh nhân tuỳ thuộc vào kiểu gen, trên cơ sở đó bước đầu cá thể hoá liều điều Tacrolimus.

Đây là nghiên cứu đầu tiên ở Việt Nam xác định kiểu gen CYP3A5 và là cơ sở để nghiên cứu tiếp theo về cá thể liều Tacrolimus trên các bệnh nhân ghép thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1 **A. Hart *et al.*,** "OPTN/SRTR 2015 Annual Data Report: Kidney," *Am. J. Transplant.*, vol. 17, pp. 21–116, Jan. 2017.
2 **Chen L and Prasad G,** " CYP3A5 polymorphisms in renal transplant recipients: influence on tacrolimus treatment," Pharmgenomics Pers Med., vol: 11pp: 23, March. 2018.
3 **O. Boughton *et al.*,** "A published pharmacogenetic algorithm was poorly predictive of tacrolimus clearance in an independent cohort of renal transplant recipients," 2013.
4 **W. S. Oetting *et al.*,** "Genomewide Association Study of Tacrolimus Concentrations in African American Kidney Transplant Recipients Identifies Multiple CYP3A5 Alleles," *Am. J. Transplant.*, vol. 16, no. 2, 2016.
5 **L. Renders *et al.*,** "CYP3A5 Genotype Markedly Influences the Pharmacokinetics of Tacrolimus and Sirolimus in Kidney Transplant Recipients," *Clin. Pharmacol. Ther.*, vol. 81, no. 2, pp. 228–234, Feb. 2007.
6 **A. Barry and M. Levine,** "A Systematic Review of the Effect of CYP3A5 Genotype on the Apparent Oral Clearance of Tacrolimus in Renal Transplant Recipients," *Ther. Drug Monit.*, vol. 32, no. 6, pp. 708–714, Dec. 2010.
7 **J. W. Guy, A. F. Harralson, K. Pooler, and R. S. Kidd**, "The Frequency of CYP3A5 Expression in a Mexican Population Compared to a Caucasian Population," vol. 14, no. 4, pp. 1–8, 2017.
8 **M.-J. Wu *et al.*,** "Reduced Variability of Tacrolimus Trough Level in Once-Daily Tacrolimus-Based Taiwanese Kidney Transplant Recipients With High-Expressive Genotype of Cytochrome P450 3A5," *Transplant. Proc.*, vol. 46, no. 2, pp. 403–405, March. 2018

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ Ở THAI PHỤ THỤ TINH TRONG ỐNG NGHIỆM TỪ 22 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Mạnh Thắng*

TÓM TẮT

Trường Đại học Y Hà Nội

Nghiên cứu được tiến hành trên 262 đối tượng là thai phụ được thụ tinh trong ống nghiệm từ 22 tuần tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương từ 2013 đến 2015. Nghiên cứu cho thấy độ tuổi trung bình phụ nữ thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) là 32,2 ± 5,5. Tỷ lệ con so là 52,3%. Tuổi thai trung bình là 36,4 ± 3,7. Tỷ lệ mắc các bệnh lý trong thai kỳ của nhóm TTTON gồm: Tăng huyết áp thai kỳ là 3,8%, tiền sản giật là 5,0%, đái tháo đường thai nghén là 8,4%. Nhóm bệnh nhân TTTON có tỷ lệ mắc các bệnh đái tháo đường thai kỳ, đa thai, mổ lấy thai, đẻ non nhiều hơn nhóm thụ tinh tự nhiên (TTTN).

Từ khóa: Thai phụ, thụ tinh trong ống nghiệm, thụ tinh tự nhiên.

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND RISK FACTORS OF PREGNANT WOMEN IN VITRO FERTILIZATION FOR 22 WEEKS AT NATIONAL HOSPITAL OF OBTETRICS AND GYNECOLOGY

The study was conducted on 262 pregnant women in vitro fertilization for 22 weeks at National of Obstetrics and Gynecology between 2013 and 2015. The study showed that the mean ages of women in vitro fertilization (IVF) and fetus were 32.2 ± 5.5 and 36.4 ± 3.7, respectively. The proportion of firstborn was 52.3%. The figures for women IVF with hypertension in pregnancy, pre-eclampsia and gestational diabetes were 3.8%, 5.0% and 8.4%, respectively. The proportions of preterm birth in women with hypertension in pregnancy, multiple pregnancies and caesarean section were highly more IVF than in natural fertilization.

Keywords: Pregnant women, in vitro fertilization, natural fertilization.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, kỹ thuật thụ tinh trong ống nghiệm đã được thực hiện ở hầu hết các nước trên thế giới. Mỗi năm ước tính có gần 2 triệu lượt điều trị thụ tinh trong ống nghiệm với hàng trăm nghìn trẻ ra đời. Tỷ lệ này tiếp tục tăng khoảng 10% mỗi năm. Tại Việt Nam, mặc dù đi sau thế giới 20 năm trong lĩnh vực này nhưng chúng ta đã có những bước tiến nhanh, vững chắc và đã đạt được những thành quả nhất định. Tuy nhiên sự phát triển nhanh mạnh của kỹ thuật này cũng là một thách thức lớn cho các nhà khoa học về tính an toàn của nó. Ngay từ khi thụ tinh trong ống nghiệm ra đời, rất nhiều nghiên cứu trên thế giới được thực hiện nhằm đánh giá những nguy cơ có thể gặp phải trong thai kỳ cũng như khi đẻ của các bà mẹ thụ tinh trong ống nghiệm và trẻ sơ sinh của họ. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng thai kỳ thụ tinh trong ống nghiệm gặp nhiều nguy cơ như đa thai, đẻ non, trọng lượng thai thấp, thai chậm phát triển trong tử cung, dị tật bẩm sinh,tử vong sơ sinh, tiền sản giật… so với thai kỳ tự nhiên [1]. Bên cạnh đó, thụ tinh trong ống nghiệm là chỉ định mổ vì yếu tố xã hội nằm ngoài sự kiểm soát của bác sĩ [2]. Do đó, làm gia tăng tỷ lệ mổ lấy thai và kéo theo các nguy cơ về nhiễm khuẩn, tử vong mẹ và sơ sinh. Tại Việt Nam, nghiên cứu chủ yếu ở giai đoạn đầu của quá trình thụ tinh trong ống nghiệm, nhằm làm tăng tỷ lệ có thai, hạn chế những biến chứng xấu cho thai phụ. Chính vì vậy, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng ở thai phụ thụ tinh trong ống nghiệm từ 22 tuần trở lên tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, giai đoạn 2013 – 2015.

2. Mô tả một số yếu tố nguy cơ ở thai phụ thụ tinh trong ống nghiệm từ 22 tuần trở lên tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương, giai đoạn 2013 – 2015.

Chịu trách nhiệmchính: Nguyễn Mạnh Thắng
Email: bsnguyenmanhthang@gmail.com
Ngày nhận bài: 22/10/2018
Ngày phản biện khoa học: 12/11/2018
Ngày duyệt bài: 27/11/2018

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Nhóm nghiên cứu: các sản phụ được làm thụ tinh trong ống nghiệm nhập viện và đã đẻ con tại BVPSTƯ.

- Nhóm đối chứng: các sản phụ có thai tự nhiên và đã đẻ con tại bệnh viện phụ sản Trung Ương (BVPSTƯ).

Tiêu chuẩn lựa chọn: các sản phụ có thai tự nhiên và các sản phụ được thụ tinh trong ống nghiệm đã đẻ con tại BVPSTƯ. Tuổi thai từ 22 tuần trở lên. **Tiêu chuẩn loại trừ:** thai chết lưu. Trường hợp đẻ từ nơi khác chuyển đến. Hồ sơ bệnh án không có đủ thông tin, dữ liệu cần thiết.

2.2 Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ tháng 01/2013 đến tháng 12/2015. Nghiên cứu được thực hiện tại bệnh viện Phụ sản Trung ương.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

***Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu**

Nhóm TTTON: Cỡ mẫu được tính theo công thức của WHO. Thực tế nghiên cứu tiến hành với cỡ mẫu n = 262 sản phụ. Nhóm TTTN: lấy cỡ mẫu nhóm đối chứng gấp 2 lần nhóm TTTON với n = 524.

Phương pháp chọn mẫu: sử dụng kỹ thuật chọn mẫu hệ thống với khoảng mẫu k, khoảng mẫu k được tính dựa vào danh sách các sản phụ.

2.4. Phân tích số liệu: Các số liệu thu thập được phân tích và xử lý trên máy tính theo chương trình SPSS 16.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện đảm bảo đúng quy định trong nghiên cứu y sinh học. Thông tin cá nhân của bệnh nhân được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm lâm sàng của sản phụ TTTON

Tuổi nhỏ nhất của nhóm TTTON là 19 tuổi, tuổi cao nhất là 50 tuổi. Nhóm tuổi 30 – 34 chiếm tỷ lệ cao nhất là 33,6%. Đặc biệt có 9,2% sản phụ từ 40 tuổi trở lên (với 24 trường hợp). Tuổi trung bình của sản phụ là 32,2 ± 5,5 tuổi.

Tiền sử sản khoa: Tỷ lệ con so là 69,1% chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm con rạ (30,9%). Tỷ lệ sản phụ có tiền sử đẻ non là 5,0%.

Tỷ lệ mổ sản phụ khoa cũ bao gồm mổ lấy thai, mổ u xơ tử cung và tạo hình tử cung dị dạng là 14,1%. Trong đó tỷ lệ mổ lấy thai cũ chiếm 12,6% tổng số sản phụ.

Bảng 1. **Phân bố tuần thai của sản phụ khoa**

Tuần thai	n	%
22 – 27 tuần	12	4,6
28 – 33 tuần	22	8,4
34 – 37 tuần	82	31,4
≥ 38 tuần	164	55,7
Tổng	**262**	**100**

Nhóm đủ tháng chiếm tỷ lệ cao nhất là 55,7%. Tỷ lệ đẻ non là 44,3%. Không có thai già tháng. Tuổi thai trung bình là 36,4 ± 3,7.

Bảng 2. Phân bố tuổi thai theo số lượng thai

Số thai \ Tuổi thai	Đẻ non		Đẻ đủ tháng	
	n	%	n	%
1 Thai	44	28,9	108	71,1
2 Thai	68	64,2	38	35,8
3 Thai	3	100	0	0
4 Thai	1	100	0	0
Tổng số	116	44,3	146	55,7

Nhóm đơn thai có tỷ lệ đẻ non là 28,9% và 71,1% đẻ đủ tháng. Nhóm song thai có tỷ lệ đẻ non là 64,2%. Nhóm 3 thai và 4 thai thì 100% đẻ non.

2. Một số yếu tố nguy cơ liên quan tới thai kỳ TTTON

Bảng 3. Liên quan giữa các bệnh lý trong thai kỳ và TTTON

Nguy cơ \ Nhóm	Nhóm TTTON		Nhóm TTTN		p
	n	%	n	%	
Tăng huyết áp thai kỳ	10	3,8	11	2,1	>0,05
Tiền sản giật	13	5,0	15	2,9	>0,05
Đái tháo đường thai nghén	22	8,4	11	2,1	<0,05
Các bệnh lý khác	1	0,4	30	5,7	<0,05
Bình thường	216	82,4	457	87,2	>0,05
Tổng số	262	100	524	100	

Nhóm TTTON có 46 trường hợp mắc bệnh lý trong quá trình mang thai chiếm tỷ lệ 17,6%. Trong đó, tỷ lệ tăng huyết áp thai kỳ là 3,8%, tỷ lệ tiền sản giật là 5,0% và tỷ lệ đái tháo đường thai nghén là 8,4%. Tỷ lệ tăng huyết áp thai kỳ và tiền sản giật của nhóm TTTON cao hơn nhóm TTTN, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Sự khác biệt về tỷ lệ bị đái tháo đường thai nghén và các bệnh lý khác ở hai nhóm, có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

Bảng 4. Liên quan của mổ lấy thai và TTTON

Nhóm \ Phương pháp đẻ	Mổ lấy thai		Đẻ đường âm đạo		Tổng	OR 95%CI
	n	%	n	%		
Nhóm TTTON	242	92,4	20	7,6	262	13,47 (8,27-21,92)
Nhóm TTTN	248	47,3	276	52,7	524	

Tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm TTTON (92,4%) cao hơn so với nhóm TTTN (47,3%). Nhóm TTTON có nguy cơ phải mổ lấy thai cao gấp 13 lần nhóm TTTN. (OR, 95% CI: 13,47 (8,27 – 21,92).

Bảng 5. Liên quan giữa đa thai và TTTON

Nhóm \ Số thai	Đa thai		Đơn thai		Tổng	OR 95%CI
	n	%	n	%		
Nhóm TTTON	110	42,0	152	58,0	262	33,75 (17,69-64,37)
Nhóm TTTN	11	2,1	513	97,9	524	

Tỉ lệ đa thai ở nhóm TTTON (42,0%) cao hơn so với nhóm TTTN (2,1%). Nhóm TTTON có nguy cơ đa thai cao gấp 33 lần nhóm TTTN(OR, 95% CI: 33,75 (17,69-64,37)).

Bảng 6. Liên quan giữa đẻ non và TTTON

Nhóm \ Nguy cơ	Đẻ non		Không đẻ non		Tổng	OR 95%CI
	n	%	n	%		
Nhóm TTTON	116	44,3	146	55,7	262	4,22 (3,01 – 5,92)
Nhóm TTTN	83	15,8	441	84,2	524	

Tỷ lệ đẻ non của nhóm TTTON là 44,3%. Nhóm TTTON có nguy cơ đẻ non cao gấp 4 lần nhóm TTTN (OR, 95%CI: 4,22 (3,01 – 5,92).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi sản phụ TTTON có tuổi trẻ nhất là 19 tuổi và sản phụ có tuổi cao nhất là 50 tuổi. Trong đó nhóm phụ nữ 30 - 34 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 33,6%. Tuổi trung bình của nhóm TTTON là 32,2±5,5, độ tuổi này không chênh lệch nhiều về tuổi của các bà mẹ trong nghiên cứu khác[3]. Trong nghiên cứu này đa số phụ nữ TTTON là con so, điều này phù hợp với thực tế lâm sàng. Các cặp vợ chồng vô sinh hiếm muộn chưa có con nào phải tìm đến phương pháp thụ tinh trong ống nghiệm là biện pháp cuối cùng khi không còn áp dụng được các phương pháp hỗ trợ sinh sản khác, họ mong muốn khát khao có con hơn nhiều các vợ cặp vợ chồng khác. Còn các cặp vợ chồng đã có con rồi, sau đó bị vô sinh thì tùy điều điện kinh tế, xã hội họ mới nhờ đến phương pháp này để có thêm con. Cho nên nhóm con so thường có tỷ lệ TTTON cao hơn nhóm con rạ. Các sản phụ TTTON có tuổi thai đủ tháng chiếm tỷ lệ cao nhất là 55,7%. Tỷ lệ đẻ non là 44,3%, sự phân bố tỷ lệ đẻ non tăng dần theo tuổi thai từ 22 – 27 tuần, 28 – 33 tuần tới nhóm tuổi thai 34 – 37 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất là 31,3%, không có thai già tháng. Tuổi thai trung bình là 36,4 ± 3,7 tuổi. Tỷ lệ đa thai của nhóm đối tượng nghiên cứu là 42%, trong đó tỷ lệ song thai chiếm 40,5% tổng số các trường hợp. Chúng tôi thu được 3 trường hợp 3 thai với tuổi thai là 22 tuần, 34 tuần, 35 tuần chiếm tỷ lệ 1,1% và 1 trường hợp 4 thai có tuổi thai 26 tuần chiếm tỷ lệ 0,4% (bảng 3.5). Kết quả này cao hơn so với các nghiên cứu khác cả trong nước và ngoài nước [3],[6].

Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy có 46 trường hợp mắc bệnh trong quá trình mang thai chiếm tỷ lệ 17,6% trong tổng số 262 sản phụ được nghiên cứu. Theo kết quả, nhóm TTTON có tỷ lệ tăng huyết áp thai kỳ là 3,8%, tỷ lệ tiền sản giật là 5,0% và tỷ lệ đái tháo đường thai nghén là 8,4%, chúng tôi chỉ gặp 1 trường hợp có bệnh lý khác là giảm tiểu cầu chiếm tỷ lệ 0,4% (bảng 3.6). Trong khi đó, nhóm TTTN có tỷ lệ tăng huyết áp thai kỳ và tiền sản giật lần lượt là 2,1% và 2,9%. Như vậy, nhóm TTTON có tỷ lệ tăng huyết áp thai kỳ và tiền sản giật cao hơn nhóm TTTN nhưng sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê (p> 0,05). Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Apantaku O và cộng sự (2008) khi nghiên cứu về đơn thai, nhóm TTTON không tăng nguy cơ về tiền sản giật so với nhóm TTTN, (OR 0.8, 95% CI 0,2 – 2,9)[7]. Như vậy hầu hết các nghiên cứu đều nhận thấy nhóm TTTON có nguy cơ bị tăng huyết áp thai kỳ và tiền sản giật cao hơn so với nhóm TTTN.

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ mổ lấy thai của nhóm TTTN (47,3%) tương đương với báo cáo thống kê năm 2006 của Trung tâm sức khỏe sinh sản Hà Nội (2006), tỷ lệ mổ lấy thai tại bệnh viện Phụ sản Trung ương là 40,9%, tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội là 43,2%[8]. Tuy nhiên tỷ lệ mổ lấy thai của TTTON (92,4%) cao hơn rất nhiều so với nhóm TTTN. Nguy cơ mổ lấy thai của nhóm TTTON cao gấp 13 lần nhóm TTTN (OR, 95% CI: 13,47 (8,27 – 21,92). Như vậy, chỉ có tỷ lệ rất thấp là 7,6% phụ nữ TTTON sinh con bằng đường âm đạo. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ đa thai của nhóm TTTN là 2,1%, tương tự như các nghiên cứu khác. Theo Nguyễn Thị Kiều Oanh (2004- 2006), tại BVPSTƯ tỷ lệ song thai là 1,88%. Khi so sánh tỷ lệ đa thai giữa 2 nhóm TTTON và TTTN, chúng tôi thấy tỷ lệ đa thai nhóm TTTON rất cao (42%), nguy cơ đa thai của nhóm TTTON cao gấp 34 lần nhóm TTTN(OR= 33,75, 95% CI: 17,69 – 64,37).

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy rằng tỷ lệ đẻ non của nhóm TTTON là 44,3%. Nhóm TTTON có nguy cơ đẻ non cao gấp 4 lần nhóm TTTN (OR, 95%CI: 4,22 (3,01 – 5,92) (Bảng 3.9). Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đương với tác giả Trần Ngọc Cường (2008), tỷ lệ đẻ non tại Bệnh viện phụ sản Trung ương năm 2007 là 12,3%, trong đó nhóm TTTON có tỷ lệ đẻ non là 45,1%[5].

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình phụ nữ TTTON là 32,2 ± 5,5 tuổi. Tỷ lệ con so là 52,3%. Tuổi thai trung bình là 36,4 ± 3,7 tuần. Tỷ lệ mắc các bệnh lý trong thai kỳ của nhóm TTTON gồm: Tăng huyết áp thai kỳ là 3,8%, tiền sản giật là 5,0%, đái tháo đường thai nghén là 8,4%.

Nhóm TTTON có tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường thai nghén cao hơn nhóm TTTN (p< 0,05). Hầu hết các sản phụ TTTON kết thúc thai kỳ bằng mổ lấy thai chiếm tỷ lệ 92,4% và nguy cơ mổ lấy thai ở nhóm TTTON cao gấp 13 lần nhóm TTTN (OR, 95%CI: 13,47, 8,27 – 21,92). Nhóm TTTON có tỷ lệ đa thai là 42%, tỷ lệ đẻ non là 44,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nassar A.H., Usta I.M., Rechdan J.B. và cộng sự. (2003).** Pregnancy outcome in spontaneous twins versus twins who were conceived through in vitro fertilization. *Am J Obstet Gynecol*, 189(2), 513–518.
2. **Nguyễn Đức Vy.** *Những* yếu *tố tiên lượng một cuộc đẻ và Các chỉ định mổ lấy thai*, Nhà xuất bản Y học.
3. **Nguyễn Xuân Huy (2004),** *Nghiên cứu kết quả thụ tinh trong ống nghiệm tại bệnh viện Phụ sản trung ương năm 2003*, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa II trường đại học Y Hà Nội, Trường Đại Học Y Hà Nội.
4. **Nguyễn Văn Phong (2003),** *Nghiên cứu tình hình đẻ non và một số các yếu tố nguy cơ liên quan đến đẻ non tại Bệnh viện phụ sản Trung ương trong 2 năm 2001 – 2002*, Luận văn thạc sĩ y học trường đại học Y Hà Nội, Trường Đại Học Y H N.
5. **Trần Ngọc Cường (2008),** *Xác định tỷ lệ đẻ non của hai nhóm thai phụ mang thai tự nhiên, mang thai thụ tinh trong ống nghiệm và một số yếu tố liên quan đến đẻ non tại bệnh viện phụ sản Trung ương*, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại Học Y Hà Nội.
6. **Paul Merlob và Bejamin Fisch (2002).** Neonatal outcome and congenital malformations in children born after IVF. .
7. **Apantaku O.,** Chandrasekaran I., và Bentick B. (2008). Obstetric outcome of singleton pregnancies achieved with in vitro fertilisation and intracytoplasmic sperm injection: experience from a district general hospital. *J Obstet Gynaecol*, 28(4), 398–402.
8. **Nguyễn Thị Thanh Tâm và Nguyễn Đức Hinh (2009),** *Thực trạng mổ lấy thai và một số yếu tố liên quan ở Hoàn Kiếm và Gia Lâm 2007*, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại Học Y Tế Công Cộng.

TỈ LỆ GIẢM TIỂU CẦU SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI BẮC NINH NĂM 2017-2018

Phạm Thị Thanh Hương*, Phạm Trung Kiên*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tỉ lệ giảm tiểu cầu ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh năm 2017-2018. **Kết quả:** Tỉ lệ giảm tiểu cầu ở trẻ sơ sinh là 4,3%. Giảm tiểu cầu gặp nhiều ở trẻ nam (59,2%), trẻ đẻ non (59,2%) và trẻ có cân nặng lúc sinh thấp (61,4%), đa số là giảm tiểu cầu khởi phát sớm (69%). Giảm tiểu cầu mức độ nhẹ chiếm 67,9%, chỉ có 14,1% giảm tiểu cầu mức độ nặng. Nguyên nhân thường gặp của giảm tiểu cầu là nhiễm trùng chiếm 55,4%, chậm phát triển trong tử cung chiếm 26,1%. Chỉ có 15,2% trẻ giảm tiểu cầu có biểu hiện xuất huyết, đa số là xuất huyết dưới da chiếm 67,9%. **Kết luận:** GTC là một rối loạn huyết học thường gặp ở trẻ SS đặc biệt là trẻ đẻ non và trẻ SS có cân nặng thấp. Chúng ta cần chú ý số lượng tiểu cầu ở tất cả các trẻ sơ sinh bệnh lý ngay cả khi không có triệu chứng xuất huyết.

Từ khóa: Giảm tiểu cầu, sơ sinh

SUMMARY

PREVALENCE OF THROMBOCYTOPENIA NEONATAL AT BAC NINH OBSTETRICS AND PEDIATRIC HOSPITAL IN 2017-2018

Objectives: The aims of this study were to describe the rate of thrombocytopenia neonatal at Bac Ninh obstetrics and pediatric hospital in 2017-2018. **Results:** The rate of thrombocytopenia neonatal is 4.3%. Thrombocytopenia was more common in boys (59.2%), premature newborn (59.2%) and children with low birth weight (61.4%), most likely with early onset hepatic impairment (69%). Moderate platelet thrombocythaemia was 67.9%, with only 14.1% of severe thrombocytopenia. The most common cause of thrombocytopenia is infection, which accounts for 55.4%, with 26.1% of uterine retardation. Only 15.2% of thrombocytopenic children exhibited haemorrhage, mostly hemorrhagic hemorrhages of 67.9%. **Conclusion:** Thrombocytopenia is a common hematological disorder in infants, especially premature infants and low birth weight infants. We need to pay attention to the platelet count in all neonatal infants even if there are no symptoms of hemorrhage.

Keywords: Thrombocytopenia, neonatal

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giảm tiểu cầu là một rối loạn huyết học thường gặp ở trẻ sơ sinh, đặc biệt là trẻ sơ sinh bệnh lý. Tần suất giảm tiểu cầu thường gặp 1-5% ở trẻ sơ sinh bình thường, tuy nhiên tại các đơn vị hồi sức tích cực sơ sinh tỉ lệ giảm tiểu cầu thường gặp là 18-35%, đặc biệt ở trẻ sơ sinh non tháng và cân nặng thấp bệnh lý tỉ lệ giảm tiểu cầu có thể lên đến 70-90%. Hậu quả nặng nề và nguy hiểm nhất của giảm tiểu cầu là xuất huyết nội sọ và có thể dẫn đến tử vong hoặc để lại những di chứng thần kinh nặng nề. Theo nghiên cứu của Imene Dahmane Ayadi (2016) nghiên cứu 808 trẻ SS của Bệnh viện Charles Nicolle trong 4 năm (2010 – 2013) cho thấy: 12,4% (100 trẻ) trẻ xuất hiện một đợt GTC, 12 trẻ có hai đợt GTC. Tổng cộng có 112 trẻ GTC ở trẻ SS được nghiên cứu. Trong đó, GTC khởi phát sớm là 74,1%, GTC nặng là 41%, chậm phát triển trong tử cung là nguyên nhân phổ biến nhất của GTC khởi phát sớm. Nhiễm khuẩn Bệnh viện là nguyên nhân chính của GTC khởi phát muộn [3]. Theo nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Trung ương năm 2016 nghiên cứu 226 trẻ SS giảm TC tại khoa sơ sinh thấy rằng GTC chiếm 13,7% trong số trẻ SS nhập khoa sơ sinh từ tháng 11/2015 đến tháng 10/2016, trong đó trẻ nam chiếm 65,5%, GTC gặp chủ yếu ở trẻ đẻ non (69,5%). Cũng trong nghiên cứu này cho thấy rằng có rất nhiều yếu tố của con liên quan đến GTC ở trẻ SS như trẻ đẻ non, cân nặng lúc sinh < 2500 gram, các yếu tố quan trọng khác như nhiễm trùng gặp nhiều trong nhóm khởi phát muộn và thường GTC mức độ nặng [2]. Tuy nhiên, tại Bắc Ninh cho đến nay chưa có nghiên cứu nào về giảm tiểu cầu ở trẻ sơ sinh được công bố. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả tỉ lệ của giảm tiểu cầu ở trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh, năm 2017-2018.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Trẻ sơ sinh ≤ 28 ngày tuổi điều trị tại khoa Nội Nhi, Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh. Trong thời gian từ tháng 5/2017 đến tháng 4/2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

***Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

***Mẫu nghiên cứu:** mẫu thuận tiện. Nghiên cứu được thực hiện ở 4320 trường hợp trẻ sơ sinh nhập viện.

***Biến số và chỉ số nghiên cứu:**

+ Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: giới, tuổi thai (đẻ non < 37 tuần và đủ tháng ≥

*Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thanh Hương.
Email: drphamhuong.pediatric@gmail.com
Ngày nhận bài: 28/9/2018
Ngày phản biện khoa học: 18/10/2018
Ngày duyệt bài: 12/11/2018

37 tuần), cân nặng lúc sinh (< 2500 gram và ≥ 2500 gram), thời gian khởi phát GTC (sớm: GTC xuất hiện trong vòng 72 giờ sau sinh và muộn: GTC xuất hiện sau 72 giờ sau sinh).

+ Lâm sàng: thiếu máu, xuất huyết (dưới da, niêm mạc, nội tạng), gan to (gan dưới bờ sườn > 2cm), lách to, ngạt (apgar < 7 điểm), chậm phát triển trong tử cung (cân nặng lúc đẻ dưới đường bách phân vị thứ 10 ở cùng tuổi thai tương ứng), nhiễm khuẩn (SIRS + Nhiễm trùng: SIRS: có ít nhất 2 trong 4 tiêu chuẩn, 1 trong 2 tiêu chuẩn bắt buộc là bất thường về nhiệt độ và bạch cầu máu ngoại vi. Thay đổi thân nhiệt: trên 38,5^{0}C hoặc dưới 36^{0}C. Nhịp tim nhanh > 180/ph. Nhịp thở nhanh > 60l/ph hoặc phải thở máy. Bạch cầu máu ngoại vi tăng trên 25 G/l hoặc giảm dưới 5 G/l).

Nhiễm trùng: chứng cứ nhiễm trùng bao gồm các dấu hiệu xác định trên khám lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, xét nghiệm (như có bạch cầu trong các dịch vô khuẩn, chất nhầy hốc tự nhiên, X quang phổi có viêm phổi, ban hoại tử hoặc ban xuất huyết, CRP tăng cao > 10g/l).

Nhiễm khuẩn huyết: cấy máu dương tính

Viêm ruột hoại tử: chẩn đoán theo Bell

+ Cận lâm sàng: số lượng TC, mức độ GTC (nhẹ 100-149 G/l, vừa 50-99 G/l, nặng < 50 G/l), số lượng BC (bình thường 5-25 G/l), đông máu cơ bản (thay đổi khi một trong 3 chỉ số PT, APTT, fibrinogen thay đổi)

***Xử lý và phân tích số liệu:** Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

***Đạo đức nghiên cứu:** Các thông tin nghiên cứu được bảo mật. Đảm bảo nguyên tắc đạo đức theo quy định trong nghiên cứu y sinh học.

III. KẾT QUẢ

1. Tỉ lệ của giảm tiểu cầu: Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 5năm 2017 đến hết tháng 4 năm 2018, chúng tôi ghi nhận 184 trường hợp trẻ sơ sinh có giảm tiểu cầu trong tổng số 4320 trường hợp trẻ sơ sinh nhập viện, chiếm tỉ lệ 4,3%.

Kết quả cho thấy, trong 184 trẻ sơ sinh có giảm tiểu cầu, nam có 109 trẻ chiếm 59,2% nhiều hơn trẻ nữ có 75 trẻ chiếm 40,8%.

Bảng 1. Giảm tiểu cầu phân bố theo tuổi thai, cân nặng

Chỉ số		**Tần số**	
		n	**%**
Tuổi thai trung bình (tuần): 34,70 ± 4,281 (thấp nhất 25 tuần - cao nhất 41 tuần)			
Tuổi thai	≥ 37 tuần	75	40,8
	< 37 tuần	109	59,2
Cân nặng trung bình (gram): 2215,16 ± 918,861 (nhẹ nhất 500 gram-nặng nhất 4400 gram)			
Cân nặng	≥ 2500	71	38,6
	< 2500	113	61,4

Nhận xét: Tuổi thai trung bình của nhóm bệnh nhân giảm tiểu cầu là 34.70 ± 4,281 tuần, cao nhất là 41 tuần và trẻ có tuổi thai nhỏ nhất là 25 tuần. Trẻ đẻ non tháng (dưới 37 tuần) chiếm 59,2% cao hơn nhóm trẻ đủ tháng (tuổi thai từ 37 tuần) là 40,8%.

Cân nặng trung bình của nhóm trẻ giảm tiểu cầu là 2215,16 ± 918,861 gram, cao nhất là 4400 gram và thấp nhất là 500 gram. Tỉ lệ giảm tiểu cầu ở nhóm có cân nặng thấp là 61,4% cao hơn nhóm có cân nặng ≥ 2500 gram là 38,6%.

***Thời gian khởi phát giảm tiểu cầu:** GTC khởi phát sớm là giảm tiểu cầu xảy ra trong vòng 72 giờ sau khi sinh chiếm 69% cao hơn GTC khởi phát muộn là giảm tiểu cầu xảy ra sau 72 giờ chiếm 31%.

Bảng 2. ***Mức độ giảm tiểu cầu***

Mức độ giảm tiểu cầu	**Nhẹ**	**Vừa**	**Nặng**
Số lượng (n)	125	33	26
Tỉ lệ (%)	67,9	18	14,1

Nhận xét: Số bệnh nhân GTC mức độ nặng (số lượng TC dưới 50 G/L) chiếm 14,1%; GTC mức độ vừa (số lượng TC từ 50 G/L đến dưới 100 G/L) chiếm 18%; giảm tiểu cầu mức độ nhẹ (số lượng TC từ 100 G/L đến dưới 150 G/L) chiếm tỉ lệ cao nhất là 67,9%.

Bảng 3. Phân bố bệnh lý của trẻ có giảm tiểu cầu

Bệnh lý	**Số lượng (n = 184)**	**Tỉ lệ (%)**
Ngạt sơ sinh	11	6
Nhiễm trùng huyết	9	4,9
Viêm ruột hoại tử	10	5,4
Chậm phát triển trong tử cung	48	26,1
Nhiễm trùng	102	**55,4**

Nhận xét: bệnh lý của trẻ có giảm tiểu cầu chủ yếu là nhiễm trùng chiếm 55,4%, chậm phát triển trong tử cung chiếm 26,1%, ngạt sơ sinh chiếm 6%, nhiễm trùng huyết chiếm 4,9%, viêm ruột hoại tử chiếm 5,4%.

2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của giảm tiểu cầu ở trẻ sơ sinh

Bảng 4. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm	**Số lượng (n)**	**Tỉ lệ%**
Xuất huyết: 28 (15.2%)		
Dưới da	19	**67,9**
Niêm mạc	4	14,3
Nội tạng	5	17,8
Thiếu máu		
Có	48	26,1
Không	136	73,9

Nhận xét: trong nhóm trẻ GTC có 28 trẻ có xuất huyết chiếm tỉ lệ 15,2%. Trong đó, chủ yếu là xuất huyết dưới da chiếm 67,9%, xuất huyết niêm mạc chiếm tỉ lệ 14,3% và xuất huyết nội tạng chiếm tỉ lệ 17,8%. Trong nhóm trẻ GTC, thiếu máu (da xanh, niêm mạc nhợt) chiếm tỉ lệ 26,1%.

Bảng 5. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm cận lâm sàng	**N**	**%**
Bạch cầu (G/l): 5 – 25	117	63,6
< 5 hoặc > 25	67	36,4
Hb (g/l): ≥ 135	117	63,6
< 135	67	36,4
Đông máu cơ bản (n= 177)		
Bình thường	114	64,4
Biến đổi	63	35,6

Nhận xét: trong tổng số 184 trẻ có giảm tiểu cầu có 36,4% trẻ có sự thay đổi về số lượng bạch cầu (tăng trên 25 G/L hoặc giảm dưới 5 G/L); 36,4% trẻ có kèm theo thiếu máu (Hb dưới 135 g/l); 64,4% trẻ có kèm theo rối loạn đông máu (có một trong 3 yếu tố đông máu thay đổi).

IV. BÀN LUẬN

Tỉ lệ giảm tiểu cầu sơ sinh của chúng tôi là 4,3%, thấp hơn so với Aparajita Gupta và cộng sự (70%) [5], Imene Dahmane Ayadi và cộng sự (12,4%) [7], Lê Thị Châu và Lâm Thị Mỹ (6,4%) [1], cao hơn của Susana Sainio (2%) [8], Ulusoy (3,8%) [6]. Giải thích điều này có thể do dân số nghiên cứu của chúng tôi là những trẻ sơ sinh bệnh lý điều trị tại khoa Nội Nhi, nên tỉ lệ giảm tiểu cầu cao hơn trong dân số sơ sinh bình thường và đủ tháng của Susana và Ulusoy, nhưng thấp hơn so với nghiên cứu khác. Điều này có thể là giảm tiểu cầu sơ sinh có liên quan với mức độ bệnh lý ở trẻ sơ sinh.

Tỉ lệ nam chiếm 59,2% nhiều hơn nữ là 40,8%. Tương tự như nghiên cứu của Lê Thị Mỹ tỉ lệ nam là 62,3% [1], theo Hoàng Thị Hương tỉ lệ nam là 65,5% [2]. Tuy nhiên theo Eslami Z MD và cộng sự (2013) tỉ lệ nam là 40% [4]. Tỉ lệ GTC ở trẻ nam nhiều hơn ở trẻ nữ có thể do nhiễm trùng sơ sinh ở trẻ nam gặp nhiều hơn ở trẻ nữ và trong nhiều nghiên cứu thì giới tính nam được coi là một yếu tố nguy cơ của nhiễm khuẩn sơ sinh.

Trẻ đẻ non tháng chiếm 59,2%. Tương tự như kết quả nghiên cứu của Hoàng Thị Hương tỉ lệ trẻ đẻ non chiếm 67,7% [2], Ulusoy và cộng sự GTC ở trẻ đẻ non là 72% [6]. Theo y văn thế giới, GTC hay gặp ở trẻ SS đặc biệt là trẻ đẻ non và trẻ có cân nặng khi sinh thấp, trẻ SS có cân nặng khi sinh càng thấp thì nguy cơ GTC càng cao.

Đa số trẻ có cân nặng sơ sinh thấp chiếm 61,4%. Tương tự như kết quả nghiên cứu của Lê Thị Mỹ trẻ sơ sinh có cân nặng thấp chiếm 51,6% [1], Jeannette S von Lindern và cộng sự (2011) GTC ở trẻ đẻ non là 75%, Ulusoy và cộng sự GTC ở trẻ đẻ non là 72% [6]. Theo y văn thế giới, trẻ SS có cân nặng càng thấp thì càng có nguy cơ bị GTC và nguy cơ mắc GTC càng nặng, trẻ có cân nặng < 1000 gram có nguy cơ bị GTC nặng gấp 10 lần trẻ có cân nặng ≥ 2500 gram.

Thời gian khởi phát giảm tiểu cầu: đa số là giảm tiểu cầu khởi phát sớm chiếm 69%. Tương tự như nghiên cứu của Imene Dahmane Ayadi giảm tiểu cầu khởi phát sớm chiếm 74,1%, Eslami và cộng sự, tỉ lệ GTC trong nhóm khởi phát sớm là 75,3%. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi lại khác với một số các nghiên cứu khác: Theo nghiên cứu của Hoàng Thị Hương 35,4% GTC khởi phát sớm, 64,4% GTC khởi phát muộn [2]. Nghiên cứu của Lê Thị Châu và Lâm Thị Mỹ, tỉ lệ GTC SS sớm là 36% [1].

Đa số là giảm tiểu cầu mức độ nhẹ chiếm 67,9%, chỉ có 14,1% giảm tiểu cầu mức độ nặng. Tương tự như nghiên cứu của Eslami giảm tiểu cầu mức độ nhe, vừa, nặng lần lượt là 49,4%; 47,1%; 3,5%. Theo nghiên cứu của Hoàng Thị Hương tại Bệnh viện Nhi trung ương: tỉ lệ GTC nặng chiếm 23%, GTC mức độ vừa chiếm 41.6% và GTC mức độ nhẹ chiếm 35,4% [2].

Đa phần là nhiễm trùng chiếm 55,4%, chậm phát triển trong tử cung là 26,1%, NHK là 4,9%, VRTH là 5,4%. Tương tự như nghiên cứu của Hoàng Thị Hương nhiễm trùng (55%), VRHT (14%) [2]. Điều này phù hợp như trong y văn, GTC ở trẻ SS thường liên quan đến nhiễm trùng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 15,2% có biểu hiện xuất huyết; 26,1% thiếu máu. Theo nghiên cứu của Hoàng Thị Hương xuất huyết chiếm 37,2%, thiếu máu chiếm 50,4% [2]. 36,4% trẻ có sự thay đổi về số lượng bạch cầu; 36,4% trẻ có kèm theo thiếu máu; 64,4% trẻ có kèm theo rối loạn đông máu [2]. Theo Lê Thị Châu và Lâm Thị Mỹ: 31,8% có thay đổi về số lượng bạch cầu; 32% có thiếu máu và 58,6% trẻ có thay đổi đông máu toàn bộ [1]. Có lẽ, tình trạng thiếu máu, gan to, lách to trong GTC ở tre SS có liên quan vói tình trạng nhiễm trùng.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ giảm tiểu cầu ở trẻ sơ sinh là 4,3%. GTC gặp nhiều ở trẻ nam chiếm 59,2%, gặp ở trẻ đẻ non 59,2%, cân nặng lúc sinh < 2500 gram chiếm 61,4%, đa số là giảm tiểu cầu khởi phát sớm chiếm 69%, đa số trẻ là giảm tiểu cầu mức độ nhẹ chiếm 67,9%, chỉ có 14,1% giảm tiểu cầu mức độ nặng.

Bệnh lý thường gặp của GTC là nhiễm trùng chiếm 55,4%, chậm phát triển trong tử cung chiếm 26,1%. Chỉ có 15,2% trẻ giảm tiểu cầu có biểu hiện xuất huyết, đa số là xuất huyết dưới da chiếm 67,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thị Châu và Lâm Thị Mỹ** (2007), "Giảm tiểu cầu sơ sinh tại khoa sơ sinh bệnh viện Nhi Đồng 1 từ 10/2005-04/2006". Y học TP.Hồ Chí Minh (11), tr. 27-32.
2. **Hoàng Thị Hương** (2016), Tìm hiểu một số yếu tố dịch tễ học lâm sàng giảm tiểu cầu ở trẻ sơ sinh, Luận văn thạc sỹ, Trường Đại học Y Hà Nội, HN.
3. **Imene Dahmane Ayadi, Emira Ben Hamida, Asma Youssef, et al** (2016), Prevalence and outcomes of throbocytopenia in a neonatal intensive care unit, La tunisie Medicale, 94, pp 305-308.
4. **Eslami Z MD, Lookzadeh MH MD, Noorishadkam M MD, et al** (2013), Thrombocytopenia and Associated Factors in Neonates Admitted to NICU during Years 2010_2011, Iranian Journal of Pediatric Hematology Oncology, 3, pp. 205-209.
5. **Aparajita Gupta, Mathai SS, Madhuri Kanitkar** (2011), Incidence of thrombocytopenia in the neonatal intensive care unit. Med J Armed Forces India, 67(3), pp. 234–236.
6. **Ezgi Ulusoy, Ozlem Tufekci, Nuray Duman, et al** (2013), Thrombocytopenia in neonates: causes and outcomes. Annals Hematology, 92(7), pp. 961-967.
7. **Imene Dahmane Ayadi, Emira Ben Hamida, Asma Youssef, et al** (2016), Prevalence and outcomes of throbocytopenia in a neonatal intensive care unit, La tunisie Medicale, 94, pp 305-308.
8. **Sainio S, et al** (2000), Thrombocytopenia in term infants: a population-based study. Obstet Gynecol, 95(3): pp. 441–446.

CÁC BIẾN CHỨNG CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT NANG, NỐI ỐNG GAN CHUNG HỖNG TRÀNG KIỂU ROUX-EN-Y ĐIỀU TRỊ NANG ỐNG MẬT CHỦ Ở TRẺ EM

Phạm Duy Hiền*, Nguyễn Thanh Liêm*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả và xử trí các biến chứng của phẫu thuật nội soi cắt nang và nối ống gan chung hỗng tràng kiểu Roux- en - Y trong điều trị bệnh lý nang ống mật chủ (NOMC) ở trẻ em. **Kết quả:** Từ tháng 12/2007 đến tháng 5/2017 có 481 bệnh nhi được phẫu thuật, bao gồm 110 trẻ trai và 371 trẻ gái, 265 trường hợp thuộc týpI (55,1%), 216 trường hợp thuộc týp IV (44,9%) theo Todani. Tuổi từ 1 tháng đến 16 tuổi. Không có trường hợp nào tử vong trong và sau mổ, không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở, không có trường hợp nào phải truyền máu trong mổ. Có 10 trường hợp (2%) bị rò mật sau mổ trong đó có 2 trường hợp phải cần phẫu thuật mổ lại. Có 408/481 bệnh nhân (84,8%) được theo dõi từ 3 tháng tới 115 tháng, trong đó dấu hiệu đau bụng vùng HSP đơn thuần gặp ở 18 bệnh nhân (4,4%), sốt sau mổ 20 bệnh nhân (4,9%), nhiễm trùng đường mật ngược dòng gặp ở 4 bệnh nhân (1%). Đặc biệt không có trường hợp nào bị hẹp miệng nối, sỏi mật hoặc phải mổ lại. Không có trường hợp nào bị viêm dạ dày hoặc loét hành tá tràng sau mổ. **Kết luận:** Tỉ lệ biến chứng của phẫu thuật nội soi cắt nang, nối OGC với hỗng tràng trong điều trị NOMC ở trẻ em là rất thấp, nhẹ và có thể phát hiện và xử trí một cách có hiệu quả.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi, nang ống mật chủ, trẻ em.

**Bệnh viện Nhi Trung ương*

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Duy Hiền

Email: duyhien1976@gmail.com.

Ngày nhận bài: 8/9/2018

Ngày phản biện khoa học: 6/10/2018

Ngày duyệt bài: 5/11/2018

SUMMARY

COMPLICATIONS OF COMPLETE LAPAROSCOPIC CYST EXCISION AND ROUX-EN-Y HEPATICOJEJUNOSTOMY FOR CHOLEDOCHAL CYST

Objectives: Describe and manage of complications of complete laparoscopic cyst excision and Roux-en-Y hepaticojejunostomy for choledochal cyst from December 2007 to May 2017. **Results:** From December 2007 to May2017,481 patients were operated. There were 110 boys and 371 girls.Ages ranged from 1 month to 16 years old. 265 patients (55.1%) were type I and 216 patients were type IV (Todani). There were no post-operative death and no conversion. No blood transfusion was required. Postoperative anastomosis leakage occured in 10 cases (2%) and 2 cases needed to be re-operated. Follow up from 3 months to 115 months was obtained in 408/481 patients (84.8%). Of these patients, there were 4 cholangitis occured (1%), and no choleithiasis nor anastomosis stenosis. There was no gastritis nor duodenal ulcer. However the rate of simple pain in the lower right costal area is 4.4%. **Conclusion:** The rate of complications oflaparoscopic complete cyst excision and hepaticojejunostomy for treatment of choledochal cystis low, not severe and can be detected and managed effectively.

Keywords: Laparoscopic surgery, choledocal cyst, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ nang ống mật chủ (NOMC) và nối ống gan chung (OGC) với hỗng tràng tràng theo kiểu Roux-en-Y đã trở thành kỹ

thuật qui chuẩn trong điều trị NOMC [1]. Trong khoảng hơn một thập kỉ gần đây, với sự phát triển nhanh chóng của công nghệ hiện đại, phẫu thuật nội soi (PTNS) đã tỏ rõ sự ưu việt và dần thay thế phẫu thuật qui ước trong hầu hết các phẫu thuật trong ổ bụng nói chung và phẫu thuật điều trị NOMC nói riêng. Farello, năm 1995, là tác giả đầu tiên mô tả kĩ thuật PTNS cắt nang và nối OGC với hỗng tràng kiểu Roux-en-Y cho một bệnh nhân nữ 6 tuổi. Kể từ năm 2007, chúng tôi đã tiến hành mổ nội soi thường qui cho tất cả các bệnh nhi bị NOMC, sử dụng hai phương pháp là nối OGC với hỗng tràng hoặc tá tràng. Đa số các báo cáo trên thế giới và tại nước ta mới chỉ tập trung đánh giá những ưu điểm của phương pháp này mà còn ít đề cập đến các biến chứng của nó và các nghiên cứu này được làm với số lượng bệnh nhân còn hạn chế và thời gian theo dõi chưa dài. Mục tiêu của nghiên cứu này là trình bày các biến chứng có thể gặp trong phẫu thuật nội soi cắt nang, nối ống gan chung hỗng tràng theo Roux-en-Y và phương pháp phát hiện và xử trí các biến chứng này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: toàn bộ các bệnh nhân được chẩn đoán là NOMC typ I và IV (theo phân loại của Todani), được PTNS tại khoa Ngoại Bệnh Viện Nhi Trung ương từ tháng 12/2007 tới tháng 5/2017.

Phương pháp nghiên cứu là hồi cứu mô tả loạt ca bệnh. Chọn mẫu thuận tiện. Kĩ thuật mổ thường qui được áp dụng là PTNS 4 trocar với 1 trocar 10mm đặt qua rốn và 3 trocar 5 mm ở 2 bên thành bụng. Phẫu tích cắt nangvà đưa ruột non qua rốn ra ngoài ổ bụng và làm quai Y như thường qui. Đưa quai Y vào trong ổ bụng và làm miệng nối OGC- hỗng tràng hoàn toàn bằng nội soi. Loại trừ các bệnh nhân được phẫu thuật theo phương pháp khác. Ghi nhận lại thông tin vê các tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ.

Số liệu được nhập và quản lý trên phần mềm SPSS 16.0.Số liệu được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm.

Đạo đức nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Nhi Trung ương thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của các BN trong nhóm nghiên cứu: có 481 BN bao gồm: 371 trẻ nữ, 110 trẻ nam, tỷ lệ nam/ nữ là 1:3,4.

Phân loại: NOMC thuộc typ I (theo phân loại của Todani): 265 BN (55,1%), Týp IV:216 BN (45,9%), được phẫu thuật từ tháng 12/2007 tới tháng 5/2017. BN nhỏ tuổi nhất 1 tháng, lớn nhất 16 tuổi, trung bình: 49,5, ± 6,7 tháng.

Kết quả nghiên cứu về các biến chứng của PTNS điều trị NOMC cho thấy: không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở. Không ghi nhận tai biến trong mổ (tổn thương: động mạch gan, tĩnh mạch cửa, thủng tá tràng...). Không có trường hợp nào phải truyền máu trong mổ. Không có trường hợp nào tử vong trong và sau mổ.Đặt dẫn lưu ổ bụng sau mổ: 115/481 (23,9%).

Bảng 1: Biến chứng sau mổ

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%) (trên tổng số BN được mổ =481)
Tử vong sau mổ	0	0
Rò mật	10	2
Nhiễm trùng đường mật	6	1,2
Thoát vị mạc nối lớn	3	0,62
Nôn	30	6,2
Sốt	35	7,3
Rò tụy	3	0,62
Áp xe tồn dư sau mổ	2	0,4
Xoắn quai Y trong mổ	3	0,62

Nhận xét: tỷ lệ rò mật, rò tụy và nhiễm trùng đường mật sau mổ lần lượt là 2%, 0,62% và 1,2%.

Bảng 2: Biến chứng xa sau mổ

Biến chứng xa sau mổ	Số lượng BN	Tỷ lệ % (trên tổng số BN có thông tin sau mổ)
Đau bụng đơn thuần	18	4,4
Đau bụng+sốt+vàng da (nhiễm trùng đường mật ngược dòng)	4	1
Viêm dạ dày trào ngược	0	0
Hẹp miệng nối	0	0
Sỏi mật	0	0
Mổ lại	0	0

Theo dõi sau mổ từ 3-115 tháng trung bình: 52 ± 4,5 tháng.Số BN có thông tin sau mổ: 408/481 (84,8%). Tỷ lệ đau bụng đơn thuần sau mổ chiếm 4,4%. Có 1% có đau bụng, sốt và vàng da (nhiễm trùng đường mật ngược dòng). Không có trường hợp nào viêm dạ dày trào ngược, hẹp miệng nối, sỏi mật và mổ lại.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu này cho thấy PTNS cắt nang, nối OGC với hỗng tràng kiểu Roux-en-Y là một phẫu thuật mang tính khả thi và an toàn cao. Không ghi nhận trường hợp tử vong trong

và sau mổ. Tuy nghiên cứu với cỡ mẫu lớn nhưng không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở. Biến chứng trong mổ hầu như không có. Tổn thương động mạch gan hoặc tĩnh mạch cửa là các biến chứng nguy hiểm không chỉ với PTNS mà ngay cả với mổ mở [2]. PTNS có ưu điểm là độ phóng đại cao, giúp dễ dàng đánh giá các thành phần ở rốn gan dù nằm ở sâu trong ổ bụng. Nhiều trường hợp NOMC bị viêm dính với động mạch gan và tĩnh mạch cửa, nguy hiểm khi phẫu tích thì kinh nghiệm sẽ mở thành nang từ trước ra sau hoặc đi từ đáy nang lên. Khi phần thấp của nang viêm dính với tụy và tá tràng, chúng tôi dùng pince vuông đè tá tràng và dùng pince 3mm phẫu tích đi sát thành nang nhằm tránh tổn thương tụy và tá tràng.

Có 9 trường hợp khi phẫu tích cắt qua 2 ống gan hoặc có ống mật lạc chỗ đổ vào phần thấp của đường mật nên phải tạo hình đường mật trong mổ trước khi làm miệng nối mật ruột. Biến chứng này cũng gặp ở các tác giả khác [3]. Kinh nghiệm của chúng tôi là nên khâu đính 2 ống gan lại với nhau hoặc khâu đính đường mật phụ vào ống gan chung (thực hiện được trong 6 trường hợp). Mục đích là chỉ phải khâu nối 1 miệng nối mật ruột duy nhất, giảm nguy cơ rò hoặc hẹp miệng nối khi làm từ 2 miệng nối trở lên. Cả 6 bệnh nhân này sau mổ theo dõi đều không có rò mật hay hẹp miệng nối.Có 3 trường hợp không thể khâu đính 2 dường mật với nhau để làm một miệng nối duy nhất (do 2 miệng nối cách xa nhau, dễ căng khi khâu đính lại), chúng tôi tiến hành làm 2 miệng nối mật ruột. Cả 3 trường hợp này đều được theo dõi cẩn thận sau mổ, không ghi nhận trường hợp nào có rò mật. Khám lại và siêu âm sau mổ không ghi nhận trường hợp nào có hẹp miệng nối mật ruột. Tuy nhiên, vẫn ưu tiên tạo hình đường mật hơn (nếu có thể) vì sẽ làm giảm số miệng nối mật ruột, từ đó sẽ giảm thời gian phẫu thuật và các nguy cơ biến chứng với số lượng miệng nối nhiều hơn. Trong điều kiện chụp mật tụy ngược dòng (ERCP) chưa phổ biến ở Việt Nam thì khảo sát đường mật trước mổ chủ yếu dựa vào chụp MRI. Còn trong mổ theo kinh nghiệm của chúng tôi để tránh cắt ngang qua 2 ống gan hoặc làm tổn thương ống mật phụ thì cần cắt nang ở bên dưới ống cổ túi mật trước, sau đó tìm ống gan chung ở trong lòng nang, cắt bỏ cực trên của nang ngay sát bên dưới lỗ ống gan chung.

Rò mật sau mổ trong nghiên cứu có 10 bệnh nhân (2%). Trong số 10 bệnh nhân này có 5 trường hợp đã được đặt dẫn lưu trong mổ. Có 5 bệnh nhân chưa đặt dẫn lưu trong mổ thì được tiến hành đặt dẫn lưu dưới siêu âm trong đó trong 1 bệnh nhân phải mổ nội soi lại đặt dẫn lưu dưới gan (do ổ tụ dịch nằm sâu trong rốn gan, đặt dẫn lưu dưới siêu âm không hiệu quả) và 1 bệnh nhân phải mổ mở lại để làm lại miệng nối mật ruột (do sau khi đặt dẫn lưu, dịch mật vẫn ra liên tục mặc dù đã được điều trị bảo tồn tích cực sau 5 ngày), số còn lại được điều trị bảo tồn với nhịn ăn, truyền dịch, kháng sinh và hút dẫn lưu liên tục. Tất cả bệnh nhân này sau điều trị đều liền miệng nối mật ruột và khỏi ra viện. Tỉ lệ rò mật trong nghiên cứu mổ mở trước đây của chúng tôi cao hơn với 11/154 bệnh nhân (7,1%) có rò mật[2] với 6 trường hợp mổ lại và 1 trường hợp tử vong sau mổ. Tỉ lệ rò mật trong nghiên cứu của Trương Nguyễn Uy Linh là 7,69% [4]. Từ đó cho thấy phẫu thuật nội soi với khâu nối miệng nối mật ruột hoàn toàn trong ổ bụng là khả thi, an toàn và thuận lợi hơn với mổ mở.

Rò tụy là một biến chứng hiếm gặp của PTNS điều trị NOMC. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3/481 trường hợp (0,62%) bị rò tụy. Nguyên nhân có thể do khi phẫu tích tới phần thấp của nang có thể làm tổn thương một số ống tụy nhỏ, đặc biệt khi nang to, viêm dính nhiều. Kinh nghiệm của chúng tôi là nên dùng pince 3mm đầu nhỏ, đi sát thành nang. Điều trị bằng nhịn ăn truyền dịch, kháng sinh và dùng sandostatin. Tất cả các bệnh nhân đều hết rò sau điều trị mà không cần can thiệp phẫu thuật thêm.

Trước kia với phẫu thuật mở, một số tác giả cho rằng đặt dẫn lưu ổ bụng sẽ giúp phát hiện sớm và điều trị rò mật/ tụy hoặc chảy máu. Tuy nhiên gần đây quan điểm này không được chấp nhận bởi nhiều tác giả.Theo tác giả Diao M [5]: đặt dẫn lưu sẽ làm tăng mức độ đau của bệnh nhân sau mổ và không cũng giúp ngăn chặn rò mật/ tụy sau mổ (nếu có). Đặc biệt với kĩ thuật phẫu tích và khâu nối nội soi ngày càng dần tới hoàn thiện thì tỉ lệ rò mật/ tụy sau mổ NOMC ngày càng thấp thì đặt dẫn lưu sau mổ là không cần thiết (trong nghiên cứu của Diao M [5]: không có trường hợp nào rò mật/ tụy sau mổ). Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân có rò mật/ tụy sau mổ gặp ở những năm đầu khi mới triển khai PTNS, còn ngày nay hầu như không gặp biến chứng này.

Hẹp miệng nối mật ruột cũng là biến chứng hay gặp. Tuy nhiên trong nghiên cứu với số lượng lớn BN chúng tôikhông ghi nhận trường hợp nào có hẹp miệng nối. Ở tác giả khác, tỉ lệ hẹp miệng nối như: Singham - 10% [6]. Chúng tôi chủ trương khâu mũi rời với những trường hợp ống gan chung có đường kính dưới 10mm. Nhiều trường hợp ống gan chung bé hơn 5mm , chúng tôi chủ động tạo hình lại đường mật (xẻ

dọc một đoạn ngắn ống gan chung để đường kính miệng nối lớn hơn). Không để miệng nối căng và không để túi cùng hỗng tràng quá dài sẽ gây chèn ép miệng nối cũng là quan điểm để tránh hẹp miệng nối mật ruột.

Theo dõi xa sau mổ: nhiễm trùng đường mật ngược dòng là một biến chứng hay gặp nhất có thể do: hẹp miệng nối, sỏi trong gan, do trào ngược từ ruột lên đường mật, giun chui lên đường mật. Biểu hiện biến chứng này bởi tam chứng: đau bụng, sốt, vàng da. Thời gian theo dõi từ 3- 115 tháng với 408/481 bệnh nhân, chỉ gặp 4 bệnh nhân (1% - bảng 2) bị nhiễm trùng đường mật ngược dòng. Đây thực sự là ưu việt của PTNS nối OGC- hỗng tràng theo Roux-en-Y so với nối OGC- tá tràng (theo Nguyễn Thanh Liêm [6], tỉ lệ này ở nhóm nối OGC- tá tràng là 1,5%) và so với mổ mở (các nghiên cứu [2],[4] có tỉ lệ nhiễm trùng ngược dòng > 10%). Các trường hợp nhiễm trùng đường mật đều được điều trị kháng sinh thành công. Toàn bộ những bệnh nhân được theo dõi, chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào bị viêm dạ dày tá tràng do trào ngược. Đây cũng là ưu điểm được tác giả Narayannan SK [7] qua nghiên cứu đa trung tâm kết luận: PTNS cắt nang nối OGC- hỗng tràng có thời gian mổ dài hơn nhưng tỉ lệ viêm dạ dày tá tràng do trào ngược thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nối OGC- tá tràng. Trong thời gian theo dõi chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có sỏi mật sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Các biến chứng của phẫu thuật nội soi cắt nang, nối OGC- hỗng tràng trong điều trị NOMC ở trẻ em có thể phát hiện và xử trí một cách có hiệu quả. Tỉ lệ biến chứng là thấp hơn so với mổ mở và mổ nối OGC- tá tràng. Để ngăn ngừa các biến chứng này, cần làm chẩn đoán trước mổ tốt, nâng cao kĩ năng phẫu tích và khâu nối nội soi, điều trị sau mổ tích cực nhằm phát hiện sớm và xử lý triệt để các biến chứng nếu có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sun DQ, Gong MZ, Hu Y et al.**(2009) Laparoscopic management of type I choledocal cyst in adults: cyst resection, assisted Roux-en-Y reconstruction and hepaticojejunstomy, Minim Invasive therapy, Allied technol 18: 1-5
2. **Nguyễn Thanh Liêm, Phạm Duy Hiền, Nguyễn Đức Thọ**: Kết quả điều trị 154 trường hợp U nang ống mật chủ bằng kỹ thuật cắt nang và nối mật ruột Roux-en-Y, Y học thực hành số 506, tr 42-45.
3. **Jang JY, Kim SW, Han HS et al** (2006). Total laparoscopic management of choledocal cyst using four hole method. Surg Endos: 20 :1762- 1765
4. **Trương Nguyễn Uy Linh, Đào Trung Hiếu và cộng sự**(2000). Điều trị phẫu thuật nang ống mật chủ ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Đồng I. Tạp chí Ngoại Khoa :3: 8-11.
5. **Diao M, Long Li, Cheng W** (2012). To drain or not to drain in Roux-en-Y hepatojejunostomy for children with choledocal cysts in the laparoscopic era : a prospective randomized study. J Pediatric Surg 47 (8) 1485-9.
6. **Nguyễn Thanh Liêm, Phạm Duy Hiền, Lê Anh Dũng** (2012). Early and intermediate outcomes of Laparoscopic surgery for choledocal cysts with 400 patients, Journal of laparoendoscopic and advanced Surgical techniques, Volumn 22 Issue 6
7. **Narayannan SK, Chen Y, Cohen RC et al** (2013). Hepaticoduodenostomy and hepaticojejunostomy after resection of choledocal cyst: a systemic review and meta-analysis, J Pediatr Surg Nov; 48 (11): 2336- 42.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ HÓA TRỊ PHÁC ĐỒ NHÓM TAXAN KẾT HỢP PLATINUM TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ VÒM GIAI ĐOẠN TÁI PHÁT, DI CĂN TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Nguyễn Quang Trung*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị hóa chất nhóm taxan kết hợp platinum trên bệnh nhân ung thư biểu mô vòm họng tái phát, di căn tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ năm 2015 đến 2018. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu có theo dõi dọc 25 bệnh nhân ung thư biểu mô vòm họng tái phát, di căn được điều trị hóa chất nhóm taxan kết hợp platinum tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ năm 2015 đến 2018. **Kết quả:** Tỷ lệ kiểm soát bệnh của phác đồ Paclitaxel kết hợp Carboplatin là 80%, bệnh tiến triển có 20%. Tỷ lệ đáp ứng một phần, bệnh ổn định, bệnh tiến triển của phác đồ Docetaxel kết hợp Cisplatin lần lượt là 60%, 30% và 10%. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển là 5 tháng và thời gian sống thêm trung bình toàn bộ là 10 tháng. **Kết luận:** Phác đồ hóa chất nhóm Taxan kết hợp Platinum có hiệu quả đáng ghi nhận, nên áp

Bệnh viện Ung bướu Nghệ An
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Trung
Email: thaibatapchimtud@gmail.com
Ngày nhận bài: 8/10/2018
Ngày phản biện khoa học: 3/11/2018
Ngày duyệt bài: 21/11/2018

dụng trong điều trị bước 1 cho bệnh nhân ung thư biểu mô vòm họng giai đoạn tái phát, di căn.

Từ khóa: Ung thư biểu mô vòm họng tái phát, hóa chất nhóm taxan kết hợp platinum.

SUMMARY

TAXAN PLUS PLATINUM FOR PATIENTS WITH RECURRENT OR METASTATIC NASOPHARYNGEAL CARCINOMA IN NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

Purpose: Assessment on the effect of taxan plus platinum for recurrent and metastatic nasopharyngeal cancer in Nghe An oncology hospital. **Patients and methods:** 25 patients with recurrent or metastatic NPC received taxan plus platinum in Nghe An oncology hospital from 2015 to 2018. **Results:** Partial response, stable disease, progression disease rate of PC and DC regimens were: 46.7%, 33.3%, 20% and 60%, 30%, 10% respectively. Median progress free survival was 5 months and median overall survival was 10 months. **Conclusion:** Taxan plus platinum is an effective regimen as first- line treatment for recurrent/metastatic nasophryngeal carcinoma.

Keyword: Metastatic nasopharyngeal carcinoma, taxan plus platinum

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vòm họng (UTVH) có tỷ lệ mắc cao ở các vùng Nam Trung Quốc, Hồng Kông. Khu vực có tỷ lệ mắc thấp là các nước ở Châu Âu, Châu Mỹ. Tại Việt Nam UTVH là 1 trong 10 loại ung thư phổ biến và là ung thư thường gặp nhất trong các bệnh lý ung thư đầu cổ[1].

UTVH là bệnh nhạy cảm với hóa chất và xạ trị do đó điều trị đúng phương pháp sẽ mang lại tỷ lệ sống thêm cao cho bệnh nhân đặc biệt là bệnh nhân ở giai đoạn sớm. Tuy nhiên di căn xa là thường gặp trong UTVH. Tại thời điểm chẩn đoán ban đầu di căn xa được tìm thấy với tỷ lệ từ 5-7% bệnh nhân UTVH. Còn lại phần lớn di căn xa phát hiện trong quá trình điều trị, thường là trong vòng 3 năm đầu sau điều trị triệt căn. Tỷ lệ di căn toàn bộ trong UTVH là khoảng 25-30%. Phương pháp điều trị chính ở giai đoạn này là hóa chất với mục đích kéo dài thời gian sống thêm, giảm triệu chứng và cải thiện chất lượng sống cho người bệnh. Đã có rất nhiều thử nghiệm lâm sàng nghiên cứu vai trò điều trị của hóa chất có Taxan kết hợp Platinum trong UTVH di căn đều cho thấy giảm triệu chứng và cải thiện thời gian sống thêm [1].

Bệnh viện Ung bướu Nghệ An đã điều trị hóa chất nhóm Taxan kết hợp Platinum cho bệnh nhân UTVH tái phát, di căn nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá, tổng kết, do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu: "*Đánh giá kết quả hóa trị phác đồ nhóm Taxan kết hợp Platinum trên bệnh nhân ung thư vòm giai đoạn tái phát, di căn tại bệnh viện Ung Bướu Nghệ An*". Với 2 mục tiêu:

- Nhận xét một số đặc điểm chung của ung thư vòm họng giai đoạn tái phát, di căn được điều trị hóa chất nhóm Taxan kết hợp platinum tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ năm 2015-2018.

- Đánh giá kết quả điều trị hóa chất nhóm Taxan kết hợp Platinum trên bệnh nhân ung thư vòm họng giai đoạn tái phát, di căn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu bao gồm 25 bệnh nhân thư vòm họng giai đoạn tái phát, di căn được điều trị hóa chất nhóm Taxan kết hợp Platinum tại bệnh viện Ung bướu Nghệ An từ năm 2015 đến 2018.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Chẩn đoán UTVH theo phân loại của AJCC 2010 giai đoạn tái phát, di căn; có mô bệnh học xác định là: ung thư biểu mô vòm họng; chỉ số toàn trạng ECOG 0-2; không mắc bệnh ung thư thứ 2; điều trị hóa chất tối thiểu 3 chu kỳ; có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không đủ tiêu chuẩn lựa chọn; bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật hoặc xạ trị hoặc đốt sóng cao tần như tái phát hạch, di căn gan đơn ổ, di căn xa đơn ổ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Cỡ mẫu: Chọn tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu

Các bước tiến hành: Thu thập số liệu bệnh nhân đủ tiêu chuẩn theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Thu thập theo các biến tuổi, giới, giai đoạn bệnh, tuổi, phương pháp điều trị trước đó, tình trạng bệnh: Tái phát tại chỗ, tại vùng; chỉ di căn xa, cả tái phát vùng và di căn xa, vị trí và số lượng di căn, loại mô bệnh học, tỷ lệ loại phác đồ điều trị. Đánh giá đáp ứng qua 3 đợt và 6 đợt hóa chất qua lâm sàng và CLVT theo RECIST. Theo dõi sống thêm qua tái khám, qua thư, điện thoại liên lạc. PFS (thời gian sống thêm bệnh không tiến triển) là thời gian từ khi bệnh nhân bắt đầu điều trị hóa chất đến khi bệnh tiến triển hoặc tử vong do bất kỳ nguyên nhân nào khác mà trước đó chưa phát hiện bệnh tiến triển hoặc có thông tin cuối mà bệnh chưa tiến triển. OS (thời gian sống thêm toàn bộ) là thời gian từ khi bệnh nhân bắt đầu điều trị hóa chất đến khi bệnh tử vong hoặc có thông tin cuối.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu: Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm chung nhóm bệnh nhân nghiên cứu

- Tuổi: tuổi mắc trung bình là 50.4 ± 11.1, nhóm tuổi hay gặp: 41-59 chiếm 56%.

- Giới: Tỷ lệ nam chiếm 84%, nữ là 16%.

- Chỉ số toàn trạng (PS): PS=1 (68%), PS=0 (28%), PS=2 (4%)

Bảng 3.1. ***Một số đặc điểm bệnh nhân***

Đặc điểm		N	%
Vị trí tái phát di căn	Tái phát tại chỗ, tại vùng	2	8
	Di căn xa	11	44
	Tái phát di căn xa	12	48
Mô bệnh học	UTBM vảy	2	8
	UTBM không biệt hóa	23	92
Vị trí di căn	Gan	12	48
	Phổi	10	40
	Xương	9	36
	Khác	14	56
Tổng		**25**	**100**

Nhận xét: Di căn xa và tái phát di căn xa chiếm chủ yếu với tỉ lệ lần lượt là 44%, 48%, UTBM không biệt hóa có tỷ lệ cao nhất với 92%, di căn gan chiếm tỉ lệ cao nhất (48%), tiếp đó là di căn phổi (40%).

3.2. Kết quả điều trị

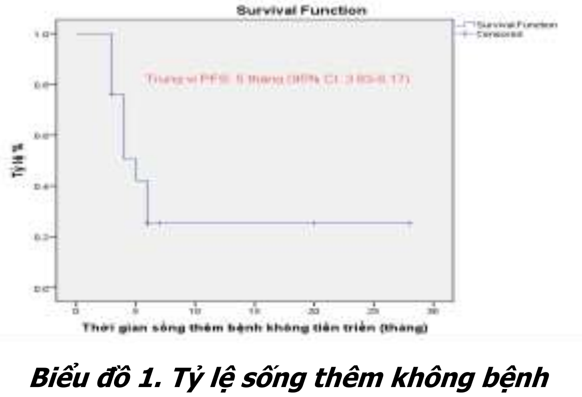
- Tỷ lệ đáp ứng

Bảng 3.2. Tỷ lệ đáp ứng hóa chất

Đáp ứng / Phác đồ	PR		SD		PD		Tổng
	n	%	n	%	n	%	n
Paclitaxel +Carboplatin (PC)	7	46.7	5	33.3	3	20	**15**
Docetaxel + Cisplatin (DC)	6	60	3	30	1	10	**10**

Nhận xét: 15 bệnh nhân điều trị PC, trong đó tỉ lệ đáp ứng một phần, bệnh ổn định, bệnh tiến triển lần lượt là: 46.7%; 33.3%; 20%. Có 10 bệnh nhân được điều trị DC với tỉ lệ đáp ứng một phần, bệnh ổn định, bệnh tiến triển tương ứng là 60%; 30%; 10%. Cả hai phác đồ không có trường hợp nào đáp ứng hoàn toàn.

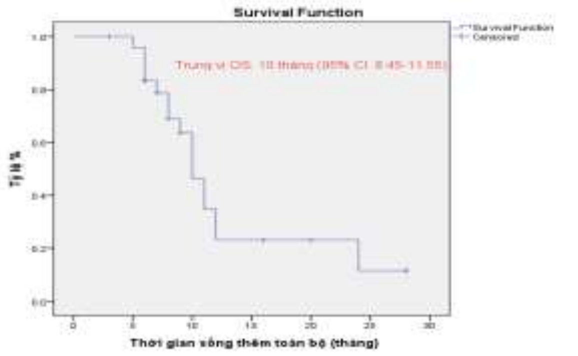
- Thời gian sống thêm không bệnh



Biểu đồ 1. Tỷ lệ sống thêm không bệnh

Nhận xét: 25 bệnh nhân được theo dõi trung bình là 10.26 ± 2.12 tháng, trong đó có 18 bệnh nhân tiến triển, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung vị trong nghiên cứu của chúng tôi là 5 tháng với khoảng tin cậy 95%.

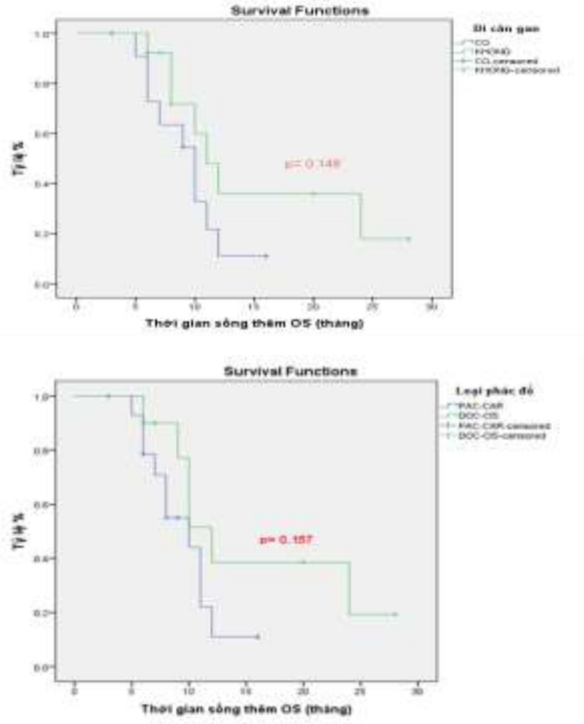
- Thời gian sống thêm toàn bộ



Biểu đồ 2. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ

Nhận xét: Trong thời gian theo dõi chúng tôi có 13 bệnh nhân tử vong do bệnh, với thời gian sống thêm toàn bộ trung vị là 10 tháng với khoảng tin cậy 95%.

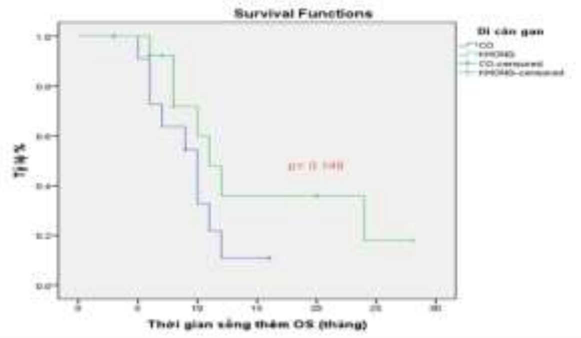
- Mối liên quan giữa sống thêm toàn bộ với loại phác đồ



Biểu đồ 3. ***Mối liên quan OS và loại phác đồ***

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ Docetaxel + Cisplatin có thời gian sống thêm toàn bộ dài hơn so với nhóm bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ Pacltaxel +Carboplatin với p= 0,157 (>0,05).

- Mối liên quan giữa sống thêm toàn bộ và tình trạng di căn gan



Biểu đồ 4. *Mối liên quan OS và tình trạng di căn gan*

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy bệnh nhân có di căn gan có thời gian sống thêm toàn bộ ngắn hơn so với bệnh nhân không có di căn gan với p= 0.148 (>0.05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm tuổi hay gặp nhất là 41-49 chiếm 44%, tuổi trung bình là 50.4, tuổi nhỏ nhất là 24, tuổi gặp cao nhất là 69. Theo các nghiên cứu dịch tễ ở khu vực Đông Nam Á, nơi có tỷ lệ UTVH cao nhất thế giới, tỷ lệ UTVH có đỉnh cao nhất là độ tuổi quanh 50 (Huang 1982). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với tác giả Wang và cs với tuổi mắc trung bình là 49.5, tuổi nhỏ nhất là 29, tuổi lớn nhất là 66[2].

Nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ giới nam chiếm chủ yếu với 84%. Kết quả của chúng tôi cũng tương đương tác giả Wang và cs, với nam là 84.6%[2]. Giới tính cũng là một yếu tố dịch tễ quan trọng trong UTVH với tỷ lệ nam mắc cao hơn nữ. Theo các thống kê, nghiên cứu về dịch tễ học UTVH có tỉ lệ mắc gặp ở nam cao gấp 2-3 lần so với nữ. Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ nam/nữ là 5.2/1, điều này có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi trong phạm vi hẹp hơn chỉ bao gồm UTVH tái phát, di căn.

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, nhóm UTVH tái phát tại chỗ, tại vùng đơn thuần sau điều trị triệt căn chiếm tỉ lệ thấp là 8% (2/25), chủ yếu gặp bệnh nhân di căn xa với hơn 90%. Kêt quả của chúng tôi cũng phù hợp tác giả Phí Thị Thùy Dương, trong nghiên cứu của tác giả này thì tỉ lệ UTVH tái phát tại chỗ, tại vùng chiếm 10%, tỉ lệ di căn xa chiếm 90%[3]. Di căn xa là thường gặp trong UTVH, với tỷ lệ cao khi sinh thiết tử thi, tỷ lệ này dao động từ 38- 87%. Tại thời điểm chẩn đoán ban đầu di căn xa được tìm thấy với tỷ lệ từ 5-7% bệnh nhân UTVH. Còn lại phần lớn di căn xa phát hiện trong quá trình điều trị, thường là trong vòng 3 năm đầu sau điều trị triệt căn. Tỷ lệ di căn toàn bộ trong UTVH là khoảng 25-30%.

Trong các vị trí di căn, di căn gan, phổi hay gặp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ lần lượt là 48%, 40%, ít gặp hơn là di căn xương chiếm 36%. Các vị trí di căn khác là di căn hạch cổ, di căn màng phổi, hạch ổ bụng. Kết quả của chúng tôi cũng tương đương của Wang và cs, trong nghiên cứu của Wang có tỉ lệ di căn gan, phổi, xương tương ứng là 48.1%, 38.5%, 34.6%[2]. Tuy nhiên theo các nghiên cứu lớn di căn xa thường gặp trong UTVH là di căn xương (70-80%), tiếp sau đó là di căn tạng (gan 30%, phổi 18%), thấp hơn là di căn ngoài tạng (hạch trung thất, hạch nách, hạch chậu, hạch bẹn). Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ di căn xương thấp hơn có thể do đối tượng lựa chọn của chúng tôi là chỉ điều trị toàn thân không kiểm soát bằng phương pháp xạ trị tại chỗ vì một số trường hợp di căn xương đơn ổ vẫn có chỉ định điều trị hóa xạ trị đồng thời.

Trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu bệnh nhân có mô bệnh học là UTBM không biệt hóa chiếm 92%, UTBM vảy không sừng hóa ít gặp chiếm 8%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với các tác giả khác như Phí Thị Thùy Dương có tỉ lệ UTBM không biệt hóa chiếm 90%. Phân loại giải phẫu bệnh có ý nghĩa quan trọng liên quan đến sống thêm trên bệnh nhân UTVH. Tỉ lệ sống thêm 5 năm của UTVH thấp nhất trong loại UTBM tế bào vảy dạng đáy (<10%), UTBM tế bào vảy có tỉ lệ sống thêm 5 năm là 20-40%, tỉ lệ sống thêm UTVH cao nhất ở nhóm UTBM không biệt hóa (65%)[4].

4.2. Tỷ lệ đáp ứng theo phác đồ: Nghiên cứu của chúng tôi nhóm điều trị phác đồ PC tỉ lệ đáp ứng PR, SD, PD lần lượt là: 46.7%; 33.3%; 20%. Phác đồ DC với tỉ lệ đáp ứng PR, SD, PD tương ứng là 60%; 30%; 10%. Cả hai phác đồ không có trường hợp nào đáp ứng hoàn toàn. Kết quả của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Cuileanu. Nghiên cứu của Cuileanu TE và cs, thì tỉ lệ đáp ứng toàn bộ của phác đồ PC chỉ 27.5%, trong đó đáp ứng hoàn toàn là 7.5%[5] . Các nghiên cứu trong UTVH tái phát, di căn đều là những nghiên cứu nhỏ lẻ với cỡ mẫu nhỏ, tuy nhiên cũng đã chỉ ra tỉ lệ đáp ứng với các phác đồ bộ đôi chứa Platinum dao động từ 27-75%. Trong điều trị UTVH tái phát di căn phải dựa trên chỉ số toàn trạng của bệnh nhân, ghánh nặng bệnh, bệnh kèm theo để lựa chọn phác đồ phù

hợp. Điều trị bước 1 là lựa chọn ưu tiên những phác đồ bộ đôi chứa Platinum, điều trị bước 2 cần phải xem xét những điều trị trước đã sử dụng, sử dụng lại platinum phải dựa trên độc tính và khoảng thời gian lui bệnh 6- 12 tháng [6].

4.3 Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển: 25 bệnh nhân của chúng tôi được theo dõi trung bình là 10.26 ± 2.12 tháng, trong đó có18 BN tiến triển, thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung vị trong nghiên cứu của chúng tôi là 5 tháng với khoảng tin cậy 95%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương so với các nghiên cứu khác. Theo Cuileanu, phác đồ PC có thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung vị là 3.5 tháng, theo Chua và cs, phác đồ DC có thời gian sống thêm bệnh không tiến triển trung vị là 5.6 tháng. Nhìn chung các nghiên cứu trong UTVH tái phát di căn sử dụng các phác đồ PC, DC có tỉ lệ sống thêm bệnh không tiến triển trung vị dao động từ 3.5- 8.4 tháng[5].

4.4 Thời gian sống thêm toàn bộ: Trong thời gian theo dõi chúng tôi có 13 bệnh nhân tử vong do bệnh với thời gian sống thêm toàn bộ trung vị là 10 tháng với khoảng tin cậy 95%. So với các tác giả khác như tác giả Cuileanu có thời gian sống thêm toàn bộ trung vị của phác đồ PC là 11.5 tháng. Theo Chua và cộng sự nghiên cứu về phác đồ DC thì thời gian sống thêm toàn bộ trung vị là 12.4 tháng. Hóa trị trong UTVH tái phát, di căn đã được chứng minh là hiệu quả với tỉ lệ đáp ứng cao và cải thiện thời gian sống thêm cho bệnh nhân. Các phác đồ bộ đôi chứa Platinum được sử dụng phổ biến tuy nhiên chưa có các nghiên cứu ngẫu nhiên, có đối chứng để so sánh giữa các phác đồ do vậy lựa chọn phác đồ chủ yếu dựa vào chỉ số toàn trạng bệnh nhân, độc tính cũng như các bệnh kèm theo.

4.5. Mối liên quan giữa sống thêm toàn bộ với loại phác đồ: Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm điều trị bằng phác đồ Paclitaxel + Carboplatin có 6 bn tử vong, nhóm điều trị bằng phác đồ Docetaxel + Cisplatin có 5 BN tử vong. Nhóm bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ Docetaxel + Cisplatin có thời gian sống thêm toàn bộ dài hơn so với nhóm điều trị bằng phác đồ PC với p= 0,157 (>0,05) không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này cũng tương tự với các nghiên cứu khác, các nghiên cứu sử dụng phác đồ Paclitaxel + Carboplatin có thời gian sống thêm toàn bộ dao động từ 11.5-13.9 tháng. Các nghiên cứu sử dụng phác đồ Docetaxel + Cisplatin có vẻ có thời gian sống thêm toàn bộ nhỉnh hơn một chút dao động từ 12- 12.4 tháng. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào so sánh đối đầu giữa các phác đồ.

4.6. Liên quan giữa sống thêm toàn bộ với tình trạng di căn gan: Trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy bệnh nhân có di căn gan có thời gian sống thêm toàn bộ ngắn hơn so với bệnh nhân không có di căn gan với p= 0.148 (>0.05), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Di căn gan là một trong những vị trí di căn phổ biến trong bệnh nhân UTVH giai đoạn tái phát, di căn. Di căn gan cũng là một trong những yếu tố tiên lượng xấu trong ung thư vòm họng. Thời gian sống thêm ở nhóm bệnh nhân này xấu hơn so với di căn xa ở các vị trí khác. Nghiên cứu của Wang và cs với phác đồ Gemcitabin-Cisplatin trong UTVH tái phát, di căn ở nhóm bệnh nhân di căn gan có thời gian sống thêm toàn bộ ngắn hơn so với nhóm bệnh nhân không di căn gan với p= 0.005, yếu tố di căn gan là một yếu tố tiên lượng xấu độc lập trong UTVH. Trong nghiên cứu của chúng tôi có cả hai nhóm đối tượng là di căn ngay ở thời điểm chẩn đoán ban đầu và di căn gan sau điều trị triệt căn với số lượng bệnh nhân còn ít do đó chưa nêu bật được sự khác nhau giữa hai nhóm bệnh nhân này [2].

V. KẾT LUẬN

Phác đồ hóa chất nhóm Taxan kết hợp Platinum có hiệu quả đáng ghi nhân, nên áp dụng trong điều trị bước 1 cho bệnh nhân ung thư biểu mô vòm họng giai đoạn tái phát, di căn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **National Comprehensive Cancer Network (2018).** Head and neck cancer version 1. 2018.
2. **Hung Minh Wang, et al (2015).** *Gemcitabine plus Cisplatin for patients with recurrent or metastatic nasopharyngeal carcinoma in Taiwan: A multicenter prospective phase II trial*. Japanese Journal of Clinical Oncology, 45(9) 819-827.
3. **Phí Thùy Dương (2016*).*** *Đánh giá hiệu quả của capecitabine trên bệnh nhân ung thư vòm mũi họng tái phát, di căn.* Tạp chí ung thư học Việt Nam, số 2-2016, tr: 447-452.
4. **Chua DT, Sham JS, Au GK (2005).** *A phase II study of docetaxel and cisplatin as first-line chemotherapy in patients with metastatic nasopharyngeal carcinoma.* Oral Oncol;41:589—95.
5. **Ciuleanu TE, Fountzilas G,** Ciuleanu E, Plataniotis M, Todor N, Ghilezan N. *Paclitaxel and carboplatin in relapsed or metastatic nasopharyngeal carcinoma: a multicenter phase II study.* J BUO N 2004;9:161—5.
6. **Jin Ching Lin (2010).** *Prosgnostic factors in nasopharyngeal carcinoma, in L.W.Bady, H.P.Heilmann, M.Molls, C.Nieder*, edition, Springer, pp.95-129.

KẾT HỢP 3 PHƯƠNG PHÁP LẤY BỆNH PHẨM QUA NỘI SOI MẬT TỤY NGƯỢC DÒNG CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN HẸP ĐƯỜNG MẬT DO UNG THƯ ĐƯỜNG MẬT

Lê Quang Hưng*, Trần Duy Hưng*, Đào Văn Long*, Đào Viết Quân*

TÓM TẮT

Ung thư đường mật là bệnh lý hiếm gặp, tỉ lệ sống sau 5 năm là 20%-50%, tiên lượng bệnh phụ thuộc vào việc phát hiện bệnh sớm và phẫu thuật triệt căn. Chúng tôi báo cáo 1 trường hợp ung thư đoạn thấp ống mật chủ. Bệnh nhân nữ 55 tuổi đi khám bệnh với lý do vàng da. Siêu âm, MRI ổ bụng có hình ảnh ống mật chủ giãn, đường kính ngang 12mm, đoạn thấp có hình ảnh chít hẹp kèm dày thành, siêu âm nội soi bóng Vater bình thường, ống mật chủ (đoạn sát đầu tụy) trên một đoạn dài ~3cm có hẹp và dày thành, ống mật chủ phía trên đoạn hẹp giãn rộng, kích thước ~1,1 cm. Bệnh nhân được nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP: Endoscopic Retrograde Cholangio Pancretaography), kết hợp 3 phương pháp hút dịch mật, chải tế bào và sinh thiết đường mật lấy bệnh phẩm, kết quả là ung thư biểu mô tuyến đường mật, kết quả này được chứng minh qua hình ảnh mô bệnh học của tổn thương sau mổ, cũng là ung thư biểu mô tuyến đường mật.

Từ khóa: Nội soi mật tụy ngược dòng:

SUMMARY

DIAGNOSIS OF CHOLANGIOCARCINOMA BY TRIPLE-TISSUE SAMPLING DURING ENDOSCOPIC RETROGRADE CHOLANGIOPANCREATOGRAPHY. A CASE REPORT AND REVIEW

Cholangiocarcinoma is rare disease, five-year survival rate for the distal cholangiocarcinoma is 20%-50%, prognotic disease depends on either early diagnosis or treated with pancreaticoduodenectomy. We herein report a case of the distal cholangiocarcinoma, that is diagnosed by triple-tissue sampling during Endoscopic Retrograde CholangioPancretaography (ERCP). A 55 year old female patient presented with jaundice. Ultrasound and MRI abdomen: dilation common biliary duct is 12 mm diameter and stricture distal biliary duct. Endoscopic ultrasound: papillary is normal, stricture distal biliary duct. We performed method triple-tissue sampling (aspiration cytology, brush cytolody and biopsy) during ERCP, it improves the diagnotic yield in suspicious malignant distal biliary stricture, the diagnotic histocytopathology of tissue is adenocarcinoma bile duct.

Keywords: Endoscopic Retrograde Cholangio Pancretaography (ERCP)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chẩn đoán và điều trị hẹp đường mật là một trong những thách thức trong y học. Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ ổ bụng chỉ giúp đánh giá được vị trí và mức độ tắc nghẽn đường mật, chứ không xác định được bản chất nguyên nhân (mô bệnh học) gây tắc nghẽn đường mật[4]. Hẹp đường mật có thể do các nguyên nhân lành tính, như: viêm tụy mạn, xơ hóa đường mật tiên phát, sau phẫu thuật đường mật..., hoặc nguyên nhân ác tính, như: ung thư bóng Vater, ung thư đường mật hoặc ung thư tụy[7]. Nếu nguyên nhân gây hẹp là lành tính, việc điều trị cho bệnh nhân có thể chỉ đơn giản là đặt ống dẫn lưu (stent) đường mật xuống tá tràng, nhưng nếu nguyên nhân là ác tính, thì phẫu thuật cắt khối tá tụy là một lựa chọn tối ưu cho bệnh nhân, tuy nhiên phẫu thuật cắt khối tá tụy thường có tỉ lệ biến chứng và tỉ lệ tử vong cao[2].

Do đó, chuẩn đoán nguyên nhân gây hẹp đường mật là thật sự cần thiết để định hướng điều trị cho bệnh nhân. Bên cạnh nhiều phương pháp chẩn đoán, nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) là một trong những lựa chọn để lấy bệnh phẩm giúp chẩn đoán xác định nguyên nhân gây hẹp đường mật [6], dưới đây chúng tôi báo cáo một trường hợp kết hợp 3 phương pháp lấy bệnh phẩm qua ERCP chẩn đoán nguyên nhân gây hẹp đường mật do ung thư đường mật.

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ Nguyễn thị B. 55 tuổi, ở Hà nội, đi khám bệnh tại bệnh viện Đại học Y Hà nội ngày 12/01/2018 với lý do là vàng da.

Tiền sử: bệnh nhân có tiền sử khỏe mạnh và không có đợt vàng da nào trước khi đi khám bệnh.

Bệnh sử: bệnh diễn biến 1 tuần, bệnh nhân có biểu hiện đau tức vùng hạ sườn phải, vàng da tăng dần, đi tiểu xẫm màu, bệnh nhân không sốt và không có sút cân.

Khám lâm sàng: thể trạng trung bình, bệnh nhân có hội chứng hoàng đảm: da vàng,củng mạc mắt vàng và đi tiểu xẫm màu. Khám bụng bệnh nhân bình thường, không sờ thấy gan lách, túi mật không to, không có điểm đau khu trú.

*Bệnh viện đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Quang Hưng

Email: lable.tit@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.10.2018

Ngày phản biện khoa học: 20.11.2018

Ngày duyệt bài: 30.11.2018

Tim phổi bình thường. Không có hạch ngoại vi. Các bộ phận khác bình thường.

**Xét nghiệm máu:*

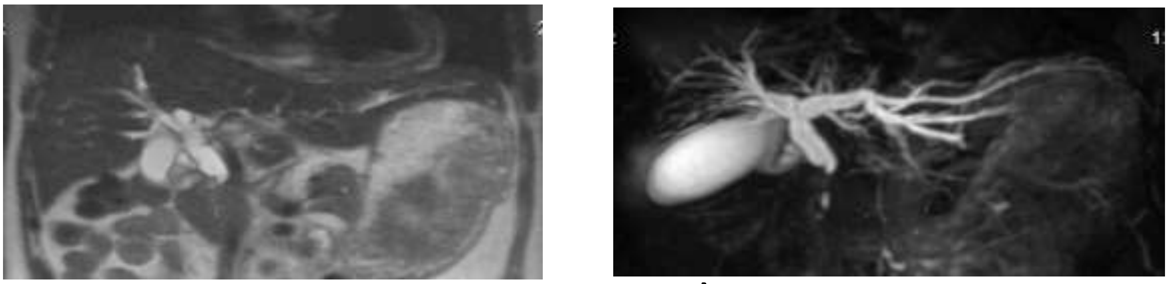
+Công thức máu bình thường: Hồng cầu: 4.04 T/l, Hb:127g/l, Bạch cầu: 8.55 G/l, Tiểu cầu: 197G/l.

+ Sinh hóa máu: bệnh nhân có tăng Bilirubin rõ, với Bilirubin toàn phần: 124,6 µmol/l, Bilirubin trực tiếp: 90,5 µmol/l, bên cạnh đó bệnh nhân cũng có men gan tăng: AST: 342 U/l, ALT: 562 U/l, GGT: 365 U/l. Nhưng chức năng đông máu của bệnh nhân lại bình thường với: PT: 98% và INR: 1,01.

**Chẩn đoán hình ảnh:*

Siêu âm ổ bụng cho hình ảnh giãn ống mật chủ đến đoạn đầu tụy, đường kính ngang 12mm, không có cản âm bất thường.

Kết quả chụp MRI ổ bụng: ống mật chủ giãn, đường kính ngang 12mm, đoạn thấp có hình ảnh chít hẹp kèm dày thành nhưng không rõ khối, có hạn chế khuếch tán nhẹ trên DW (Diffusion Weighted) với ADC (Apparent diffusion coefficient maps) giảm, thành ngấm thuốc mạnh sau tiêm.



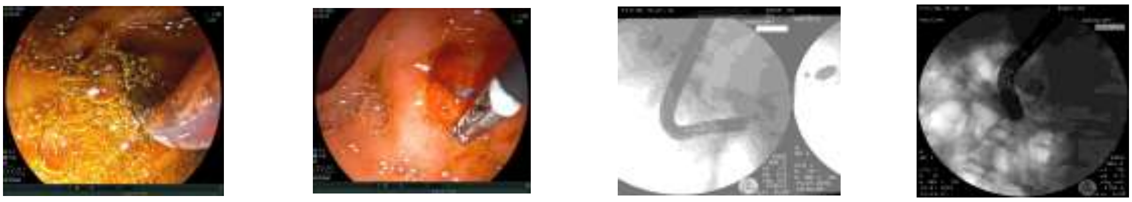
Hình 1. hình ảnh MRI ổ bụng

Do kết quả chụp MRI ổ bụng cũng không xác định được nguyên nhân gây hẹp đường mật, chỉ đánh giá được có hẹp ở đoạn thấp ống mật chủ, do đó chúng tôi tiến hành làm nội soi cửa sổ bên và siêu âm nội soi để loại trừ u bóng Vater và khảo sát đoạn thấp ống mật chủ, kết quả cho thấy: bóng Vater bình thường, ống mật chủ (đoạn sát đầu tụy) trên một đoạn dài ~3cm có hẹp và dày thành, ống mật chủ phía trên đoạn hẹp giãn rộng, kích thước ~1,1 cm.

Hình 2: hình ảnh siêu âm nội soi

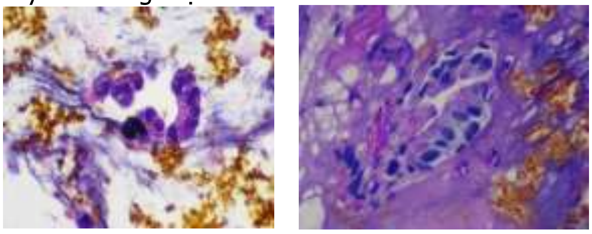
Bên cạnh các phương pháp chẩn đoán hình ảnh, bệnh nhân cũng được làm các marker ung thư: CA19-9: 61.3U/ml, tăng nhẹ so với bình thường, tuy nhiên CA 19-9 cũng có thể tăng trong rất nhiều trường hợp, đặc biệt là trong trường hợp bệnh nhân có tắc mật.

Mặc dù đã phối hợp rất nhiều phương pháp chẩn đoán hình ảnh và xét nghiệm cũng chỉ xác định được bệnh nhân có hẹp đoạn thấp ống mật chủ, chứ không xác định được nguyên nhân. Do đó, phương pháp ERCP được đặt ra, bệnh nhân được làm ERCP lấy mô học ở đoạn thấp ống mật chủ bằng cả 3 phương pháp: hút dịch mật, chải tế bào và sinh thiết đường mật.



Hình 3. hình ảnh ERCP: chải tế bào và sinh thiết ống mật chủ

Kết quả mô bệnh học cho thấy bệnh nhân bị ung thư biểu mô tuyến đường mật.Bệnh nhân đã được phẫu thuật sau đó, kết quả mô bệnh học bệnh phẩm sau mổ cũng là ung thư biểu mô tuyến đường mật.



Hình 4: hình ảnh mô bệnh học

IV. BÀN LUẬN

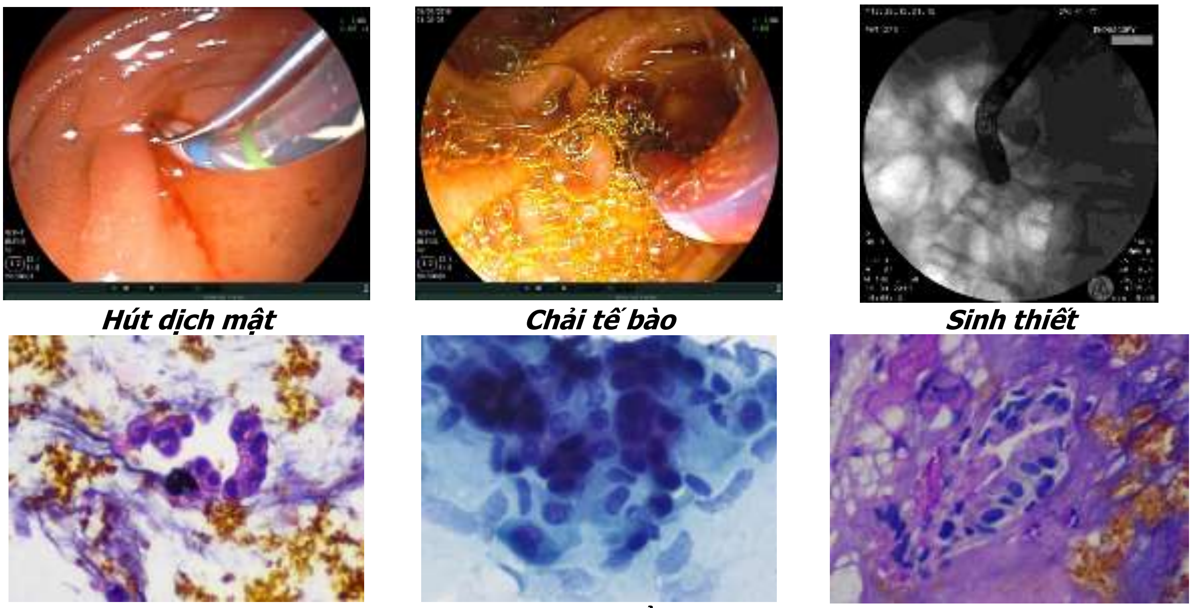
Ung thư đoạn thấp ống mật chủ là một trong các ung thư hiếm gặp, bệnh thông thường chỉ được phát hiện khi bệnh nhân có dấu hiệu của hội chứng tắc mật, bao gồm: vàng mắt, vàng da, ngứa và đi tiểu xẫm màu do ung thư phát triển gây hẹp lòng đường mật, còn các dấu hiệu khác như: đau tức hạ sườn phải, sút cân và sốt thường không đặc hiệu, và chỉ xuất hiện vào giai đoạn muộn [2]. Trong ca lâm sàng chúng tôi báo cáo, bệnh nhân đi khám với lý do ban đầu là vàng da, thăm khám bệnh nhân cũng chỉ phát hiện được bệnh nhân có dấu hiệu vàng da và vàng mắt, đi tiểu xẫm màu, còn lại không phát hiện thấy dấu hiệu lâm sàng nào đặc biệt. Tuy nhiên, trên thực tế có rất nhiều nguyên nhân gây vàng da tắc mật, bao gồm cả các nguyên nhân lành tính, như: viêm tụy mạn, xơ hóa đường mật tiên phát, sau phẫu thuật đường mật…, hoặc nguyên nhân ác tính, như: ung thư bóng Vater, ung thư đường mật hoặc ung thư tụy [7]. Với các nguyên nhân lành tính, việc điều trị và tiên lượng của bệnh nhân là tương đối tốt, trong một số trường hợp có thể khỏi hoàn toàn (hẹp đường mật sau mổ, có thể điều trị bằng nội soi mật tụy ngược dòng để nong đường mật), tuy nhiên với hẹp đường mật do nguyên nhân ác tính, thì tiên lượng cho bệnh nhân thường là rất xấu, với tỉ lệ sống sau 5 năm là 20-50%. Trong một số nghiên cứu cho thấy, có khoảng 7% đến 10% bệnh nhân sau phẫu thuật cắt khối tá tụy với nghi ngờ ban đầu là ung thư thì kết quả mô bệnh học sau mổ lại là lành tính[1]. Do đó, việc xác định chính xác nguyên nhân gây hẹp đường mật là lành tính hay ác tính là rất quan trọng để định hướng điều trị và tiên lượng sống cho bệnh nhân.

Các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như: siêu âm, chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ ổ bụng là các phương pháp thăm dò không xâm lấn, dễ áp dụng và giúp xác định sớm hình ảnh giãn đường mật, và vị trí tắc nghẽn để định hướng nguyên nhân, tuy nhiên với các nguyên nhân gây tắc nghẽn ở đoạn thấp ống mật chủ thì độ nhạy và độ đặc hiệu của các phương pháp trên thường không cao [5]. Trong ca lâm sàng của chúng tôi bệnh nhân đã được làm siêu âm ổ bụng, chụp MRI ổ bụng cũng chỉ xác định được bệnh nhân có giãn ống mật chủ và hình ảnh chít hẹp kết hợp với dày thành đoạn thấp ống mật chủ.

Với các trường hợp có tắc nghẽn ở đoạn thấp ống mật chủ, không xác định được nguyên nhân bệnh nhân sẽ được làm siêu âm nội soi, giúp loại trừ tắc nghẽn do u bóng Vater, khối u nhỏ ở đầu tụy và khảo sát đoạn thấp ống mật chủ. Trong ca lâm sàng của chúng tôi bệnh nhân cũng được làm siêu âm nội soi, kết quả không thấy có u bóng Vater hay u đầu tụy, chỉ thấy hình ảnh dày thành đoạn thấp ống mật chủ và giãn đường mật phía trên, bệnh nhân cũng được làm marker u, với kết quả tăng nhẹ CA19-9: 61.3 U/ml, tuy nhiên marker này cũng không đặc hiệu cho ung thư đường mật, đặc biệt trong trường hợp bệnh nhân có tắc mật, do đó câu hỏi cần được đặt ra để chẩn đoán cho bệnh nhân này là đây là hẹp ống mật chủ lành tính hay ác tính, có phương pháp can thiệp nào có thể lấy bệnh phẩm giúp chẩn đoán xác định nguyên nhân được hay không?. Chọc hút qua siêu âm nội soi và làm ERCP lấy bệnh phẩm là các phương pháp thường được sử dụng, tuy nhiên, chọc hút qua siêu âm nội soi thường chỉ thực hiện được khi có khối u rõ ràng và kích thước lớn, bệnh nhân của chúng tôi chỉ có dày thành đoạn thấp ống mật chủ, bên cạnh đó lại có giãn đường mật phía trên, do đó chọc hút qua siêu âm nội soi là rất khó và có nguy cơ chọc vào đường mật bị giãn gây rò mật, do đó chúng tôi quyết định tiến hành làm ERCP lấy bệnh phẩm để chẩn đoán xác định cho bệnh nhân.

Có nhiều phương pháp lấy bệnh phẩm qua ERCP[6], giúp chẩn đoán u đường mật, bao gồm: hút dịch mật quay li tâm tìm tế bào ác tính (cellblocks), chải tế bào và sinh thiết đường mật, nếu chỉ sử dụng đơn độc một trong các phương pháp nói trên, thường có độ nhạy thấp: 6%-32% với phương pháp hút dịch mật[8], 30%-57% với phương pháp chải tế bào [3][8] và 41%-81% với phương pháp sinh thiết đường mật [4][8]. Có một vài nghiên cứu chứng minh việc kết hợp các phương pháp nói trên giúp làm tăng độ nhạy trong pháp hiện hẹp đường mật do ung thư đường mật, trong nghiên cứu của Seung june lee và cộng sự, việc kết hợp 3 phương pháp hút dịch mật, chải tế bào và sinh thiết đường mật có độ nhạy 85% và độ đặc hiệu 100% trong chẩn

đoán ung thư đường mật [6]. Bệnh nhân của chúng tôi đã được làm ERCP và thực hiện cả 3 phương pháp hút dịch mật, chải tế bào và sinh thiết đường mật để lấy bệnh phẩm làm mô bệnh học, kết quả của chúng tôi là cả 3 phương pháp đều tìm thấy tế bào ung thư biểu mô tuyến đường mật, kết quả này được chứng minh qua hình ảnh mô bệnh học của tổn thương sau mổ, cũng là ung thư biểu mô tuyến đường mật. Qua ERCP chúng tôi cũng tiến hành đặt stent ống mật chủ, giúp giải phóng tắc nghẽn, làm giảm bilirubin và men gan, tạo điều kiện thuận lợi cho việc phẫu thuật.



Hình 5. Phương pháp ERCP lấy bệnh phẩm và hình ảnh mô học tương ứng

V. KẾT LUẬN

Ung thư đoạn thấp ống mật chủ là bệnh hiếm gặp, có tiên lượng xấu, bệnh thường khó chẩn đoán do biểu hiện triệu chứng lâm sàng chỉ xuất hiện khi có tắc mật do khối u xâm lấn làm hẹp đường mật; các phương pháp chẩn đoán hình ảnh thông thường đối với bệnh nhân này nói riêng và các bệnh nhân u phần thấp ống mật chủ nói chung chỉ giúp xác định vị trí hẹp của ống mật chủ; marker ung thư không có giá trị chẩn đoán xác định trong các trường hợp bệnh nhân này. ERCP giúp lấy bệnh phẩm để xác định chính xác nguyên nhân, việc kết hợp 3 phương pháp hút dịch mật, chải tế bào và sinh thiết đường mật giúp làm tăng độ nhạy trong phát hiện ung thư đường mật trên bệnh nhân này, góp phần tăng khả năng điều trị phẫu thuật cắt khối tá tụy sớm cho bệnh nhân

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Abraham SC, Wilentz RE, Yeo CJ, et al. (2003),** "Pancreaticoduodenectomy (Whipple resections) in patients without malignancy: are they all 'chronic pancreatitis'?", *Am J Surg Pathol,* 27 (1), pp. 110-20.
2. **Blechacz B, Komuta M, Roskams T, et al. (2011)**, "Clinical diagnosis and staging of cholangiocarcinoma", *Nat Rev Gastroenterol Hepatol,* 8 (9), pp. 512-22.
3. **Jailwala J, Fogel EL, Sherman S, et al. (2000),** "Triple-tissue sampling at ERCP in malignant biliary obstruction", *Gastrointest Endosc,* 51 (4 Pt 1), pp. 383-90.
4. **Kubota Y, Takaoka M, Tani K, et al. (1993)**, "Endoscopic transpapillary biopsy for diagnosis of patients with pancreaticobiliary ductal strictures", *Am J Gastroenterol,* 88 (10), pp. 1700-4.
5. **Kurzawinski T, Deery A, Dooley J, et al. (1992),** "A prospective controlled study comparing brush and bile exfoliative cytology for diagnosing bile duct strictures", *Gut,* 33 (12), pp. 1675-7.
6. **Lee SJ, Lee YS, Lee MG, et al. (2014),** "Triple-tissue sampling during endoscopic retrograde cholangiopancreatography increases the overall diagnostic sensitivity for cholangiocarcinoma", *Gut Liver,* 8 (6), pp. 669-73.
7. **Todd H. Baron RAK, David Leslie Carr-Locke (2008), "ERCP"**, (Malignant Biliary Obstruction: Distal,Malignant Biliary Obstruction: Hilar, Indeterminate Biliary Stricture 304), pp. 279-304.
8. **Yagioka H, Hirano K, Isayama H, et al. (2011),** "Clinical significance of bile cytology via an endoscopic nasobiliary drainage tube for pathological diagnosis of malignant biliary strictures", *J Hepatobiliary Pancreat Sci,* 18 (2), pp. 211-5.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ BỆNH SỐT MÒ TẠI KHU VỰC BIÊN GIỚI TỈNH ĐẮC LẮC, NĂM 2017

Trần Viết Tiến[1], Nguyễn Văn Chuyên[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định sự lưu hành bệnh sốt mò tại khu vực biên giới tỉnh Đắc Lắc, năm 2017. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 1520 đối tượng tại các xã biên giới tỉnh Đắc Lắc, gồm: 01 xã huyện Buôn Đôn và 04 xã huyện Ea Súp. Nghiên cứu phân tích đặc điểm kháng thể kháng *Orientia tsutsugamushi* trên người khỏe mạnh và sự phân bố vật chủ trung gian (chuột) và vector truyền bệnh sốt mò tại Đắc Lắc. **Kết quả**: Tỷ lệ kháng thể kháng *O.tsutsugamushi* lưu hành tại cộng đồng Đắc Lắc là 15,46%. Trong đó, tại điểm Buôn Đôn là 22,38% và Ea Súp là 10,44%. Những người làm rừng và nghề nông nghiệp có nguy cơ phơi nhiễm với *O.tsutsugamushi* cao hơn so ngành nghề khác. Tại Ea Súp, thu thập được 3 loài chuột, gồm: *R. exulans*, *R. Rattus* và *R. (Ber.) bowersi R. Exulans,* với chỉ số mật độ chung là 10,0. Tỷ lệ chuột nhiễm mò 25,0%. Hai loài mò ký sinh trên chuột lắt là: *A. (Lau.) indica* và *G. (W.) ewingi*. Tại Buôn Đôn, thu thập được 3 loài chuột là *R. exulans, R. rattus* và *R. (Ber.) bowers*. Chỉ số mật độ chuột chung 6,7; tỷ lệ chuột nhiễm mò (65,0%). Ba loài mò ký sinh trên chuột ở đây là: *A. (Lau.) indica; G. (W.) lupella và L. (L.) deliense*. **Kết luận**: huyện Ea Súp và Buôn Đôn, tỉnh Đắc Lắc là nơi có ổ mò và ổ bệnh sốt mò lưu hành.

Từ khóa: dịch tễ, sốt mò, Đắc Lắc 2017.

SUMMARY

SOME EPIDEMIOLOGYCAL CHARACTERISTICS OF SCRUB TYPHUS IN BORDER AREA OF DAC LAC PROVINCE, 2017

Objective: identifying the circulation of Scrub typhus in border area of Dac Lac province, 2017. ***Subjects and methods***:cross-sectional descriptive study on 1520 subjects at 01 communes in Buon Don district and 04 communes in Ea Sup district, Dac Lac. The study analysed the antibody characteristics of *Orientia tsutsugamushi* in healthy subjectsand distribution of intermediate hosts (rats, mice), scrub typhus vectors in Dac Lac. ***Results***: *O.tsutsugamushi* antibody was 15.46% in Dac Lac population. Among these, the rate were 22.38% and 10.44% at Buon Don and Ea Sup, respectively. Men, work in forests and agriculture are higher risk of exposure to *O.tsutsugamushi* than other jobs. *R. exulans*, *R. Rattus* and *R. (Ber.) bowersi R. Exulans* mice was identified in Ea Sup with distributed index was 10.0. *A. (Lau.) indicaand, G. (W.) ewingi* mites were found in *R. Exulans* mice with rate 25.0% of total mice. *R. exulans, R. rattus* và *R. (Ber.) bowers* mice were found in Buon Don with distributed index was 6.7. *A. (Lau.) indica; G. (W.) lupella* and *L. (L.) deliense* were found in mice with rate 65.0% of total mice. ***Conclusion***: Ea Sup and Buon Don districts are pesthole ofmiteand scrub typhus in Dac Lac.

Key words: epidemiology, Scrub typhus, Dac Lac 2017

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Sốt mò là một bệnh do tác nhân *Orientia tsutsugamushi*, có ổ dịch thiên nhiên, truyền ngẫu nhiên sang người khi bị ấu trùng mò đốt. Bệnh lưu hành chủ yếu ở Châu Á và Tây Thái Bình Dương. Ở Việt Nam vào cuối thế kỷ XIX tới nửa đầu thế kỷ XX, bệnh chưa được chú ý. Tháng 6/1965, một vụ dịch Sốt mò lớn bùng phát ở Sơn La, từ đó bệnh được chú ý hơn và được đăng ký chính thức trong báo cáo ngành, nhiều ổ dịch được xác định, nhiều bệnh nhân được phát hiện. Năm 2010, một số nghiên cứu đã xác định các điểm đáng lưu ý: Sốt mò có mặt ở hầu hết 24 tỉnh phía Bắc, Tây Nguyên và Khánh Hòa; Chiếm 38,51% số bệnh nhân sốt nhập viện, không rõ căn nguyên; Khoảng 31,8% bệnh nhân Sốt mò không rõ nốt loét đặc trưng [1],[7]. Những điểm gợi ý trên cho thấy, Sốt mò cần được tăng cường giám sát và phòng chống.

Để có cơ sở khoa học cho việc nghiên cứu về ổ bệnh thiên nhiên. Từ đó giúp nâng cao hiệu quả công tác dự phòng cũng như điều trị, đặc biệt là ở vùng sâu, vùng xa, biên giới nơi mà y tế cơ sở còn nhiều khó khăn. Việc xác định các ổ bệnh thiên nhiên tại các khu vực này là rất quan trọng. Xuất phát từ những vấn đề trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để làm cơ sở cho việc đề xuất chiến lược dự phòng, chẩn đoán và điều trị bệnh sốt mò cho khu vực biên giới Tây Nguyên. Mục tiêu nghiên cứu: xác định sự lưu hành bệnh sốt mò tại tỉnh Đắc Lắc, năm 2017. *Số liệu của bài báo là một phần kết quả nghiên cứu của đề tài cấp Nhà nước "Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật tiên tiến trong chẩn đoán, dự phòng một số bệnh truyền nhiễm ở địa bàn trọng điểm, Mã số: KC.10.11/16-20".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tương nghiên cứu:

****Điều tra huyết thanh học phát hiện kháng thể kháng Orientia tsutsugamushi trên người khỏe mạnh.***

Lấy 1520 mẫu huyết thanh người dân thuộc

[1]*Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y*
[2]*Học viện Quân y*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Viết Tiến
Email: tientv@vmmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 6.10.2018
Ngày phản biện khoa học: 23.11.2018
Ngày duyệt bài: 29.11.2018

địa bàn xã Krông Na, huyện Buôn Đôn và xã Ea Bung, Ia Lốp, Ia Rvê và xã Ia TMốt huyện Ea Súp, tỉnh Đắc Lắc.

Vật chủ trung gian (chuột) và vector truyền bệnh

+ Điều tra định loại, mật độ, chỉ số phong phú của chuột và mò.

+ Thu thập mẫu máu chuột, tách chiết huyết thanh theo thường qui kỹ thuật.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

**** Địa điểm nghiên cứu:*** nghiên cứu tại 5 xã biên giới thuộc 2 huyện Buôn Đôn và Ea Súp, tỉnh Đắc Lắc.

- Xã Krông Na, huyện Buôn Đôn, tỉnh Đắc Lắc.
- Xã Ea Bung, Ia Lốp, Ia Rvê và xã Ia TMốt huyện Ea Súp, tỉnh Đắc Lắc.

****Thời gian nghiên cứu:*** 10/2016-12/2017.

2.3. Vật liệu, thiết bị:

- Bộ sinh phẩm phát hiện kháng thể (IgM; IgG và IgA) kháng *O.tsutsugamushi*(SD- bioline-Hàn Quốc).

+ SD BioLine-kit (rapid test) có độ nhậy 84,0% và độ đặc hiệu 94,4%

+ PanBio - ELISA kit có độ nhậy 96,6% và độ đặc hiệu 94,4%

- Thạch Agarose và các hóa chất điện di, thang ladder (l00bp) của hãng Invitrogene-MỸ.
- Hệ thống máy ELISA 550 của hãng BioRad-Mỹ

2.4. Phương pháp nghiên cứu

***Chọn địa thực địa nghiên cứu theo đặc điểm sinh cảnh:** Khu vực rừng tái sinh xen lẫn cây bụi, cây công nghiệp.

****Điều tra huyết thanh học và các yếu tố nguy cơ nhiễm O.tsutsugamushi trong cộng đồng theo phương pháp cắt ngang***

- Chọn mẫu theo phương pháp ngẫu nhiên (loại trừ tất cả các trường hợp dưới 15 tuổi).
- Thu thập mẫu máu quân và dân cư ở các khu vực theo thường qui kỹ thuật, tách chiết huyết thanh, bảo quản vận chuyển về tuyến sau.
- Phát hiện kháng thể kháng *O.tsutsugamushi* trong cộng đồng bằng bộ sinh phẩm của hãng BioLine- Hàn Quốc và hãng PanBio-Úc.
- Điều tra các yếu tố nguy cơ (tự nhiên và xã hội liên quan tới tình trạng nhiễm *O.tsutsugamushi)* bằng mẫu phiếu điều tra.

****Điều ưa chuột và mò theo phương pháp cắt ngang, mô tả và phân tích.***

- Định loại chuột và động vật ngậm nhấm theo Bộ gậm nhấm-Động vật chí Việt Nam [6]. Sử dụng bẫy lồng kích thước 24cm X 14 X 14 (mắt lưới bẫy 15x15 mm). Tại Ea Súp và Buôn Đôn mỗi điểm đặt 6 đêm, mỗi đêm đặt 50 bẫy. Bẫy đặt trong nhà và đặt ngoài nương rẫy, rừng cách nhà ở 100-500m. Mồi bẫy chuột bằng khoai lang, sắn hoặc bắp ngô tươi.

-Thu thập mẫu máu của chuột (vật chủ trung gian và một số loại gậm nhấm khác) tại các điểm nghiên cứu theo thường qui kỹ thuật.

-Định loại mò theo tài liệu phân loại mò (Acariformes, Trombiculidae) ở Việt Nam [3],[4]. Thu thập mò trên chuột sau khi đã gây mê lấy huyết thanh. Dùng kim mũi mác gỡ mò ký sinh trên chuột (chủ yếu ở tai) cho vào tube chứa cồn 70 độ. Mò thu được ở từng con chuột đựng riêng từng týp có nhãn (viết bằng bút chì trên giấy bóng mờ) ghi: số thứ tự (theo số điều tra), địa điểm, thời gian thu thập, tên loài chuột và nút chặt bằng bông không thấm nước rồi cho vào lọ nhựa có nắp bảo quản và đem về phòng thí nghiệm phân tích, định loại. Mò được gắn trên lam kính để định loại dưới kính hiển vi.

- Chỉ số mật độ chuột tính theo công thức:

$$\text{- Chỉ số chuột (con/100bẫy)} = \frac{\text{Tổng số chuột bẫy được}}{\text{Tổng số bẫy đặt}} \mathbf{x}100$$

- Điều tra kháng thể kháng *O.tsutsugamushi* trong huyết thanh chuột bằng sinh phẩm SDBioLine- Hàn Quốc).

****Điều tra giám sát ca bệnh theo phương pháp tiên cứu (nghiên cứu dọc)***

- Điều tra triệu chứng lâm sàng theo mẫu phiếu điều tra của Viện Pasteur - Pari (Pháp) để thu thập mẫu máu.

-Phát hiện kháng thể IgM, lgG,IgA kháng *O.tsutsugamushi* 02 lần (cách nhau 7- 10 ngày) trong huyết thanh bệnh nhân bằng sinh phẩm SD – Bioline*O.tsutsugamushi* (Hàn Quốc).

2.5. Xử lý số liệu: số liệu được phân tích trên chương trình SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Kết quả điều tra vật chủ và vector truyền bệnh sốt mò ở các khu vực nghiên cứu

Bảng 3.1. *Thành phần loài và chỉ số mật độ chuột tại các điểm nghiên cứu Buôn Đôn và Ea Súp*

Tên loài chuột	Điểm nghiên cứu			
	Buôn Đôn		Ea Súp	
	Trong nhà n(%)	Ngoài nhà n(%)	Trong nhà n(%)	Ngoài nhà n(%)
Rattus exulans (chuột lắt)	3 (2,5)	0	6(10,0)	0
R.rattus (chuột rừng)	0	10(5,6)	0	1(1,1)

R.(Berylmus) bowersi (chuột mốc)	0	0	0	2 (2,2)
Bandicota salivei (chuột đất bé)	0	7 (3,9)	0	0
Mật độ chuột theo sinh cảnh	3 (2,5)	17(9,4)	6(10,0)	3 (3,3)
Mật độ chuột ở từng điểm	20 (6,7)		6(10,0)	
Số loài chuột ở từng điểm	3		3	

Thành phần loài và mật độ chuột thu thập được ở các điểm, các sinh cảnh đều khác nhau: Tại Buôn Đôn thu thập được 3 loài chuột gồm: chuột lắt *(Rattus exulans)* bẫy được trong nhà với mật độ 2,5 (con/100 bẫy đêm); chuột rừng *(R. rattus)* bẫy được ngoài nhà với mật độ 5,6; chuột đất bé *{Bandicota salivei)* bẫy được ngoài nhà với mật độ 3,9. Mật độ chung các loài chuột ở Buôn Đôn là 6,7 (trong nhà là 2,5; ở ngoài nhà là 9,4).

Tại Ea Súp thu được 3 loài chuột gồm: chuột lắt *(R. exulans)* trong nhà với mật độ 10,0; chuột rừng *(R. rattus)* bẫy được ngoài nhà với mật độ 1,1 và chuột mốc *R. (Ber.) bowersi* bẫy được ngoài nhà với mật độ 2,2. Mật độ chung các loài chuột ở Ea Súp 10,0 (trong nhà là 10,0 và ngoài nhà là 3,3).

Bảng 3.2. Tỷ lệ chuột nhiễm mò tại các điểm nghiên cứu

Tên loài chuột	**Điểm nghiên cứu**			
	Buôn Đôn		**Ea Súp**	
	Trong nhà n (%)	**Ngoài nhà n (%)**	**Trong nhà n (%)**	**Ngoài nhà n (%)**
Rattus exulans (chuột lắt)	**0/3**	**-**	**0/5**	**-**
R. rattus (chuột rừng)	**-**	10/10 (100%)	-	0/1
R. (Berylmus) bowersi (chuột mốc)	-	-	-	2/2 (100%)
Bandicota salivei (chuột đất bé)	**-**	3/7 (42,9%)	**-**	0
Chuột nhiễm mò ở tùng sinh cảnh	0	13 (76,47%)	0	*3* (33,33%)
Chuột nhiễm mò ở từng điểm	65,0%		25,0%	

Kết quả ở bảng cho thấy: tỷ lệ chuột tại Buôn Đôn nhiễm mò là (65,0%) và Ea Súp là 25,0%. Các loài chuột sống gần rừng như chuột rừng, chuột mốc đều nhiễm mò cao hơn những loài sống gần nhà và trong nhà như chuột đất bé và chuột lắt.

Bảng 3.3. *Thành phần loài mò tại từng điểm nghiên cứu*

Tên loài mò	**Điểm nghiên cứu**	
	Buôn Đôn	Ea Súp
Ascoschoengastia (Laurentella) indica	45 (84,90%)	3 (60,0%)
Garliepia (Walchia) ewingi	1 (1,89%)	0
G. (W.) lupella	7(13,21)	1 (20%)
Leptotrombidim (Lep.) deliense	0	1 (20%)
Tổng cộng	53 (100%)	5 (100%)

Tại Buôn Đôn thu thập được 3 loài mò, trong đó loài *Ascoschoengastia* (*Laurentella) indica* chiếm ưu thế về số lượng cá thể (84,90%). Tại Ea Súp thu được 3 loài mò, trong đó 2 loài có vai trò truyền sốt mò chủ yếu ở Việt Nam là *As. (Lau.) indica* và *Lep. (Lep.) deliense*. Loài *As. (Lau,) indica* chiếm 60% số lượng các thể trong tổng số ba loài mò thu thập ở đây.

Bảng 3.4. *Tình hình nhiễm mò ở các loài chuột tại các điểm nghiên cứu*

Tên loài chuột	**Điểm nghiên cứu**	
	Buôn Đôn	Ea Súp
Rattus exuians**	*0*	*A. (Lau,) indica, G. (W.) ewingi*
R. rattus*	*A. (Lau.) indica, G. (W.) ewingi, G. (W.) lupella*	-
R. (Ber.) bowersi*	-	**-**
Bandicota salivei*	*A. (Lau.) indica*	**-**

*Ghi chú: * : Ngoài nương rẫy; ** :Trong nhà*

Chuột ở các điểm nghiên cứu nhiễm từ 1 đến 3 loài mò và đều nhiễm từ 1 đến 2 loài mò có vai trò truyền bệnh sốt mò. Loài chuột rừng *(R. rattus)* ở Buôn Đôn nhiễm 3 loài mò, trong đó 1 loài có vai trò truyền bệnh là *A. (Lau.) indica*. Ở Ea Súp nhiễm 2 loài mò, trong đó 1 loài có vai trò truyền bệnh là *A. (Lau.) indica.* Chuột đất bé *(.B. salivei)* ở Buôn Đôn nhiễm 1 loài mò có khả năng truyền bệnh sốt mò.

3.2. Kết quả xét nghiệm huyết thanh chuột phát hiện kháng thể kháng *O.tsutsugamushi*

Bảng 3.5. *Kết quả xét nghiệm huyết thanh chuột phát hiện kháng thể kháng O.tsutsugamushi*

Loài chuột	**Kháng thể kháng *O.tsutsugamushi***			
	Buôn Đôn		**Ea Súp**	
	Mẫu XN	***Số mẫu(+)n(%)***	***Mẫu XN***	***Số mẫu(+) n(%)***

Rattus exulans * *	4	0	5	2 (40,0%)
R. rattus *	10	0	0	0
R. bowersi *	0	0	0	0
Bandicota salivei *	7	1 (14,30)	0	0
Tổng cộng	**21**	**1 (4,76)**	**5**	**2 (40,0%)**

Huyết thanh chuột ở cả ba điểm đều có kháng thể kháng *O.tsutsugamushi*. Tại Buôn Đôn có cá thể loài chuột đất nhỏ *(B. salivei)* có kháng thể. Tại Ea Súp có cá thể loài chuột lắt *(R. exulans)* có kháng thể kháng Rickettsia. Đáng chú ý loài chuột lắt *R. exulans* chuyên sống trong nhà, gần người có tỷ lệ kháng thể kháng cao tại Ea Súp.

3.3. Kết quả điều tra huyết thanh học phát hiện kháng thể lưu hành trong cộng đồng dân cư

Bảng 3.6. *Kết quả điều tra huyết thanh học phát hiện kháng thể kháng O.tsutsugamushi trên cộng đồng dân cư tại các khu vực*

		Kháng thể kháng *O.tsutsugamushi*		p
Khu vực tỉnh	Mẫu XN	Số mẫu (+)	Tỷ lệ %	$p_{1-2}<0,01$
Buôn Đôn(1)	639	143	22,38	
Ea Súp(2)	881	92	10,44	
Cộng	1520	235	15,46	

Tỷ lệ người mang kháng thể kháng *O.tsutsugamshi ở* khu vực Buôn Đôn là 22,38%, cao hơn Ea Súp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, với p <0,01.

Tỷ lệ người có kháng thể kháng *O.tsutsugamushi ở* Ea Súp là: 10,44%. Tỷ lệ người đã nhiễm *o.tsutsugamushi* chung ở cả 2 khu vực là 15,46%.

Bảng 3.7. *Phân bố tỷ lệ mang kháng thể kháng O. tsutsugamushi theo giới tính*

Giới tính	**Số mẫu xét nghiệm (n)**	**Kháng thể kháng *O. tsutsugamushi***		***p***
		Số mẫu (+)	Tỷ lệ %	
Nam (1)	796	117	14,70	$P_{1-2}> 0,05$
Nữ (2)	724	118	16,30	
Cộng	**1520**	**235**	**15,46**	

Kết quả bảng trên cho thấy: Tỷ lệ mang kháng thể kháng *O.tsutsugamushi* giữa nam và nữ trong khu vực nghiên cứu, không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với p > 0,05.

Bảng 3.8. *Tần suất nhiễm O.tsutsugamushi phân bố theo nhóm tuổi*

Nhóm tuổi (năm)	**Số mẫu xét nghiệm (n)**	**Kháng thể kháng *O. tsutsugamushi***		**p**
		Số mẫu (+)	Tỷ lệ %	
15-35(I)	808	77	9,53	$P_{1-2}<0,05$ $P_{1-3}<0,05$ $P_{2-3}<0,05$
36-55(2)	410	86	20,98	
>56-65(3)	302	72	23,84	
Cộng	**1520**	**235**	**15,46**	

Kết quả bảng trên cho thấy: Tỷ lệ người đã nhiễm *O.tsutsugamushi* bắt đầu tăng trên 20,00%, ở nhóm tuổi từ 36-55, và tăng cao nhất ở nhóm tuổi từ trên 56 tuổi là: 23,84%. Khác biệt có ý nghĩa thống kê, với p < 0,05.

Bảng 3.9. *Tần suất nhiễm O.tsutsugamushi theo dân tộc*

Dân tộc	**Số mẫu xét nghiệm (n)**	**Kháng thể kháng *O. tsutsugamushi***		**p**
		Số mẫu (+)	Tỷ lệ (%)	
Dân tốc Jarai	722	130	18,00	$P_{1-2}<0,05$
Dân tộc khác(2)	798	105	13,16	
Cộng	**1520**	**235**	**15,46**	

Kết quả bảng trên cho thấy: Tỷ lệ dân tộc Jarai có kháng thể kháng *O.tsutsugamushi* là 18,00 cao hơn dân tộc khác là: 13,16, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê vói p< 0,05.

Bảng 3.10. *So sánh tỷ lệ nhiễm O.tsutsugamushi theo tính chất nghề nghiệp*

Nghề nghiệp	**Số mẫu xét nghiệm (n)**	**Kháng thể kháng *O. tsutsugamushi***		**Chỉ số**	
		Số mẫu (+)	Tỷ lệ(%)	p	OR
Quân nhân(1)	308	39	12,66	$p_{1-4}< 0,05$ $p_{2-4}<0,05$ $p_{1-3}< 0,05$ $p_{2-3}<0,05$	3,35
Làm rây (2)	723	85	11,76		
Làm rừng (3)	78	19	24,36		
Làm ruộng (4)	154	46	29,87		
Tự do (5)	112	21	18,75		

Nghề khác (6)	145	25	17,24		
Cộng	**1520**	**235**	**15,46**		

Kết quả bảng trên cho thấy: đối với nhóm người làm nghề nông nghiệp và nghề rừng nguy cơ phơi nhiễm với *O.tsutsugamushi* cao hơn so với quân nhân và ngành nghề khác với p<0,05; OR= 3,35. Chưa xác định được các ngành nghề khác như: Bộ đội, làm rẫy, nghề tự do và các nghề khác là yếu tố nguy cơ phơi nhiễm với bệnh.

IV. BÀN LUẬN

Theo Đoàn Trọng Tuyên (2001), bệnh mò lưu hành phổ biến ở nhiều khu vực trong cả nước. Tình trạng lưu hành *O.tsutsngamushi* rất phổ biến ở Việt Nam. Mức độ lưu hành *Orientia tsutsugamushi* ở mỗi khu vực có sự khác biệt[1],[2],[5],[7],[8]. Tuy nhiên cho đến nay có rất ít công trình khoa học nghiên cứu về dịch tễ học của bệnh này ở Việt Nam. Các tuyến điều trị cơ sở chưa có nhiều kinh nghiệm trong công tác khám và điều trị, việc cung cấp và cập nhật thông tin cũng còn hạn chế [7]. Do vậy, việc nghiên cứu đặc điểm dịch tễ bệnh sốt mò là rất cần thiết, đặc biệt là nghiên cứu tại những khu vực sinh cảnh có nguy cơ cao mắc bệnh sốt mò.

Khu vực Tây Nguyên với đặc trưng là khu vực rừng tái sinh chiếm hầu hết diện tích. Trong phạm vi nghiên cứu, chúng tôi tiến hành nghiên cứu tại một số xã thuộc 2 huyện của tỉnh Đắc Lắc. Đây là những địa bàn có đặc thù là rừng tái sinh.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ có kháng thể kháng *O.tsutsugamushi* lưu hành tại cộng đồng Đắc Lắc là 15,46%. Trong đó, tại điểm Buôn Đôn là 22,38% và Chư prong là 10,44%. Những người làm rừng và nghề nông nghiệp có nguy cơ phơi nhiễm với *O.tsutsugamushi* cao hơn so ngành nghề khác. Các kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, tỷ lệ người nhiễm *O.tsutsugamushi* tăng dần theo lứa tuổi. Nhóm tuổi trên 56 tuổi có tỷ lệ nhiễm cao nhất (23,84%). Tỷ lệ người Jarai có kháng thể kháng *O.tsutsugamushi* cao hơn dân tộc khác, chiếm 18,00%. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Đoàn Trọng Tuyên tại khu vực miền Trung và Tây Nguyên năm 2010 [7],[8].

Các loài chuột thu thập được tại các điểm nghiên cứu trên là những loài đặc trưng cho sinh cảnh rừng tái sinh gần người ở Việt Nam. Sự có mặt các loài chuột tại các điểm nghiên cứu, về mặt sinh thái và dịch tễ học đã phản ánh mối liên quan chặt chẽ giữa thiên nhiên với con người. Sinh cảnh rừng núi là nơi sống của loài chuột rừng *(Rattus rattus)* và chuột mốc *R. (Ber.) bowersi.* Sinh cảnh dân cư là nơi sống của chuột lắt *(R. exulans).* Chuột lắt là loài chuyên sống trong nhà [6].

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tại Ea Súp, Đắc Lắc thu thập được 3 loài chuột, gồm: chuột lắt *(R. exulans)*, chuột rừng *(R. rattus)* và chuột mốc *R. (Ber.) bowersi R. Exulans,* với chỉ số mật độ chung là 10,0. Tại Buôn Đôn, Đắc Lắc cũng thu thập được 3 loài chuột là *R. exulans, R. rattus và R. (Ber.) bowers*. Chỉ số mật độ chuột chung 6,7. So với chỉ số mật độ chuột tại một số điểm sốt mò ở Yên Thế, Bắc Giang và Quảng Ninh (chỉ số mật độ chuột tại xã Đông Sơn, huyện Yên Thế, tỉnh Bắc Giang năm 2000 là 13,0-16,0; tại 6 điểm Quảng Ninh năm 2002 là 15,58) thì chỉ số mật độ chuột tại Đắc Lắc không cao [2],[5].

Tỷ lệ nhiễm mò trên chuột ở các điểm nghiên cứu là mức trung bình (25,0% tại Ea Súp, 65% tại Buôn Đôn) so với tỷ lệ nhiễm mò trên chuột Yên Thế, Bắc Giang (70%) [5] và ở Uông Bí, Quảng Ninh (59,7%) [2]. Số lượng loài mò thu thập được *ở* cả các điểm nghiên cứu là 4 loài *A. (Lau.) indica; G. (W.) ewingi; G. (W.) lupella* và *L. (L.) deliense.* Đây là những loài mò chiếm 6,45% số loài mò đã phát hiện được ở miền Nam Trung Bộ- Nam Bộ [1].

Ổ mò là nơi sinh trưởng và phái triển của mò. Nếu điều kiện khách quan tương đối ổn định, ổ mò có thể tồn tại lâu và phát triển qua nhiều đời. Sự hình thành và phân bố ổ mò phụ thuộc vào sinh thái loài mò, sinh thái vật chủ của mò và môi trường xung quanh. Trên thực tế rất ít thấy phạm vi phân bố ổ mò vượt quá phạm vi hoạt động của vật chủ [3],[4]. Dựa vào lý thuyết trên và thành phần loài vật chủ (chuột), mò và kết quả phát hiện kháng thể kháng *O.tsutsugamushi* trong huyết thanh chuột đã thu thập chúng ta có thể nhận thấy tại Ea Súp và Buôn Đôn là nơi có ổ mò và ổ bệnh sốt mò lưu hành.

V. KẾT LUẬN

1. Kết quả điều tra huyết thanh học phát hiện kháng thể kháng *O.tsutsugamushi* lưu hành trong cộng đồng dân cư Đắc Lắc

Tỷ lệ kháng thể kháng *O.tsutsugamushi* lưu hành tại cộng đồng Đắc Lắc là 15,46%. Trong đó, tại điểm Buôn Đôn là 22,38% và Ea Súp là 10,44%.

Tỷ lệ người nhiễm *O.tsutsugamushi* tăng dần theo lứa tuổi. Nhóm tuổi trên 56 tuổi có tỷ lệ nhiễm cao nhất (23,84%). Tỷ lệ người Jarai có kháng thể kháng *O.tsutsugamushi* cao hơn dân tộc khác, chiếm 18,00%. Những người làm rừng

và nghề nông nghiệp có nguy cơ phơi nhiễm với *O.tsutsugamushi* cao hơn so ngành nghề khác.

2. Kết quả điều tra vật chủ và vector truyền bệnh sốt mò tại Đắc Lắc

Tại Ea Súp, Đắc Lắc thu thập được 3 loài chuột, gồm: chuột lắt *(R. exulans)*, chuột rừng *(R. rattus)* và chuột mốc *R. (Ber.) bowersi R. Exulans,* với chỉ số mật độ chung là 10,0. Tỷ lệ chuột nhiễm mò 25,0%. Hai loài mò ký sinh trên chuột lắt là: *A. (Lau.) indica* và *G. (W.) ewingi*.

Tại Buôn Đôn, Đắc Lắc thu thập được 3 loài chuột là *R. exulans, R. rattus* và *R. (Ber.) bowers*. Chỉ số mật độ chuột chung 6,7; tỷ lệ chuột nhiễm mò 65,0%. Ba loài mò ký sinh trên chuột ở đây là: *A. (Lau.) indica; G. (W.) lupella và L. (L.) deliense*.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Châu, Bạch Ngọc Luyến, Nguyễn Quang Thái và cs (2009),** "Kết quả điều tra chuột và mò tại một số ổ sốt mò (*Orientia tsutsugamushi)* thuộc miền Trung và Tây Nguyên, *Tạp chí phòng chống bệnh sốt rét và các bệnh ký sinh trùng*, số 6 -2009, tr. 46-53.
2. **Nguyễn Văn Châu & Nguyễn Thị Liên và CTV (2003),** "Tìm hiểu sự phân bố các loài mò (Trombiculidae) liên quan đến sự phân bố bệnh sốt mò (Tsutsugamushi) ở một số địa phương thuộc tỉnh Quảng Ninh", *Tạp chí PCSR&CBKST*, Viện sốt rét-KST-CTTƯ, (6), pp. 53-63.
3. **Nguyễn Văn Châu, Nguyễn Thu Vân và Đỗ Sĩ Hiền (1997),** Động Vật chí Việt Nam - Fauna of Vietnam, 16: Họ mò đỏTrombiculidae, Bộ Bọ chét Siphonaptera, Nhà xuất bản Khoa học và Kỹ thuật.
4. **Nguyễn Văn Châu (1997),** Phân loại mò (Acariiormes, Trombiculidae) ở Việt Nam, Nhà xuất bản Y học.
5. **Nguyễn Văn Châu, Trương Sĩ Niêm và CTV (2001),** Khảo sát mò và bệnh sốt mò (Tsutsugamushi) tại một số điểm thuốc tỉnh Bắc Giang, *Kỷ yếu Công trình nghiên cứu khoa học 1996-2000,* Viện sốt rét-KST-CTTƯ, Nhà xuất bản Y học
6. **Cao Văn Sung & Nguyễn Minh Tâm (2007),** Bộ gậm nhấm. Động vật chí Việt Nam, NXBK.
7. **Đoàn Trọng Tuyến, Lý Bá Lộc, Bạch Ngọc Luyến và cs (2010),** "Điều tra huyết thanh học và xác định yếu tố nguy cơ phơi nhiễm *Orientia tsutsugamushi* trong cộng đồng dân cư một số khu vực Nam trung bộ và Tây Nguyên", *Tạp chí Y học Quân sự,* số 262 (1-2/2010), tr. 26-31.
8. **Đoàn Trọng Tuyên, Vũ Chiến Thắng, Nguyễn Minh Tiếp, Nguyễn Viết Sự, Trần Quang Thuyên & cs (2008),** "Khảo sát mức độ lưu hành bệnh sốt mò tại 1 số khu vực thuộc Tuyên Quang, Khánh Hòa và Kon tum", *Tạp Chí Y học Quân Sự,* (6), pp. 30-34.

NGHIÊN CỨU CHỨNG BỆNH ĐAU VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN: SỐ LIỆU ĐIỀU TRA NĂM 2015 CỦA 12.136 NGƯỜI TỪ 48 TỈNH/THÀNH PHỐ CỦA VIỆT NAM

Nguyễn Văn Chương[1], Nguyễn Trung Kiên[1], Nguyễn Thi Thanh Thủy[2], Nguyễn Đình Toàn[3], Nguyễn Thế Luân[4], Lưu Hồng Minh[4] Lương Thi Khai[5], Nguyễn Thúy Linh[6], Đinh Công Pho[6].

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1)Nhận xét tỷ lệ hiện mắc, phân bố đau trong cư dân ở các tỉnh, thành phố của Việt Nam. 2) Điều tra các đặc điểm liên quan với đau, mức độ thỏa mãn với kết quả điều trị. 3) Cách ứng sử của người dân khi bị đau và chi phí điều trị đau trong quần thể cư dân được điều tra. **Phương pháp:** Chọn ngẫu nhiên dân cư trong tuổi trưởng thành của các hộ gia đình, điền vào phần trả lời các câu hỏi trong phiếu điều tra do các bác sĩ của nhóm nghiên cứu đã được huấn luyện giải thích hướng dẫn và giúp đỡ. Các số liệu điều tra gồm tuổi, giới, nghề nghiệp, tình trạng đau hiện tại và các đặc điểm của đau, tiền sử và tiến triển của đau khi được điều trị hoặc không. **Kết quả:** 12.136 người đẽ được điều tra (50,65% nam và 49,35% nữ) của 3.350 hộ gia đình, từ 48 trong tổng số 63 tỉnh, thành phố trong cả nước. Tỷ lệ người có chứng bệnh đau là 86,53 %; trong đó đau cấp tính 24,10% (2,925 người được điều tra) và đau mạn tính 62,43% (7,576 người được điều tra). Đau đầu có tỷ lệ cao nhất với 35,43%. Có 86,53% người được điều tra cho rằng đau ảnh hưởng tới cuộc sống hàng ngày của họ và 67,71% đau gây ảnh hưởng tới hoạt động nghề nghiệp. Tỷ lệ người điều tra tới bác sĩ khám bệnh (phần lớn trong tháng đầu tiên sau khi bị đau) là 86,53 %, nhưng chỉ có 47,08% trong số họ thỏa mãn với kết quả điều trị. **Kết luận:** Đau là chứng bệnh hay gặp ở Việt Nam, trong đó đau đầu hay gặp nhất. Đau ảnh hưởng tới cuộc sống hàng ngày và khả năng lao động của bệnh nhân rất rõ rệt. Đau còn chưa được

[1]*Bệnh viện Quân y 103- Học viện Quân y;*
[2]*Bệnh viện Đa khoa Quân 8- Tp Hồ Chí Minh*
[3]*Đại học Y – Dược Huế;*
[4]*Trường Cao đẳng Y tế Tiền Giang*
[5]*Sở Y tế Lạng Sơn*
[6]*Học viện Quân y*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Chương
Email: vanchuong5460@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.10.2018
Ngày phản biện khoa học: 26.11.2018
Ngày duyệt bài: 30.11.2018

quan tâm điều trị thỏa đáng, chi phí điều trị cao. Mức độ thỏa mãn sau khi điều trị cần được nâng cao.

Từ khóa: *nghiên cứu, đau mạn tính, chăm sóc sức khỏe, người Việt Nam trưởng thành .*

SUMMARY

STUDY ON PAIN AND RELATED FACTORS: DATA IN 2015 OF 12,136 RESPONDENTS FROM 48 PROVINCES/CITIES OF VIETNAM

Objective: To estimate the prevalence and demographics of pain among Vietnamese people in provinces and explore the impact of pain on individuals, levels of satisfaction with treatment results, behavior of pain sufferers. **Methods:** Randomly adults of households were delivered and completed a form of questionnaires by doctors who has been trained with the same protocol. The Data based on gender, age, career, current pain and any aspect of pain, history and progress of pain with or without treatment. **Results:** There were 12,136 respondents (47,35% of male and 52,65% of female) 0f 3.350 households, from 48 per 63 provinces in Vietnam who was investigated. The rate of pain was 86.53 % with acute pain 24.10% (2,925 respondents) and chronic pain 62.43% (7,576 respondents). Headache was the most complaint reason in the location of pain with the rate of 35.43%. There were 86.53% of respondents reported that pain affected their daily lives and 67.71% affected to the job. The rate of respondents has visited doctors and major in the first month of pain was 86.53 % but only 47.08% of them were satisfied with treatment results. **Conclusion:** Pain was common in Vietnam with the highest rate of headache and pain affected significantly people's life. The pain was still undertreated and high cost. The satisfaction of pain treatment should be improved.

Key words: *survey, chronic pain, impact of pain, healthcare, Vietnamese adults.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau là vấn đề lớn trong công tác chăm sóc sức khỏe và có ý nghĩa kinh tế xã hội quan trọng. Việc nghiên cứu dịch tễ học các chứng bệnh đau đã được tiến hành ở nhiều nước phát triển như Đức, Hà Lan, Canada, Nhật Bản ở Châu Âu [1-5]. Ở các nước đang phát triển, có một vài báo cáo nghiên cứu về tỷ lệ hiện mắc của đau [6-8]. Trong thời gian gần đây, không thấy có báo cáo về dịch tễ về các chứng bệnh đau ở Việt Nam. Nghiên cứu này có 3 mục tiêu chính: 1) Nhận xét tỷ lệ hiện mắc, phân bố đau trong cư dân ở các tỉnh, thành phố của Việt Nam. 2) Điều tra các đặc điểm liên quan với đau, mức độ thỏa mãn với kết quả điều trị. 3) Cách ứng sử của người dân khi bị đau và các phương pháp điều trị đã được ứng dụng, chi phí điều trị đau trong quần thể cư dân được điều tra.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đề tài được thực hiện từ tháng 12 năm 2014 để tháng 5 năm 2015. Chúng tôi tổ chức nghiên cứu điều tra theo các hộ gia đình và đã nghiên cứu 48 trong tổng số 63 tỉnh, thành phố trong cả nước, trong tất cả 7 vùng kinh tế của cả nước (Bảng 1). Dân số Việt Nam năm 2015 được sử dụng là dân số chuẩn. Chúng tôi sử dụng Bộ Câu hỏi điều tra của Mr. Breivik và CS. có thay đổi nhỏ cho phù hợp [5]. Đau mạn tính được định nghĩa là 1) Các chứng đau kéo dài 3 tháng hoặc hơn; 2) Trong vòng 1 tháng trước đó bệnh nhân không có đau và 3) Tần số đau 2 lần 1 tuần hoặc hơn. Các bác sĩ công tác tại các bệnh viện đa khoa hoặc các trung tâm y tế tỉnh được lựa chọn tham gia nghiên cứu, sau đó được huấn luyện cách phỏng vấn điều tra và cách ghi chép và phiếu điều tra. Các cư dân được phỏng vấn trực tiếp theo các mục trong phiếu điều tra. Các dữ liệu thu được sẽ được phân tích tại 1 trung tâm nghiên cứu theo chương trình SPSS version software 20.1.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Số người được điều tra theo các tỉnh/ thành phố: Phiếu câu hỏi sàng lọc được thu thập từ 12.136 người từ 48 tỉnh/ thành phố ở Việt Nam và tự nguyên tham gia nghiên cứu (Bảng 1).

Bảng 1. Phân bố số người được điều tra theo các tỉnh

Số TT	Tên tỉnh	Số người được điều tra			Số TT	Tên tỉnh	Số người được điều tra		
		Số lượng	Giới tính				Số lượng	Giới tính	
			Nam	Nữ				Nam	Nữ
01	Bắc Giang	343	169	174	25	Khánh Hòa	200	102	98
02	Bắc Kan	137	79	58	26	Kiên Giang	55	29	26
03	Bạc Liêu	77	39	38	27	Lâm Đồng	133	61	72
04	Bắc Ninh	58	26	32	28	Lạng Sơn	356	105	251
05	Bình Định	312	142	170	29	Lào Cai	82	32	50
06	Bình Thuận	22	12	10	30	Long An	134	60	74
07	Bến Tre	334	175	159	31	Nam Định	583	262	321
08	Cà Mau	63	29	34	32	Nghệ An	397	223	174
09	Cần Thơ	106	33	73	33	Ninh Bình	411	213	198

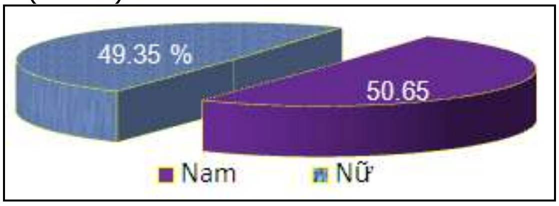
10	Cao Bằng	24	10	14	34	Phú Thọ	543	290	253
11	Đắc Lắk	73	34	39	35	Quảng Bình	63	26	37
12	Điện Biên	55	18	37	36	Quảng Ninh	72	25	47
13	Đồng Nai	507	265	242	37	Quảng Trị	229	72	157
14	Đồng Tháp	51	25	26	38	Sóc Trăng	77	36	41
15	Gia Lai	1.012	508	504	39	Sơn La	87	39	48
16	Hà Nam	15	9	6	40	Thái Bình	186	104	82
17	Hà Nội	1.038	500	538	41	Thái Nguyên	197	93	104
18	Hà Tĩnh	24	12	12	42	Thanh Hóa	133	61	72
19	Hải Dương	59	26	33	43	Thừa Thiên- Huế	795	387	408
20	Hải Phòng	291	164	127	44	Tiền Giang	930	493	437
21	Hậu Giang	59	31	28	45	Tuyên Quang	22	9	13
22	Tp.HCM	1.224	800	424	46	Vĩnh Long	74	36	38
23	Hòa Bình	27	15	12	47	Vĩnh Phúc	282	156	126
24	Hưng Yên	7	4	3	48	Yên Bái	177	108	69
	Tổng số: 12.136 [5.747 nam (49.35%) và 6.389 nữ (50.65%)]								

Tỷ lệ mắc chứng bệnh đau trong tổng số người được điều tra: Trong số 12.136 người nói trên thì 86,53% (10.501 người) báo cáo rằng họ đã có đau vào một lúc nào đó trong cuộc đời; số người điều tra có đau cấp tính và 57,42% (n=6.604); người có đau mạn tính chiếm 42,57% (n=5.166). 26,76% (n= 3.247) số người được điều tra có đau trong 12 tháng gần nhất.

Điều tra kỹ hơn và phỏng vấn sâu hơn ở 10.501 người nói trên, bị mắc các chứng bệnh đau, chúng tôi phân tích các số liệu sau:

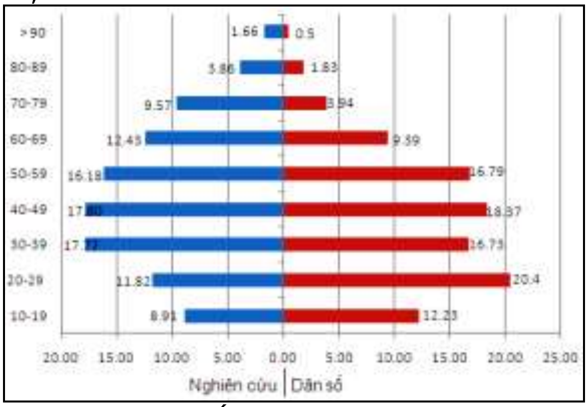
Phân bố đau

Phân bố theo giới tính: 53% số người được điều tra có đau được phân tích kỹ hơn là nữ (Hình 1).



Hình 1: Phân bố theo giới tính

Phân bố theo lứa tuổi: Người dưới 40 tuổi có tỷ lệ ít hơn, trong khi tuổi từ 41-70 có tỷ lệ mắc các chứng bệnh đau cao hơn (Hình 2). Nhưng trong nghiên cứu này chỉ nghiên cứu lứa tuổi từ 10 trở lên, trong khi dân số Việt Nam có 16,4 % là dưới 10 tuổi.



Hình 2: Tỷ lệ mắc các chứng bệnh đau theo lứa tuổi so với tỷ lệ dân số

Phân bố đau theo vị trí trên cơ thể: Bảng 4 cho thấy các vị trí đau hay gặp nhất trên cơ thể và nguyên nhân đau.

Bảng 4: Phân bố đau theo vị trí trên cơ thể

Vị trí	**Tỷ lệ %**		**Vị trí**	**Tỷ lệ %**	
Đầu	30,53		Thắt lưng	17,75	
Mặt	4,87		Ngực	4,42	
Cổ	11.26		Bụng	13,53	
Vai- tay	Vai	10,1	Khớp chi trên	Vai	10,1
	Tay	8,02		Khuỷu	4,42
	Khuỷu tay	4,44		Cổ tay	4,61
	Bàn tay	3,83		Bàn tay	3,41
	Ngón tay	2,57		Ngón tay	1,66
Chi dưới	Mông	6,47	Khớp chi dưới	Háng	2,23
	Đùi	2,68		Gối	5,68
	Cẳng chân	4,01		Gót	3,33

	Bàn chân	2,59			Bàn chân	2,99
	Ngón chân	2,04			Ngón chân	1,54

Đặc điểm của đau

Thời gian mắc chứng bệnh đau (Bảng 3): Thời gian mắc chứng bệnh đau tương đối dài. Hầu hết bệnh nhân mắc đau mạn tính (62,43%).

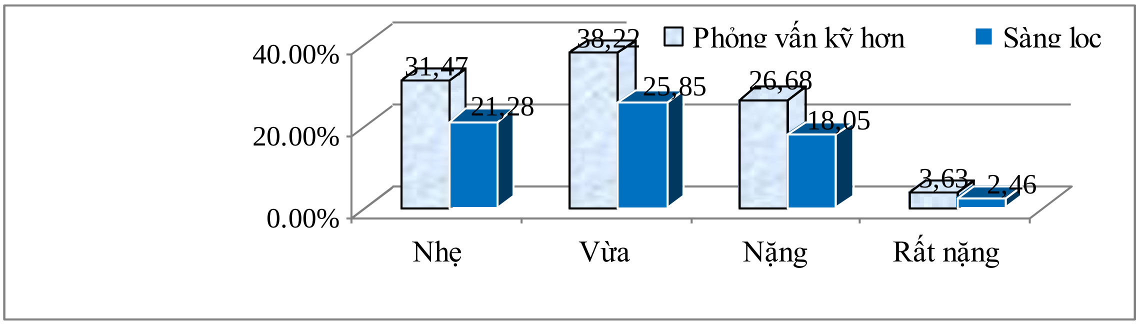
Bảng 3. Thời gian mắc các chứng bệnh đau

<table>
<tr><th>Thời gian mắc bệnh (tháng)</th><th>Phỏng vấn kỹ hơn 10.501 người(n)</th><th colspan="3">Phỏng vấn kỹ hơn 10.501 người (%)</th><th colspan="3">Sàng lọc từ 12.136 người (%)</th><th>Loại đau</th></tr>
<tr><td><3</td><td>2.925</td><td colspan="3">27,85</td><td colspan="3">24,10</td><td>Cấp tính</td></tr>
<tr><td>3-5</td><td>2.299</td><td colspan="2">21,89</td><td rowspan="4">72,15</td><td colspan="2">18,94</td><td rowspan="4">62,43</td><td rowspan="4">Mạn tính</td></tr>
<tr><td>6-12</td><td>2.030</td><td colspan="2">19,33</td><td colspan="2">16,73</td></tr>
<tr><td>13-24</td><td>1.473</td><td>14,03</td><td rowspan="2">30,92</td><td>12,14</td><td rowspan="2">26,76</td></tr>
<tr><td>>24</td><td>1.774</td><td>16,89</td><td>14,62</td></tr>
</table>

Cường độ đau: cường độ đau được đánh giá và mô tả ở Hình 3. Đa số bệnh nhân có đau nặng và rất nặng.

Ảnh hưởng của đau đối với các cá thể:

Ảnh hưởng của đau tới các hoạt động hàng ngày: Để đánh giá ảnh hưởng của đau tới đời sống các cá nhân được điều tra, các điều tra viên căn cứ vào bảng thống kê một loạt các hoạt động và phỏng vấn các đối tượng. Có 86,53% đối tượng được điều tra cho rằng đau ảnh hưởng tới đời sống hàng ngày của họ và 67,71% trả lời đau ảnh hưởng tới công việc của họ.

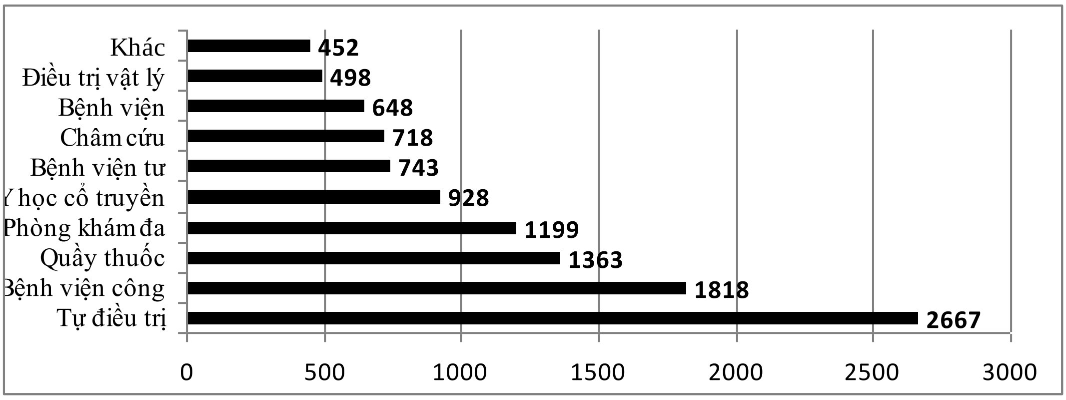


Hình 3. Cường độ đau

Điều trị đau

Thái độ của các đối tượng được điều tra đối với việc điều trị đau: Các điều tra viên hỏi các nhận xét của các đối tượng được điều tra để xác định thái độ của họ và sự quan tâm tới đau. 81,46% người được điều tra cho rằng chứng bệnh đau của họ cần được điều trị.

Điều trị đau: *Lựa chọn cơ sở và phương pháp điều trị:* 11.035 người được điều tra cho biết quan điểm chọn phương pháp điều trị của mình (Hình 4). Hình 4 cho thấy cách các bệnh nhân đối phó với đau và sự lựa chọn của mỗi người khác nhau, phần lớn là tự điều trị.



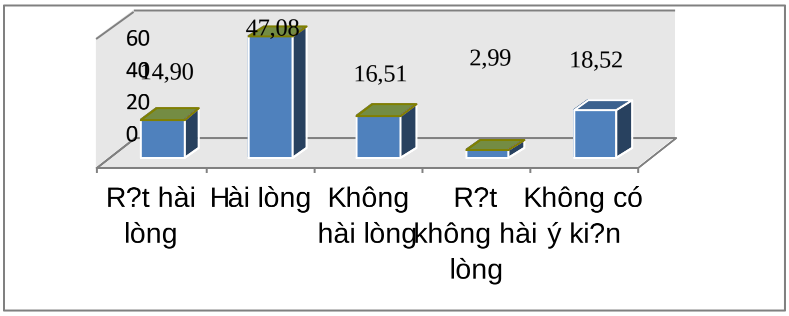
Hình 4. Sự lựa chọn các cơ sở và phương pháp điều trị

Đi khám bác sĩ (Bảng 5): 86,53% số người được điều tra đi khám bác sĩ (Bệnh viện đa khoa: 40,93%, Phòng khám: 45,60%), 63,42% số người được điều tra đi khám bác sĩ trong tháng đầu tiên sau khi bị đau, chỉ có 2,55% đi khám bác sĩ khoảng hơn 1 năm sau. Có 28,48% số người được điều tra trả lời họ không hề đi khám bác sĩ.

Bảng 5. Thời gian từ khi bị đau tới khi đi khám bệnh

Thời gian từ khi bị đau tới khi khám bệnh (tháng)	Số lượng người được điều tra (n = 4.553)	Tỷ lệ (%)
<1	2.888	63,43
1 đến <6	926	20,34
7 đến <12	623	13,68
>12	116	2,55

Mức độ thỏa mãn với kết quả điều trị đau (Hình 5): Theo phiếu điều tra có 4.913 người có câu trả lời cho câu hỏi mức độ hài lòng với kết quả điều trị đau. 14,9% phản ảnh là rất hài lòng với kết quả điều trị hiện tại tình trạng đau của họ; 47,08% thoản mãn; 16,51% cho rằng họ không thỏa mãn với kết quả điều trị đau của họ; trong khi 2,99% tỏ ra rất không hài lòng với kết quả điều trị. 18,52% số người được điều tra không có bàn luận về mức độ hài lòng của họ với kết quả điều trị.



Hình 5. Mức độ thoản mãn với kết quả điều trị đau của người được điều tra

Chi phí cho điều trị đau trong 6 tháng: chúng tôi nhận được ý kiến trả lời cho câu hỏi này từ 7.537 người được điều tra. Tính toán cho thấy; chi phí trung bình cho 6 tháng điều trị được tính khoảng 200 USD/người; chi phí dưới 1.000 USD có 61,93% và chi phí 1.000 USD và hơn/6 tháng là 0,17 % số người được điều tra (Bảng 6).

Bảng 6. Chi phí điều trị đau

Chi phí điều trị	Số người được điều tra trả lời câu hỏi (n = 7.537)	Tỷ lệ %/12.136 người được điều tra (62.10%)
< 150 USD	2.649	21,83
150 USD - 250 USD	2.793	23.01
250 USD - 500 USD	1.773	14.61
500 USD - 750 USD	235	1.94
750 USD - 1000 USD	66	0.54
>1.000 USD	21	0.17

Tổng chi phí dùng để điều trị đau trong khoảng thời gian này ước tính là 22,43 tỷ VNĐ

IV. BÀN LUẬN

Việt Nam là một nước đang phát triển, hoàn cảnh kinh tế có thể góp phần tác động lên các tỷ lệ của các chứng bệnh đau. Tsang et al nghiên cứu thấy không có liên quan rõ ràng giữa tỷ lệ hiện mắc đau mạn tính với hoàn cảnh kinh tế. Kết qủa của nghiên cứu cho thấy 86,53% số người được điều tra đã từng mắc các chứng bệnh đau vào lúc nào đó trong cuộc đời, tỷ lệ hiện mắc chứng bệnh đau tương đối cao (đau cấp tính 24,10% và đau mạn tính 62,43%. Có thể do phương pháp điều tra mà chúng tôi đã ứng dụng. Các điều tra viên gặp và hỏi trực tiếp các đối tượng tham gia khảo sát trên cơ sở mẫu phiếu điều tra tiêu chuẩn. Nhưng thực sự, nguồn lực các chuyên gia am hiểu về chuyên ngành đau còn hạn chế. Hơn nữa, khi bị đau người dân Việt Nam thường tự mua thuốc ở các cửa hàng thuốc và uống thay vì tới bác sĩ khám bệnh. Trong các điều tra qua bưu điện khác, tỷ lệ hiện mắc các chứng bệnh đau là 39,3% ở Nhật Bản và 35,5% ở Ireland [4,8]. Bằng các phỏng vấn qua điện thoại có hoặc không có hỗ trợ của vi tính tỷ lệ các chứng đau mạn tính dao động từ 13% đến 45,9% [3,5,6].

Vào thời điểm chúng tôi nghiên cứu, số trẻ

em Việt Nam dưới 10 tuổi chiếm 16,4%, đó là số dân chúng tôi không đưa và diện điều tra, vì để điều tra tình trạng đau ở trẻ em cần có một mẫu phiếu điều tra khác phù hợp hơn, hơn nữa trẻ em dưới 10 tuổi chưa đủ ngôn ngữ và trải nghiệm để mô tả chính xác các đặc điểm đau của mình. Bhatia A và CS. đã nhận thấy có những thiếu hụt về sự đào tạo thích hợp cho quản lý đau mạn tính trong nhi khoa.

Mặt khác, đau ở người già gặp nhiều vấn đề đáng chú ý hơn trong khi nghiên cứu. Không chỉ có tỷ lệ hiện mắc đau ở người già cao hơn, mà việc quản lý, điều trị cũng phức tạp hơn. Tỷ lệ hiện mắc các chứng bệnh đau ở phụ nữ cao hơn nam giới (nữ = 53,0%). Kết quả này giống phát hiện của một nghiên cứu của Libya. Một số nghiên cứu khác cho thấy kết quả tương tự, đặc biệt ở phụ nữ cao tuổi.

Đau là một trong trong những nguyên nhân hay gặp nhất khiến bệnh nhân phải tìm gặp bác sĩ để khám bệnh. Bởi lẽ đau ảnh hưởng trực tiếp tới sức khỏe thể chất và qua đó cản trở, ảnh hưởng xấu tới sức khỏe tinh thần và sức khỏe xã hội. Những kết quả của nghiên cứu này khẳng định thêm một điều, đau đã ảnh hưởng tiêu cực tới hoạt động hàng ngày của bệnh nhân (88,16% có không thoải mái, 67,71% ảnh hưởng tới công việc). Đau đã gây ảnh hưởng có hại cho sức khỏe tinh thần, khả năng lao động xã hội, giấc ngủ và và quan hệ với mọi người. Đau có liên quan chặt chẽ nhất với chất lượng cuộc sống và cường độ đau có mối liên quan mạnh hơn. Vị trí của đau ảnh hưởng nhiều nhất là đau thắt lưng và đau nhiều nơi đồng phát, các chức năng và khả năng hoạt động của cơ thể bị hạn chế rất nhiều.

Việc đa phần số người bị đau đã tìm cách xoay sở tự điều trị cho mình cho thấy thái độ của người dân đối với đau chưa hợp lý, thiếu khoa học và nhận thức xã hội về chăm sóc sức khỏe cần được nâng cao. Lựa chọn thứ hai sau khi tự điều trị không thỏa mãn là tới khám tại các bệnh viện công, các phòng khám tư nhân hoặc nhờ bác sĩ, dược sĩ. Có thể người Việt Nam có 1 thói quen chưa phù hợp là thích điều trị bệnh tại nhà hơn là tới các cơ sở y tế. Tuy nhiên chúng tôi vẫn cho rằng việc quản lý đau ở Việt Nam vẫn chưa thu hút được sự quan tâm đầy đủ.

Việc điều trị đau không phù hợp, không đầy đủ và kém hiệu quả sẽ làm giảm rõ rệt khả năng hoàn thành các sinh hoạt và hoạt động nghề nghiệp hàng ngày của người bệnh. Sự hiểu biết của mỗi người là vấn đề rất thiết yếu trong quản lý các chứng bệnh đau. Điều trị đau tại nhà không thể là giải pháp tối ưu đối với các chứng đau vừa và nặng. Trong nghiên cứu này, 28,48% số người được điều tra đã tự điều trị tại nhà. Với nức độ đau vừa và nặng, để tối ưu hóa kết quả điều trị cần cho chỉ định opioid. Thậm chí khi tới bác sĩ khám bệnh cũng rất ít khi được các chuyên gia điều trị đau tư vấn điều trị và có tới 40% người bị đau đi tới bác sĩ khám nhận được một đơn thuốc không phù hợp [5]. Chính vì vậy việc quản lý điều trị đau cần được nhìn nhận nghiêm túc hơn nữa. Sự thoản mãn với kết quả điều trị đau được đánh giá là ngày càng được nâng. Tỷ lệ số người mắc các chứng đau nhận xét được điều trị rất thỏa mãn và thỏa mãn là đa số (lần lượt là 14,9% và 47,08%), một con số đáng khích lệ. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi ở mức số liệu mà McCracken cũng đã thông báo. Một điều khác quan trọng cũng rất cần phải lưu tâm là vẫn còn 29,6% số người điều tra rất không hài lòng với kết quả điều trị đau mà họ nhận được. Quan điểm của chúng tôi về vấn đề này một phần là do điều trị chư phù hợp, chưa hiệu quả; phần khác vì tỷ lệ bệnh nhân bị đau nặng tương đối cao (39,06%) khiến kết quả điều trị hạn chế. Nhiều người bị đau trong số đối tượng điều tra được kê thuốc giảm đau sử dụng tại nhà nhưng suốt cả ngày đau không hề được kiểm soát. Kết quả chăm sóc đau tại nhà ở Hà Lan có tỷ lệ hài long là 60%. Ý thức và hiểu biết về việc kiểm soát đau cũng như đánh giá và điều trị đau cần được nâng cao hơn. Liên quan tới chi phí cho việc điều trị đau trong 6 tháng, từ số liệu điều tra chúng tôi tính được trung bình khoảng 200 USD mỗi người. Thu nhập của các hộ nghèo còn rất thấp (600USD/ năm) nên việc chi tiêu điều trị đau thực sự còn là gánh nặng thường trực, không theo được đơn thuốc tốt nhất, khiến kết quả điều trị không thỏa mãn.

V. KẾT LUẬN

Trong số 12.136 người điều tra gồm 5.747 nam (49.35%) và 6.389 nữ (50.65%); có 86,53% (10.501 người) có đau (cần điều trị) vào một lúc nào đó trong cuộc đời; số người điều tra có đau cấp tính và 57,42% (n=6.604); người có đau mạn tính chiếm 42,57% (n=5.166). 26,76% (n= 3.247) số người được điều tra có đau trong 12 tháng gần nhất.

Tỷ lệ mắc các chứng bệnh đau ở Việt Nam tương đối cao, trong đó đau đầu có tỷ lệ cao nhất, ảnh hưởng rõ rệt tới cuộc sống của mọi người. Việc điều trị đau vẫn chưa đạt hiệu quả cần thiết, giá thành điều trị cao so với thu nhập của nhiều hộ gia đình. Nguyện vọng được điều

trị đau thoãn mãn cần được đáp ứng và đạt được ở mức độ cao hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hensler, S., et al.,** *Chronic pain in German general practice.* Pain Medicine, 2009. 10(8): p. 1408-1415.
2. **Boerlage, A.A., et al.,** *Pain prevalence and characteristics in three Dutch residential homes.* European Journal of Pain, 2008. 12(7): p. 910-916.
3. **Moulin, D.E., et al.,** *Chronic pain in Canada-prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia.* Pain Research and Management, 2002. 7(4): p. 179-184.
4. **Inoue, S., et al.,** *Chronic pain in the Japanese community—prevalence, characteristics and impact on quality of life.* PloS one, 2015. 10(6): p. e0129262.
5. **Breivik, H., et al.,** *Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment.* European journal of pain, 2006. 10(4): p. 287-287.
6. **Dureja, G.P., et al.,** *Prevalence of chronic pain, impact on daily life, and treatment practices in India.* Pain Practice, 2014. 14(2).
7. **Toshihiko Sakakibara, M., et al.,** *A comparison of chronic pain prevalence in Japan, Thailand, and Myanmar.* Pain Physician, 2013. 16: p. 603-608.
8. **Raftery, M.N., et al.,** *Chronic pain in the Republic of Ireland—community prevalence, psychosocial profile and predictors of pain-related disability: results from the Prevalence, Impact and Cost of Chronic Pain (PRIME) study, part 1.* Pain, 2011. 152(5): p. 1096-1103.

THỰC TRẠNG THỰC HÀNH TIÊM TĨNH MẠCH AN TOÀN CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN NĂM 2018

Nguyễn Thị Hoài Thu[1], Nguyễn Thị Thanh Thủy[2]

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Thanh Nhàn với nhằm mô tả thực trạng và xác định một số yếu tố liên quan đến thực hành tiêm tĩnh mạch an toàn của điều dưỡng tại bệnh viện (BV) Thanh Nhàn năm 2018. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng phương pháp định lượng, khảo sát trên tổng số 163 điều dưỡng tại 11 khoa lâm sàng, quan sát trực tiếp 326 mũi tiêm do điều dưỡng thực hiện thông qua bảng kiểm quan sát. Kết quả nghiên cứu cho thấy, 68,7% điều dưỡng có thực hành đạt về tiêm tĩnh mạch an toàn. Kết quả phân tích hồi quy logistic cho thấy hạng điều dưỡng và kiến thức về tiêm an toàn có mối liên quan có ý nghĩa thống kê tới thực hành tiêm an toàn của điều dưỡng viên (p<0,05).

Từ khóa: *Tiêm tĩnh mạch an toàn, điều dưỡng, bệnh viện Thanh Nhàn.*

SUMMARY

SAFETY INJECTION AND ASSOCIATED FACTORS AMONG NURSES IN THANH NHAN HOSPITAL IN 2018

The cross sectional study was conducted in 2018, aimed to describe the proportion of safety injection and its associated factors among nurses at the Thanh Nhan, Vietnam. The study design employing with the quatitative method that surveyed on a total of 163 nurses and 326 observed-injections. The research instruments included the self-administered questionnaire and checklists which were piloted and revised before being applied for data collection. The findings show the proportions nurses that had good practice of safety injection among nurses were 68.7%. The study has explored the statistically association between safety injection with those factors as gender, participating in safety injection training (p<0.05).

Keywords: *Safety injection, nurse, Thanh Nhan Hospital*

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội,*
[2]*Bệnh viện Thanh Nhàn*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoài Thu
Email: nguyenhoaithu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 30.9.2018
Ngày phản biện khoa học: 22.11.2018
Ngày duyệt bài: 28.11.2018

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiêm có vai trò rất quan trọng trong công tác chăm sóc và điều trị đặc biệt là đối với bệnh nhân cấp cứu hoặc bệnh nặng đe doạ đến tính mạng. Mũi tiêm an toàn (TAT) là an toàn cho người bệnh, an toàn cho nhân viên y tế và an toàn cho cộng đồng.

Tiêm không an toàn có thể gây ra các hậu quả nghiêm trọng ảnh hưởng trực tiếp tới tính mạng con người, kinh tế, xã hội, tâm lý và một số các lĩnh vực khác [2]. Người ta ước tính rằng việc tiêm không an toàn gây thiệt hại khoảng 535 triệu USD mỗi năm cho chi phí y tế trực tiếp cho việc giải quyết những hậu quả do tiêm không an toàn gây ra, tiêm không an toàn cũng gây nên khoảng 1,3 triệu cái chết và làm mất đi 26 triệu năm sống [3]. Đối với nhân viên y tế, nếu mũi tiêm không an toàn có thể dẫn đến những hậu quả khó lường mà chủ yếu là các bệnh lây qua đường máu như viêm gan B, HIV... Một mắt xích quan trọng của quá trình lây bệnh từ người bệnh (NB) sang nhân viên y tế (NVYT) qua đường máu là các tai nạn do vật sắc nhọn. Theo Tổ chức Y tế thế giới, đối tượng bị tai nạn

nghề nghiệp do kim đâm vào tay chiếm tỷ lệ cao nhất là điều dưỡng (44 -72%) [4],[5]. Theo Dolan và cộng sự, các NVYT phải có kiến thức, đào tạo và thiết bị dễ thực hiện các thủ thuật tiêm truyền một cách an toàn [6].

Tiêm là kỹ thuật đòi hỏi sự an toàn và được thực hiện nhiều nhất trong công việc của người điều dưỡng, vì vậy việc tuân thủ quy trình tiêm an toàn (TAT) là bắt buộc đối với điều dưỡng viên (ĐDV) nhằm đảm bảo an toàn người bệnh. Đã có rất nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng kiến thức và thực hành TAT của ĐDV tại các BV còn nhiều hạn chế [7,8]. Vì vậy, trước thực trạng đó, Bộ Y tế đã ban hành Hướng dẫn tiêm an toàn tại Quyết định số 3671/QĐ-BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012[1] nhằm cung cấp những kiến thức và kỹ năng trong thực hành TAT để triển khai áp dụng thống nhất trong tất cả các cơ sở khám chữa bệnh, nhằm nâng cao việc tuân thủ quy trình tiêm an toàn của ĐDV, cũng như đạt được các Chuẩn năng lực Điều dưỡng Việt Nam [1]. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm "mô tả thực trạng và một số yếu tố liên quan đến thực hành tiêm an toàn của điều dưỡng tại bệnh viện Thanh Nhàn năm 2018".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Điều dưỡng chăm sóc người bệnh trực tiếp hiện đang làm việc tại 11 khoa lâm sàng của bệnh viện Thanh Nhàn (khối Nội: Khoa Bệnh nghề nghiệp, Khoa Thần kinh, Khoa Nội tiết và các bệnh chuyển hóa, Khoa Tim mạch, Khoa Hồi sức tích cực, Khoa Cấp cứu; Khối Ngoại: Khoa Chấn thương chỉnh hình, Khoa Ngoại thận, Khoa Ngoại tổng hợp, Khoa Ung bướu, Khoa Ngoại thần kinh).

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng từ tháng 10 năm 2017 đến tháng 5 năm 2018 tại bệnh viện Thanh Nhàn.

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

2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn toàn bộ điều dưỡng tại 11 khoa lâm sáng đáp ứng các *tiêu chuẩn lựa chọn* bao gồm: là ĐDV trực tiếp thực hiện các mũi tiêm tĩnh mạch cho NB tại thời điểm quan sát, đã được ký hợp đồng lao động xác định với bệnh viện hoặc là viên chức nhà nước có thời gian trực tiếp thực hành tiêm ít nhất là 6 tháng, đồng ý tham gia nghiên cứu. *Tiêu chuẩn loại trừ*: điều dưỡng đi học, nghỉ dài hạn, nghỉ thai sản. Đồng thời, tiến hành quan sát 02 mũi tiêm tĩnh mạch/ 1điều dưỡng. Trong tổng số 220 ĐDV có 163 người đáp ứng tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu. Như vậy, cỡ mẫu của nghiên cứu là 163 điều dưỡng, với 326 mũi tiêm tĩnh mạch được quan sát.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu: Sử dụng bảng kiểm quan sát 02 lần thực hiện quy trình tiêm tĩnh mạch của mỗi điều dưỡng tại 11 khoa lựa chọn vào nghiên cứu. Sau đó, sử dụng bộ câu hỏi phát vấn tìm hiểu phương tiện, dụng cụ sử dụng trong tiêm an toàn của điều dưỡng. Các công cụ nghiên cứu được thiết kế, thử nghiệm và điều chỉnh phù hợp trước khi tiến hành nghiên cứu.

Điều tra viên gồm 03 học viên cao học và 05 điều tra viên có trình độ đại học trở lên, có nhiều kinh nghiệm trong việc giám sát thực hiện các quy trình kỹ thuật của điều dưỡng, đã được tập huấn về kỹ năng quan sát dựa trên bảng kiểm.

2.6. Bộ công cụ và các biến số nghiên cứu: Các biến số về tuân thủ quy trình tiêm an toàn được xây dựng theo quy định của Bộ Y tế về thực hiện mũi tiêm an toàn, gồm 24 bước (do Bệnh viện Thanh Nhàn xây dựng), phát triển từ nội dung 17 tiêu chí về TAT theo tài liệu hướng dẫn của Bộ Y tế và Hội điều dưỡng Việt Nam. Tài liệu hướng dẫn được ban hành kèm theo quyết định số 3671/QĐ-BYT ngày 27 tháng 9 năm 2012, bao gồm các nội dung về chuẩn bị phương tiện dụng cụ tiêm; kiểm soát nhiễm khuẩn; kỹ thuật tiêm; giao tiếp với người bệnh; đảm bảo an toàn, trong đó, thực hành quy trình tiêm an toàn bao gồm chuẩn bị người bệnh, chuẩn bị dụng cụ, thuốc tiêm, thực hiện kỹ thuật tiêm thuốc và xử lý chất thải sau tiêm.

Tiêu chuẩn đánh giá thực hành quy trình kỹ thuật tiêm tĩnh mạch an toàn: Tổng điểm bảng kiểm đánh giá quy trình TAT bằng 24 điểm tương ứng 24 bước trong quy trình. Trong đó, có thực hiện đạt 1 điểm, không thực hiện đạt 0 điểm.

2.7. Phương pháp phân tích số liệu: Số liệu sau khi thu thập được làm sạch và nhập liệu bằng phần mềm EpiData 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng phương pháp thống kê mô tả và thống kê suy luận như kiểm định khi bình phương (χ^2), tỷ suất chênh (OR), khoảng tin cậy (95% CI) và hồi qui Logistic nhằm phân tích tìm mối liên quan giữa thực hành tuân thủ quy trình tiêm an toàn với các yếu tố về xã hội nhân khẩu, nghề nghiệp, các yếu tố tiếp cận thông tin về tiêm an toàn, kiến thức về tiêm an toàn của điều dưỡng.

2.8. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: Đề tài nghiên cứu đã được sự đồng ý của Lãnh đạo BV, phòng điều dưỡng BV, lãnh đạo các khoa phòng tham gia nghiên cứu và đối tượng nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Thông tin về đối tượng nghiên cứu

Nội dung		**n**	**%**
Tuổi	<25	30	18,4
	25-40	113	69,3
	> 40	20	12,3
Giới	Nam	28	17,2
	Nữ	135	82,8
Hạng chức danh nghề nghiệp	ĐD hạng 3	39	23,9
	ĐD hạng 4	124	76,1
Thâm niên công tác	< 5 năm	40	24,5
	5 - 10 năm	68	41,7
	> 10 năm	55	33,7
Kinh nghiệm tiêm	< 5 năm	46	28,2
	>5 năm	117	71,8
Đã được tập huấn về TAT	Có	161	98,8
	Không	2	1,2
Được tập huấn trong vòng 12 tháng trở lại	Có	154	94,5
	Không	9	5,5

Nhận xét: Bảng 3.1 mô tả đặc điểm của các đối tượng nghiên cứu: Tuổi trung bình của ĐDV trong nghiên cứu là từ 25 đến 40 tuổi, tuổi cao nhất là 55 tuổi và thấp nhất là 21 tuổi. Nhóm ĐD ≤ 25 tuổi chiếm 18,4%, nhóm từ 25 - 40 tuổi chiếm 69,3% và nhóm >40 tuổi chiếm 12,3%. Tỷ lệ ĐDV nữ chiếm đa số 82,8% so với ĐDV nam 17,2%. Về trình độ chuyên môn, nhóm ĐDV trình độ học vấn hạng 3 chiếm 23,9%, nhóm ĐDV trình độ học vấn hạng 4 chiếm 76,1%. Thời gian công tác trung bình của các ĐDV tham gia nghiên cứu là trên 5 năm. Có 154 ĐDV đã được tham gia các lớp tập huấn về TAT trong vòng 12 tháng qua (chiếm 94,5%).

3.2. Thực trạng tuân thủ tiêm an toàn của điều dưỡng

3.2.1 Thực hiện quy trình tiêm tĩnh mạch

Bảng 2. Thực hành các bước chuẩn bị tiêm của điều dưỡng

Các bước thực hành	**Đạt**	
	n	**%**
Chuẩn bị người bệnh: Rửa tay thường quy	98	60,1
Thực hiện 5 đúng	157	96,3
Giải thích cho NB về việc sắp làm và giúp BN ở tư thế thoải mái.	135	82,8
Sử dụng phương tiện phòng hộ	124	76,7
Chuẩn bị dụng cụ: Hộp chống shock (đủ cơ số)	160	98,2
Thùng đựng chất thải đúng quy định.	143	87,7
Bông gạc tẩm cồn đúng quy định	145	88,96
Chuẩn bị thuốc tiêm: Kiểm tra thuốc, sát khuẩn ống thuốc, dùng gạc vô khuẩn bẻ ống thuốc, sát khuẩn nút chai.	128	78,5
Pha và lấy thuốc trước sự chứng kiến của NB hoặc người nhà NB	158	96,9
Xé bỏ bao bơm tiêm và thay kim lấy thuốc	150	92,02
Kim lấy thuốc và kim tiêm không chạm vào vùng không vô khuẩn	135	82,8
Không lưu kim trên lọ thuốc	126	77,3

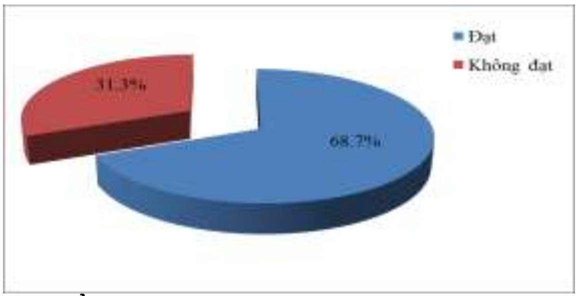
Nhận xét: Kết quả cho thấy điều dưỡng thường bỏ qua hoặc làm sai một số các tiêu chí trong quy trình TAT. Đặc biệt là các thời điểm rửa tay của điều dưỡng khi thực hiện các quy trình chuyên môn. Có 60,1% ĐDV rửa tay thường quy/ sát khuẩn tay nhanh khi chuẩn bị tiêm, 96,3% ĐDV thực hiện 5 đúng (nhận định, giải thích cho người bệnh biết việc mình sắp làm, trợ giúp tư thế an toàn, thuận tiện) và 76,7% ĐDV sử dụng phương tiện phòng hộ các nhân đầy đủ. Tỷ lệ ĐDV kiểm tra thuốc, sát khuẩn ống thuốc, dùng gạc vô khuẩn bẻ ống thuốc, sát khuẩn nút chai chiếm 78,5%.

Bảng 3: Thực hành tiêm và xử lý chất thải sau tiêm

Các bước thực hành	**Đạt**	
	n	**%**
Kỹ thuật tiêm: Kê gối dưới tay, buộc dây garo, sát khuẩn vùng tiêm đúng quy định	128	78,5
Sát khuẩn tay nhanh hoặc mang găng tay đúng quy định	112	68,7
Căng da, đâm kim chếch 30 so với mặt da và đảm bảo mũi vát của kim tiêm nằm trong lòng ven	144	88,3
Bơm thuốc chậm, vừa bơm vừa quan sát NB	134	82,2
Hết thuốc, căng da rút kim nhanh, cho ngay BKT vào hộp an toàn	122	74,9
Giao tiếp, quan sát sắc mặt NB trước, trong và sau khi tiêm	122	74,9
Sát khuẩn lại vị trí tiêm, truyền, dùng bông khô đặt lên vị trí vừa tiêm phòng chảy máu	130	79,8

Các bước thực hành	Đạt	
	n	%
Hướng dẫn NB những điều cần thiết, giúp NB trở lại tư thế thích hợp, thuận tiện	125	76,7
Xử lý chất thải sau tiêm: Không dùng hai tay để đậy hoặc lắp lại nắp kim tiêm	135	82,8
Cho bơm kim tiêm vào hộp đựng sắc nhọn ngay sau khi kết thúc mũi tiêm	129	79,1
Phân loại chất thải sau tiêm đúng quy định	112	68,7
Vệ sinh tay sau khi kết thúc mũi tiêm	131	80,4

Nhận xét: Có 78,5% ĐDV xác định vị trí tiêm, đặt gối kê tay và thắt dây garo đúng quy định, sát khuẩn vùng tiêm từ trong ra ngoài theo hình xoáy ốc đường kính trên 10 cm cho đến khi sạch (tối thiểu 2 lần). Tỷ lệ ĐDV đạt về sát khuẩn tay nhanh hoặc mang găng tay đúng qui định là 68,7%; 88,3% ĐDV thực hành đạt về căng da theo đúng quy định (kim tiêm chếch 30° so với mặt và đảm bảo mũi vát của kim đã nằm trong lòng ven), thực hành bơm thuốc khi tiêm cho người bệnh (bơm thuốc chậm, vừa bơm vừa quan sát sắc mặt của BN) chiếm 82,2% ĐDV và 74,9% ĐDV thực hành đạt khi tiêm hết thuốc, căng da rút kim nhanh và cho ngay BKT vào hộp an toàn. Sau khi thực hiện xong kỹ thuật tiêm tĩnh mạch có 68,7% ĐDV xử lý và phân loại chất thải đúng qui định.



Biểu đồ 1. Tỉ lệ điều dưỡng viên thực hành tiêm an toàn đạt

Đánh giá chung về thực hành TAT của ĐD cho thấy có 112 ĐDV đạt thực hành về TAT chiếm 68,7% và 51 ĐDV không đạt thực hành TAT chiếm 31,3%. Một số khoa có tỷ lệ điều dưỡng đạt thực hành khá cao như: Hồi sức tích cực là 95,8%, Tim mạch là 95,2%, Ngoại Thần kinh là 100%. Tuy nhiên cũng có những khoa có tỷ lệ ĐDV đạt thực hành thấp như khoa Thần kinh chỉ đạt 50%. Do đặc thù tính chất của từng khoa phòng, số lượng bệnh nhân nằm điều trị nội trú của từng khoa và quá trình giám sát, tập huấn của cán bộ quản lý từng khoa dẫn đến sự khác nhau về tỷ lệ đạt thực hành theo từng khoa của các ĐDV.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến thực hành tiêm an toàn của điều dưỡng

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan tới thực hành tiêm an toàn ở điều dưỡng viên

Yếu tố	Thực hiện tiêm tĩnh mạch an toàn		OR	CI 95%	p
	Không đạt (%)	Đạt (%)			
Nhóm tuổi: < 25	4(20)	24 (80)	1,0	0,15-0,18	p> 0,05
25-40	38 (33,6)	75 (66,4)	0,49		
>40	8(38,1)	13 (61,9)	0,41		
Giới : Nữ	44 (32,6)	91 (67,4)		0,34-2,03	p> 0,05
Nam	8 (28,6)	20 (71,4)	0,83		
Chức danh nghề nghiệp					
Điều dưỡng hạng 3	22 (56,4)	17 (43,6)	4,05	1,83-8,95	p< 0,001
Điều dưỡng hạng 4	30 (24,2)	94 (75,8)	1		
Kiến thức về TAT: Đạt	19 (21,1)	71 (78,9)	1	1,48-6,20	p< 0,05
Không đạt	33 (44,6)	41 (55,4)	3,0		

Nhận xét: Về chức danh nghề nghiệp, ĐDV hạng 3 thực hành TAT đạt 43,6%, không đạt 56,4% và ĐDV hạng 4 thực hành TAT đạt 75,8%, không đạt 24,2%. Sự khác biệt trong thực hành TAT của các ĐDV phân theo hạng nghạch có ý nghĩa thống kê với p < 0,01, OR = 4,05; 95% CI = 1,83 – 8,95. Kiến thức về TAT liên quan có ý nghĩa thống kê với thực hành TAT với p<0.05, OR = 3, 95% CI= 1,48-6,20.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Thực trạng tiêm an toàn của điều dưỡng tại bệnh viện: Đánh giá chung của nghiên cứu về thực hành tiêm an toàn đạt tỷ lệ 68,7%, cao hơn nghiên cứu của Quách Thị Hoa 39% và của Trần Thị Minh Phượng 22,2%[8]. Hiện tại bệnh viện hàng năm vẫn tổ chức đợt tập huấn về kiến thức TAT, tuy nhiên do tình trạng đông bệnh nhân nên vẫn có một số bước chưa được thực hiện tốt. Do vậy, bên cạnh việc bệnh viện cần mở thêm những lớp TAT bao gồm cả lý thuyết lẫn thực hành cho toàn bộ điều dưỡng,

việc bố trí sắp xếp nhân lực cho đủ và đáp ứng yêu cầu cần được chú trọng.

4.2 Một số yếu tố liên quan đến thực hành tiêm an toàn của điều dưỡng: Kết quả nghiên cứu chỉ ra, hạng chức danh nghề nghiệp điều dưỡng có mối liên quan có ý nghĩa thống kế với thực hiện tiêm tĩnh mạch an toàn của điều dưỡng (p<0,001). Nhóm điều dưỡng hạng 4 (bậc trung cấp, cao đẳng) có xu hướng đạt thực hành cao hơn 4,05 lần so với nhóm điều dưỡng hạng 3 (bậc đại học). Trình độ chuyên môn của điều dưỡng đa phần là cấp bậc dưới đại học tuy nhiên tỷ lệ đạt về TAT khá cao, như vậy việc đào tạo và tập huấn, giám sát thường xuyên cho mọi điều dưỡng có hiệu quả tốt trong công tác thực hành TAT. Đa phần các điều dưỡng xuất phát từ chức danh hạng 4 (bậc học trung cấp, cao đẳng) sau thời gian dài làm việc trao dồi kinh nghiệm tại các cơ sở thực hành chuyên môn được bệnh viện động viên, khích lệ học nâng ngạch lên hạng 3 (bậc đại học). Vì vậy với bề dày kinh nghiệm thực hành nên các ĐDV hạng 4 đều có kỹ năng thành thục về thực hành TAT. Trong khi đó các nghiên cứu của Quách Thị Hoa [9] và Trần Thị Minh Phượng [8] không tìm thấy mối liên quan này. Kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức về TAT và thực hành TAT. Những điều dưỡng có kiến thức về TAT đạt có xu hướng thực hành đạt cao gấp 3 lần so với những điều dưỡng không đạt về kiến thức TAT.

Trong nghiên cứu này không tìm thấy mối tương quan giữa yếu tố tuổi, giới, thâm niên công tác và thời gian tập huấn trong vòng 12 tháng với thực hành TAT của ĐDV.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ điều dưỡng thực hành tiêm an toàn đạt là 68,7%. Kết quả phân tích hồi quy logistic cho thấy chức danh nghề nghiệp và kiến thức về TAT có mối liên quan có ý nghĩa thống kê tới việc tuân thủ quy trình tiêm an toàn của điều dưỡng viên tại bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2012),** Chuẩn Năng lực của điều dưỡng Việt Nam ban hành kèm Quyết định số 1352/QĐ-BYT ngày 21/4/2012 về việc chuẩn năng lực cơ bản của Điều dưỡng Việt Nam.
2. **WHO (2010),** "Strategy for the safe and appropriate use of injection worldwide", Geneva.
3. **Miller MA và Pisani E (1999),** "The cost of unsafe injections", *Bull Word Health Organ.* 77, pp. 808-811.
4. ***Hauri AM, Armstrong GL, Hutin YJ** (2004), "The global burden of disease attributable to contaminated injections given in health care settings", Int J STD AIDS. 15(1), pp. 7-16.*
5. **WHO và Bộ Y tế (2005),** Không gây hại: Tiêm an toàn trong mối quan hệ với phòng, chống nhiễm khuẩn, Hà Nội.
6. **Susan A. Dolan et al.(2010),** "APIC position paper: Safe injection, infusion, and medication vial practices in health care", American Journal of Infection Control, 38, pg. 167 – 172.
7. **Nguyễn Thị Long và** cs (2013), *Sự thiếu sót của điều dưỡng trong thực hiện các bước tiêm tĩnh mạch tại BV đa khoa khu vực Nam Bình Thuận, Tài liệu Hội nghị khoa học điều dưỡng BV Hữu Nghị Việt Đức lần thứ V, năm 2013, Hà Nội.*
8. **Trần Thị Minh Phượng, Phan Văn Tường và Bùi Thị Mỹ Anh (2012),** "Đánh giá thực hiện tiêm an toàn tại bệnh viện Đa khoa Hà Đông, Hà Nội, năm 2012", Tạp chí Y học thực hành 30(3), tr 25- 32.

ĐẶC ĐIỂM BIẾN DẠNG VÀ TỔN THƯƠNG GIẢI PHẪU CỘT SỐNG CỔ Ở BỆNH NHÂN LAO CỘT SỐNG TRÊN CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

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

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá đặc điểm biến dạng và tổn thương giải phẫu cột sống cổ ở bệnh nhân lao cột sống cổ trên chẩn đoán hình ảnh. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 31 bệnh nhân bị lao cột sống cổ được chọn chủ đích và chia thành hai nhóm: phẫu thuật lối cổ trước (15 bệnh nhân) hoặc ghép xương tự thân hoặc phẫu thuật đặt lồng kéo giãn ETC (16 bệnh nhân) đều được chụp XQ thường quy cột sống cổ thẳng và nghiêng, chụp cắt lớp và chụp cộng hưởng từ để đo góc gù, vùng gù cột sống... và các tổn thương giải phẫu cột sống cổ trên phim. Kết quả nghiên cứu: trên XQ CSC nghiêng góc gù vùng $18{,}9^0 \pm 9{,}4^0$; góc CL $3{,}03^0 \pm 9{,}8^0$. Tổn thương giải phẫu trên XQ: xẹp đốt sống 2,13 ± 0,6 đốt; xẹp khoang gian đốt sống (đĩa đệm) 96,8% (30), mờ trước sống 24,2 ± 7,4 mm. CLVT số đốt sống tổn thương 2,26 ± 0,7; có chất hoại tử hoặc áp xe 96,8% (30); xương hoại tử 96,8%; tổn thương phía sau đốt sống 3,2% (1). CHT số đốt

**Bệnh viện Phổi Trung ương*
***Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Diễn
Email: chirngnguyenxuandien@gmail.com
Ngày nhận bài: 3.10.2018
Ngày phản biện khoa học: 21.11.2018
Ngày duyệt bài: 29.11.2018

sống tổn thương 2,26 ± 0,7; áp xe ngoài màng cứng + cạnh sống là 77,4%; chèn ép tủy 100%; xẹp đĩa đệm 96,8%. Kết luận: biến dạng chính của LCSC là gù. Tổn thương chính của LCSC là xẹp đốt sống, xẹp đĩa đệm, có xuất hiện áp xe hoặc chất hoại tử ở các vị trí cạnh tổn thương. Chỉnh gù về bình thường sau mổ.

Từ khóa: xẹp đốt sống, góc gù, góc gù vùng, góc cột sống

SUMMARY

FEATURES OF CERVICAL SPINE DEFORMITY AND ANATOMICAL LESIONS ON IMAGING IN PATIENTS WITH CERVICAL TUBERCULOSIS

We prospectively studied 31 patients with cervical tuberculosis (CT) who are anteriorly operated or only autograft or expandable titanium cage (ETC) timebound from January 1st, 2015 to September 30th, 2017. Our object is to evaluate deformity features and anatomical lesions of CT on radiograph, CT scanner, MRI and correct deformity of CT. Result: there are 31 patients in this study, 24 men and 7 women. Average age is 46,5 ± 15,92 years old. Clinical presentations were neck pain (93,5%) 29/31 and paramuscle spasm 25/31 (80,6%), tretraplegia 35,5% (11/31); bladder dysfunction 29% (9/31); preoperated average local kyphosis of cervical spine is $18,9^0 \pm 9,4^0$; cervical lordosis is $3,03^0 \pm 9,8^0$; on radiograph: average collapsed body of spine 2,13 ± 0,6; narrow disk space 30/31 (96,8%); prevertebral space 24,2 ± 7,4 mm; CT scanner presentation is abscess or lesion tissue of paravertebrae or necrotic fragments bone of spinal body. And MRI shows: abscess or necrotic tissue of paravertebal and epidural is 77,4% ; compressed cord is 100%. Correction of cervical spine is $21,57^0$ (preoperated average from $18,9^0$ to $-2,67^0$ postoperated) and CL average preoperated $3,03^0$ to $-9,4^0$ at last final examination. **Conclusion**: deformity of CT is local kyphosis; the most common lesions of CT is collape of body spine and narrow interdisk space and abscess or necrotic paravertebal tissue or necrotic fragment bone.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lao cột sống (LCS) là bệnh viêm cột sống đĩa đệm do vi khuẩn lao Mycobacteria tuberculosis (MTB) gây ra. Bệnh được Percival Pott mô tả lần đầu tiên năm 1779 với 2 triệu chứng kinh điển là gù lưng và liệt 2 chi dưới. Theo báo cáo của WHO (2015), hằng năm trên thế giới có hơn 9 triệu ca mắc lao mới, trong đó lao xương khớp chiếm 0,5% - 2%. Tuy LCS không phổ biến như lao phổi nhưng lại là bệnh nguy hiểm nhất của lao xương khớp.

LCSC là bệnh ít gặp, tần suất 5 - 12% tổng số lao xương khớp, bệnh thường được chẩn đoán muộn khi đã có biến chứng đau cột sống cổ, liệt 2 chi hoặc tứ chi, biến dạng cột sống cổ như gù, vẹo. Biểu hiện lâm sàng lao cột sống cổ nghèo nàn, bệnh tiến triển âm thầm gần như không triệu chứng ở giai đoạn tiềm ẩn, đến giai đoạn bệnh hoạt động gây biến dạng cột sống cổ, liệt thần kinh lúc này bệnh nhân mới được chẩn đoán. Ở Việt nam có rất ít báo cáo về biến dạng và tổn thương giải phẫu của LCSC. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "*Đặc điểm biến dạng và tổn thương giải phẫu cột sống cổ ở bệnh nhân lao cột sống trên chẩn đoán hình ảnh*" với mục tiêu: *đánh giá đặc điểm biến dạng và tổn thương giải phẫu cột sống cổ ở bệnh nhân lao cột sống cổ trên chẩn đoán hình ảnh*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- 31 bệnh nhân được chẩn đoán lao cột sống cổ có chỉ định phẫu thuật thời gian từ 1/1/2015 đến 30/9/2017 tại Bệnh viện Phổi Trung ương.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân lao cột sống cổ từ C2 – C7 có chỉ định phẫu thuật lối cổ trước hoặc ghép xương tự thân hoặc phẫu thuật đặt lồng kéo giãn ETC; điều trị thuốc chống lao trước mổ ít nhất 1 tuần theo phác đồ 2RHZE (S)/10RHE; trên XQ cột sống cổ nghiêng: xẹp đĩa đệm, xẹp thân đốt sống, tăng khoảng mờ trước cột sống, biến dạng cột sống; trên CLVT cột sống cổ: hình ảnh phá hủy thân đốt sống biểu hiện tiêu xương bờ không rõ ràng, có mảnh xương chết trong chất hoại tử hoặc trong áp xe, xẹp đĩa đệm; trên CHT cột sống cổ: có áp xe hoặc chất hoại tử cạnh sống, ngoài màng cứng hoặc trong thân đốt sống, chèn ép tủy và màng cứng và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

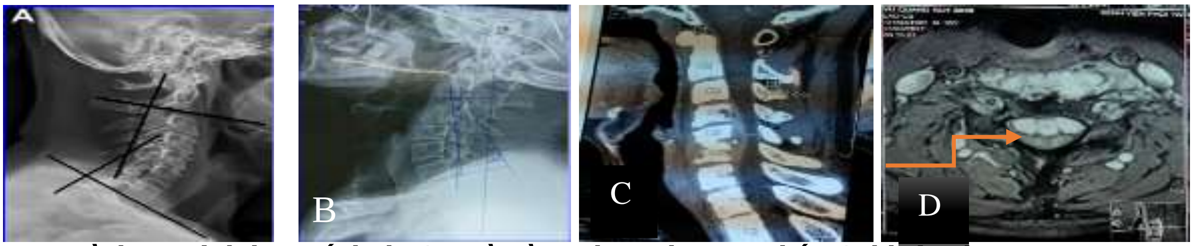
- Thiết kế nghiên cứu: thiết kế nghiên cứu cắt ngang.

- Kỹ thuật chọn mẫu: chọn mẫu chủ đích với 31 bệnh nhân bị lao cột sống cổ được phẫu thuật lối cổ trước (15 bệnh nhân) hoặc ghép xương tự thân hoặc phẫu thuật đặt lồng kéo giãn ETC (16 bệnh nhân).

- Biến số nghiên cứu: tỷ lệ bệnh nhân có góc vẹo C2-C7 > 15^0; tỷ lệ góc gù C2-C7 > 0^0; tỷ lệ đốt sống cổ bị thưa xương hoặc bị xẹp đốt sống; tỷ lệ bị xẹp đĩa đệm; tỷ lệ bị mở đốt sống; tyel bị chèn ép ép tủy, tỷ lệ bị áp xe cột sống cổ...

- Kỹ thuật nghiên cứu: Khám bệnh nhân về lâm sàng, XQ, CLVT, CHT trước mổ và chụp XQ cột sống cổ khi khám lại, đánh giá hội chứng tủy cổ (JOA), NDI (Neck Disability Index) sau mổ.

+ Chụp XQ cột sống cổ chuẩn tư thế thẳng và nghiêng, CHT, CLVT ở tất cả 31 bệnh nhân. Đo góc gù vùng theo phương pháp Cobb, góc cột sống cổ (CL) trên phim XQ cột sống cổ nghiêng.



Hình 1. minh họa cách đo CL, gù vùng theo phương pháp Cobb (A:theo Lee A.Tan và cs 2017; B, C, D (áp xe trong ống sống) mũi tên cam: nguồn từ tác giả)

+ Đánh giá các chỉ số: xẹp đốt sống, xẹp đĩa đệm, có áp xe hoặc chất hoại tử, xương chết, các tổn thương phía sau đốt sống

+ Đánh giá góc gù, góc cột sống (CL), mức độ chỉnh gù, CL trước và sau mổ khám lần cuối cùng trên XQ CSC nghiêng, hội chứng tủy cổ JOA, (chất lượng cuộc sống - CLCS) NDI.

- Quản lý và xử lý số liệu: số liệu sau khi thu thập (khám và đo gù, vẹo... trên phim XQ) được nhập vào phần mềm Excel, sau đó chuyển sang phần mềm SPSS để tính tần suất...

- *Đạo đức nghiên cứu:* nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức Trường đại học Y Hà Nội thông qua với mã số: 187/HĐĐĐĐHYHN, ngày 24 tháng 2 năm 2016...

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm biến dạng của lao cột sống cổ

Bảng 1: Góc gù vùng trước mổ

Góc gù vùng (độ)	Tần suất	Tỉ lệ %
-6^0	1	3,2
5^0	2	6,5
9^0	1	3,2
11^0	2	6,5
12^0	3	9,7
14^0	1	3,2
15^0	1	3,2
16^0	1	3,2
18^0	1	3,2
19^0	4	12,9
22^0	1	3,2
23^0	3	9,7
25^0	2	6,5
26^0	3	9,7
27^0	1	3,2
28^0	2	6,5
32^0	1	3,2
42^0	1	3,2
Tổng	**31**	**100,0**

Trong tổng số 31 bệnh nhân nghiên cứu, góc gù vùng cao nhất 42^0 có 1/31 bệnh nhân, và 1/31 bệnh nhân có góc gù vùng bình thường (-6^0). Bệnh nhân này có tổn thương trong thân đốt sống C5, có phá hủy cung sau và mỏm ngang gây liệt hoàn toàn do chèn ép tủy từ phía sau cột sống. Tất cả 31 bệnh nhân nghiên cứu có góc vẹo < 15^0 là bình thường ở cột sống cổ.

Bảng 2: Góc cột sống cổ trước mổ

Góc cột sống cổ	Tần suất	Tỉ lệ %
-22^0	1	3,2
-12^0	1	3,2
-11^0	1	3,2
-8^0	1	3,2
-7^0	1	3,2
-6^0	1	3,2
-5^0	1	3,2
-3^0	2	6,5
-2^0	1	3,2
1^0	2	6,5
3^0	4	12,9
5^0	4	12,9
6^0	1	3,2
7^0	2	6,5
8^0	1	3,2
12^0	3	9,7
15^0	2	6,5
20^0	1	3,2
25^0	1	3,2
Tổng	**31**	**100,0**

Trong tổng số 31 bệnh nhân nghiên cứu, góc cột sống cổ cao nhất là 25^0 có 1 bệnh nhân, và có 11/31 bệnh nhân góc cột sống cổ ở giới hạn bình thường (góc từ -22^0 đến -2^0).

Bảng 3: Góc gù vùng và góc cột sống cổ trung bình

Góc	$\overline{X}$	SD	Nhỏ nhất	Lớn nhất	n
Gù vùng	18,9^0	9,4^0	-6^0	42^0	31
Cột sống cổ	3,03^0	9,8^0	-22^0	25^0	31

Trong 31 bệnh nhân nghiên cứu, góc gù vùng trung bình trước mổ 18,9^0 nhưng góc cột sống cổ là 3,03^0. Trước mổ, cả góc gù vùng và góc cột sống cổ đều là góc gù với Cobb > 0^0.

3.2.Đặc điểm tổn thương giải phẫu của lao cột sống cổ qua một số phương pháp chẩn đoán hình ảnh

3.2.1. Trên XQ quy ước

Bảng 4: Số đốt sống tổn thương phát hiện trên XQ cột sống cổ

Số đốt sống	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
0	1	3,2

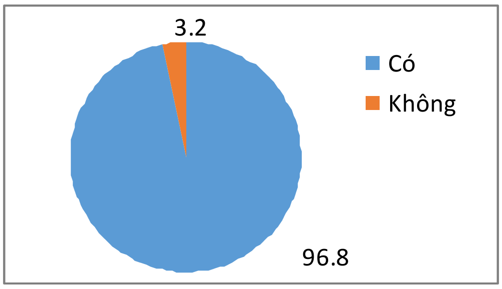
2	**25**	**80,6**
3	4	12,9
4	1	3,2
Tổng	**31**	**100,0**

Trong tổng số 31 bệnh nhân, số đốt sống tổn thương trung bình là 2,13 đốt. Tổn thương 2 đốt sống có tỉ lệ cao nhất (80,6%), 1 bệnh nhân không thấy tổn thương thân đốt sống trên XQ thường. Và có 1 bệnh nhân tổn thương 4 đốt sống (2 đốt sống tổn thương > 50% thân đốt, các đốt còn lại tổn thương dạng ăn mòn chưa gây xẹp đốt sống).

Bảng 5: Mờ trước cột sống cổ vùng tổn thương trên phim XQ

Tầng	n	Tỉ lệ %	Trung bình (mm)
C2C3C4	7	22,6	22,3 ± 10,3
C5C6C7	24	77,4	24,7 ± 6,6
Tổng	**31**	**100,0**	**24,2 ± 7,4**

Tăng mờ trước thân đốt sống ở cả 2 tầng cổ cao và thấp so với bình thường. Có 4 bệnh nhân có áp xe thành sau họng do tổn thương C2 - C3.



Biểu đồ 1: Tổn thương đĩa đệm trên phim XQ thường

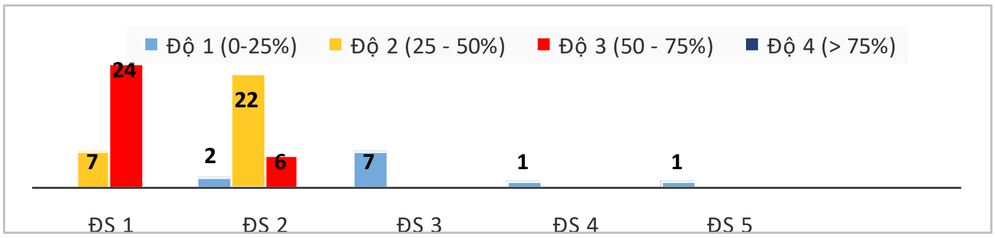
Có 1/31 bệnh nhân không hẹp khoang gian đốt sống (xẹp đĩa đệm) trên phim XQ nhưng có tổn thương phá hủy bên trong thân 1 thân đốt sống, cung sau đốt sống trên CLVT.

3.3.2.2. Trên phim CLVT

Bảng 6: Số đốt sống tổn thương phát hiện trên CLVT cột sống cổ

Đốt sống tổn thương	n	Tỉ lệ (%)
1 đốt sống	1	3,2
2 đốt sống	23	74,2
3 đốt sống	6	19,4
5 đốt sống	1	3,2
Tổng	**31**	**100,0**
$\bar{X}$ ± SD	**2,26 ± 0,7**	

Trong 31 bệnh nhân nghiên cứu, 6 bệnh nhân tổn thương 3 đốt sống được phát hiện tổn thương trên CLVT. CLVT phát hiện chi tiết hơn so với trên XQ quy ước (12,9% so với 19,4%), và số đốt sống tổn thương trung bình là 2,26.



Biểu đồ 2: Mức độ xẹp đốt sống trên phim CLVT

Đốt sống 1 (ĐS 1) là tổn thương nặng nhất theo mức phá hủy thân đốt sống, tiếp đến đốt sống 2 ở mức ít hơn đốt sống 1, tương tự, đốt sống 3, đốt sống thứ 4, thứ 5. Đốt sống thứ 1 có 24 bệnh nhân (77,4%) mức 50%-75% đốt sống. Đốt sống tổn thương thứ 2 mức 50% - 75% có 6 bệnh nhân; 22 bệnh nhân có mức tổn thương đốt sống thứ 2 là 25% - 50%. Phát hiện tổn thương đốt sống trên CLVT ở đốt sống thứ 3, thứ 4, thứ 5 ở mức độ < 25% (tổn thương loại ăn mòn - skip lesion). Không gặp bệnh nhân nào có xẹp hoàn toàn đốt sống (phá hủy hoàn toàn thân đốt sống).

Bảng 7: Đặc điểm tổn thương đốt sống cổ trên phim CLVT

Dấu hiệu	n (n = 31)	Tỉ lệ %
Chất hoại tử hoặc áp xe	30	96,8
Xương hoại tử	30	96,8
Tổn thương phía sau	1	3,2

Trong 31 bệnh nhân nghiên cứu, có 96,8% có biểu hiện chất hoại tử cạnh sống hoặc áp xe, có mảnh xương hoại tử. Chỉ gặp 1 bệnh nhân có tổn thương phối hợp cả cung sau, mỏm ngang (3,2%).

3.2.3.Trên phim CHT

Bảng 8. Vị trí áp xe phát hiện trên CHT

Vị trí của áp xe hoặc chất hoại tử	n	Tỉ lệ %
Ngoài màng cứng	2	6,5
Ngoài màng cứng + cạnh sống	24	77,4
Ngoài màng cứng + cạnh sống	5	16,1

+ trong thân đốt sống		
Tổng	**31**	**100,0**

Vị trí gặp áp xe hoặc chất hoại tử nhiều nhất là ngoài màng cứng cùng với cạnh sống (77,4%). Đặc điểm tổn thương này thường gặp ở bệnh nhân lao cột sống.

Bảng 9: Chèn ép tủy sống phát hiện trên phim CHT

Các dấu hiệu trên CHT	n = 31	Tỉ lệ %
Chèn ép tủy sống	31	100
Đốt sống tổn thương dạng ăn mòn (skip lesion)	6	19,4
Xẹp đĩa đệm	30	96,8
Tổn thương thân ĐS không tổn thương đĩa đệm	1	3,2
Tổn thương phía sau đốt sống	1	3,2

Cả 31 bệnh nhân nghiên cứu đều có chèn ép tủy, màng cứng ở các mức độ khác nhau trên CHT. Có 6 bệnh nhân (19,4%) tổn thương đốt sống dạn ăn mòn phần trước thân đốt sống, những đốt sống này là tổn thương liền kề với đốt tổn thương nặng nhất. Xẹp đĩa đệm gặp ở 30/31 bệnh nhân, vì có 1 tổn thương dạng tạo hốc trong thân đốt sống, tổn thương chính ở cung sau, cũng chính bệnh nhân này chưa có hoại tử đĩa đệm.

IV. BÀN LUẬN

4.1.Đặc điểm biến dạng của lao cột sống cổ: Biến dạng do lao cột sống cổ chủ yếu là gù vùng do xẹp thân đốt sống và đĩa đệm. Xẹp đốt sống nặng là giảm chiều cao đốt sống > 50% chiều cao bình thường đốt sống đó. Xẹp đốt sống nhẹ đến trung bình là giảm chiều cao < 50% đốt sống đó (theo Chandra và cs (2013) [1]). Kết quả nghiên cứu của Pan và cs (2017) ở 46 bệnh nhân lao cột sống cổ, góc cột sống cổ C2-C7 trước mổ trung bình $17^0 \pm 5{,}2^0$ [2]. Kết quả nghiên cứu của He và cs (2014) [3] ở 25 bệnh nhân lao cột sống cổ thấp, góc gù vùng trung bình $15{,}48^0$ cao nhất 55^0 và thấp nhất 0^0. Kết quả nghiên cứu của Mao và cs (2013) ở 21 bệnh nhân lao cột sống cổ thấp (C3-C7) góc gù vùng trung bình trước mổ 29^0 ($25 - 50^0$) [4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, góc gù vùng trung bình $18{,}9^0$ trong khi góc gù cột sống cổ $3{,}03^0$. Góc gù vùng nặng nhất có 1 bệnh nhân 42^0 và có 1 bệnh nhân tổn thương trong thân đốt sống, đĩa đệm chưa bị xẹp, có tổn thương cả cung sau, gai sau nên góc gù vùng của bệnh nhân này là bình thường (-6^0). Như vậy so với kết quả nghiên cứu của các tác giả, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng.

4.2. Đặc điểm tổn thương giải phẫu lao cột sống cổ trên chẩn đoán hình ảnh

Ở giai đoạn sớm, biểu hiện sớm nhất trên XQ là dấu hiệu thưa xương từ 30% trở lên ở thân đốt sống và tăng mờ mô mềm trước CSC gợi ý đến LCSC. Hẹp khoang gian đốt sống (xẹp đĩa đệm) và bờ sụn tiếp TT nham nhở thấy được sau 2 đến 3 tuần xuất hiện triệu chứng. Bằng chứng phá hủy xương đốt sống chỉ thấy được khi TT từ 50% thân đốt sống trở lên. Các biến dạng cột sống thường gặp nhưng muộn hơn, khi đốt sống bị phá hủy nhiều. Việc phá hủy đốt sống C1, thân C2, lồi cầu chẩm hoặc mỏm răng có thể gây di lệch và mất vững nghiêm trọng. Khi có sự phá hủy thân đốt sống cổ thấp gây biến dạng gù vùng cổ có thể thấy được trên lâm sàng. Dấu hiệu tạo hốc ở bờ trước thân đốt sống bị viêm có dấu hiệu TT tạo hốc dưới dây chằng dọc trước. Một khối áp xe có calci hóa cạnh sống ở lao mạn tính rất hiếm thấy. Trên phim chụp CLVT cho phép đánh giá chi tiết những TT tiêu xương sớm hơn XQ mặc dù không hiệu quả bằng CHT, xác định được sự lớn dần của áp xe cạnh sống và mô quanh sống. Những áp xe cạnh sống 2 bên có mảnh can xi bên trong thường là bệnh học của lao xương. Kết quả nghiên cứu của Ansari và cs (2013) cho thấy đặc điểm tổn thương lao cột sống trên CLVT là tiêu xương thân đốt sống bờ không đều, có xương xơ, xẹp đĩa đệm, mất tính liên tục của bờ xương, có mảnh xương hoại tử trong áp xe [5]. Jain R và cs (1993) nghiên cứu CLVT 30 bệnh nhân lao cột sống, tác giả thấy đặc điểm chất hoại tử cạnh sống gặp ở tất cả các bệnh nhân, tiêu xương rõ ở dưới vỏ xương kèm xơ vỏ xương, xẹp đĩa đệm luôn kèm với phá hủy thân đốt sống, chất hoại tử cạnh sống gặp ở tất cả bệnh nhân, mảnh xương chết trong áp xe hoặc chất hoại tử gặp 66% bệnh nhân [6].

Tổn thương giải phẫu lao cột sống cổ trên phim CHT: kết quả nghiên cứu của Gehlot và cs [7] về hình ảnh CHT bệnh nhân LCS, có áp xe cạnh sống chiếm 98,5% các trường hợp, tổn thương 2 thân đốt sống 60%, dạng tạo hốc (ăn mòn) thân đốt sống 2,85%, hẹp khoang gian đốt sống (xẹp đĩa đệm) 92,8%. Kết quả nghiên cứu của Jain và cs số đốt sống tổn thương phát hiện trên XQ thường quy trung bình là 2,61 đốt trong khi trên CHT là 3,2 đốt sống. Như vậy, những tổn thương (TT) sớm lan tràn ở thân đốt sống phát hiện trên CHT cao hơn trên XQ thường quy là 34,7%.

Kết quả nghiên cứu của Currie và cs về đặc điểm điển hình của tổn thương lao ở cột sống trên phim CHT là nhiễm trùng bắt đầu từ bờ trước thân đốt sống nơi tiếp giáp với sụn tiếp. Ở vùng này các tiểu động mạch gấp lại đột ngột

nên cho phép vi khuẩn nghẽn lại tại đây và hoạt động tạo thành áp xe. Do đó dấu hiệu sớm nhất trên CHT cột sống là phù sụn tiếp, phù tủy xương gặp 100% các trường hợp hay giảm cường độ tín hiệu trên T1W và tăng tín hiệu trên T2W. Kết quả nghiên cứu Tao Shi và cs (2016) 967 BN lao cột sống, số đốt sống TT như sau: 1 đốt sống 11,17%, 2 đốt sống 56,15% và trên 3 đốt sống 32,68% với đặc điểm TT hẹp khoang gian đốt sống 86,35%, có áp xe cạnh sống 55,64%, áp xe trước sống 8,17%, chèn ép ngoài màng cứng 33,3%, tổn thương ăn mòn 3,41%. Áp xe do lao cột sống nhiều hay ít phụ thuộc vào tuổi mắc bệnh, tuổi càng trẻ (≤ 10 tuổi) do hoạt động hệ miễn dịch mạnh nên thường có nhiều áp xe và ngược lại, tuổi càng cao thì chủ yếu là xương viêm và chất hoại tử, trung bình có áp xe chiếm từ 60 - 84% các trường hợp. Kết quả nghiên cứu của Frel và cs (2017) TT 2 đốt sống 75%, trên 2 đốt sống 25%, giảm cường độ tín hiệu thân đốt sống 87,5%, tín hiệu hỗn hợp 12,5% (ảnh T1WI) và ở đĩa đệm, tín hiệu đồng nhất 100%, giảm tín hiệu 0% [8]. Kim và cs (2016) có áp xe cạnh sống 75% và 53% áp xe ngoài màng cứng, 70% TT 1 – 2 đốt sống và 30% TT trên 3 đốt sống. TT thường ở bờ sụn tiếp 2 đốt sống liền kề gây thiểu dưỡng đĩa đệm và xẹp đĩa đệm, hoại tử đĩa đệm [4].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, số đốt sống tổn thương trung bình là 2,26 đốt, nhiều nhất là tổn thương 2 tầng 23 bệnh nhân (74,2%), có 1 (3,2%) bệnh nhân phát hiện tổn thương 5 đốt sống. Như vậy, kết quả nghiên cứu cũng tương đồng như kết quả nghiên cứu của các tác giả trên thế giới.

V. KẾT LUẬN

96,8% lao cột sống cổ tổn thương thân đốt sống gây xẹp đốt sống, xẹp đĩa đệm gây ra gù cột sống. Góc gù vùng trung bình $18,9^0$. Góc gù vùng cột sống cổ trung bình $3,03^0$ và góc vẹo trung bình < 15^0.

Trên phim XQ cột sống: xẹp đốt sống trung bình là 2,13 đốt nhưng trên CLVT số đốt sống tổn thương trung bình 2,26 và phát hiện tổn thương dạng ăn mòn ở các đốt sống khác. Trên chụp CHTsố đốt sống tổn thương là 2,26 đốt. Trên CHT phát hiện được chèn ép tủy sống, tổn thương dạng ăn mòn, xẹp đĩa đệm, tổn thương phía sau đốt sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **S. P. Chandra, A. Singh, N. Goyal, et al. (2013)**. Analysis of changing paradigms of management in 179 patients with spinal tuberculosis over a 12-year period and proposal of a new management algorithm. *World Neurosurg,* 80(1-2), 190-203.
2. **Z. Pan, J. Luo, L. Yu, et al. (2017)**. Debridement and Reconstruction Improve Postoperative Sagittal Alignment in Kyphotic Cervical Spinal Tuberculosis. *Clin orthop Relat Res,* 475(8), 2084-2091.
3. **M. He, H. Xu, J. Zhao, Z. Wang (2014**). Anterior debridement, decompression, bone grafting, and instrumentation for lower cervical spine tuberculosis. *Spine J,* 14(4), 619-627.
4. **N. Mao, Z. Shi, H. Ni, et al. (2013)**. Long-term outcomes of one-stage anterior debridement, bone grafting, and internal fixation for the treatment of lower cervical tuberculosis with kyphosis. *Br J Neurosurg,* 27(2), 160-166.
5. **S. Ansari, M. F. Amanullah, K. Ahmad, R. K. Rauniyar (2013)**. Pott's Spine: Diagnostic Imaging Modalities and Technology Advancements. *N Am J Med Sci,* 5(7), 404-411.
6. **R. Jain, S. Sawhney, M. Berry (1993).** Computed tomography of vertebral tuberculosis: patterns of bone destruction. *Clin Radiol,* 47(3), 196-199.
7. **P. S. Gehlot, S. Chaturvedi, R. Kashyap, V. Singh (2012)**. Pott's Spine: Retrospective Analysis of MRI Scans of 70 Cases. *J Clin Diagn Res,* 6(9), 1534-1538.
8. **M. Frel, J. Bialecki, J. Wieczorek, et al. (2017).** Magnetic Resonance Imaging in Differentatial Diagnosis of Pyogenic Spondylodiscitis and Tuberculous Spondylodiscitis. *Pol J Radiol,* 82, 71-87.

KHẢO SÁT CHIỀU DÀY LỚP TẾ BÀO HẠCH VÕNG MẠC TRÊN MẮT GLÔCÔM GÓC MỞ NGUYÊN PHÁT BẰNG OCT

Đỗ Tấn[1], Nguyễn Hoàng Lan Hương[2], Phạm Thị Kim Thanh[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm của lớp tế bào hạch + lớp rối trong (ganglion cell–inner plexiform layer

[1]*Bệnh Viện Mắt Trung Ương*
[2]*Đại Học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Tấn
Email: dotan20042005@yahoo.com

Ngày nhận bài: 4.10.2018
Ngày phản biện khoa học: 22.11.2018
Ngày duyệt bài: 28.11.2018

GCIPL) trên mắt glôcôm góc mở nguyên phát bằng máy chụp cắt lớp võng mạc Cirrus HD OCT (Cirrus high-definition Optical Coherence Tomography). **Đối tượng và phương pháp**: Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 69 mắt của 53 bệnh nhân glôcôm góc mở nguyên phát (giai đoạn sơ phát, sớm và tiến triển). Tất cả đều được hỏi bệnh, khám mắt tổng quát, đo khúc xạ, làm thị trường tự động Humphrey 24-2 và đo chiều dày lớp GCIPL bằng máy Cirrus HD OCT. Tổn thương của GCIPL được định nghĩa là: ít nhất 1 góc màu vàng/đỏ trên bảng mã màu hoặc cụm ≥ 10 điểm tổn thương (màu đỏ hoặc vàng) cạnh nhau trên bản đồ độ lệch. **Kết quả**: Chiều dày GCIPL trung bình của 69 mắt glôcôm trong nhóm nghiên cứu là 78,5 ± 8,7 µm. Chiều dày GCIPL giảm từ glôcôm sớm sang tiến triển nhiều nhất là GCIPL ở vị trí mỏng nhất (14,2%) và góc thái dương dưới (9,5%). Tổn thương trên bảng mã màu và bản đồ độ lệch chủ yếu là ở vị trí thái dương dưới. Độ nhạy của bản đồ độ lệch GCIPL là 79,7%, của bản đồ khu vực (bảng mã màu) GCIPL 50,8%. **Kết luận**: Chiều dày GCIPL ở vị trí mỏng nhất và GCIPL góc thái dương dưới là thông số tốt nhất để phát hiện chính xác bệnh glôcôm đặc biệt là giai đoạn sớm. Khả năng chẩn đoán bệnh glôcôm của bản đồ độ lệch GCIPL là cao hơn so với bảng mã màu. Do đó, bản đồ độ lệch có thể xem như dấu hiệu chỉ điểm trong chẩn đoán glôcôm giai đoạn sớm.

Từ khóa: Chiều dày GCIPL, Cirrus HD OCT, glôcôm góc mở

SUMMARY

MACULAR GANGLION CELL - INNER PLEXIFORM LAYER MEASUREMENTS IN GLAUCOMA WITH OPTICAL COHERENCE TOMOGRAPHY

Purpose: To describe the profile of the ganglion cell–inner plexiform layer (GCIPL) thickness measured with Cirrus high-definition optical coherence tomography (Cirrus HD OCT) in primary open-angle glaucoma. **Methods:** Cross-sectional observational study. Sixty-nine primary open-angle glaucoma eyes (53 subjects at early and moderate satges) underwent eye examination including visual field testing and macular cube scanning with Cirrus HD OCT (Carl Zeiss Meditec, Dublin, CA). The presence of a structural abnormality in the GCIPL map was defined as yellow/red color codes in the sector map or a cluster (>10 pixels) of yellow/red pixels in the deviation map. **Results:** The mean GCIPL thicknesses (±SD) of 69 glaucomatous eyes were 78.5 ± 8.7 µm. The minimum and inferior temporal GCIPL thickness decreased the most from early to moderate glaucoma stage (decrease of 14.2% and 9.5%, repectively). The sensitivity of early glaucoma detection in the deviation map and the sector map are 79.7% and 50.8%. **Conclusions:** The minimum and inferior temporal GCIPL thickness showed better glaucoma diagnostic performance than the other parameters especially in early glaucoma. The ability of early glaucoma detection in the deviation map was higher than the sector map and overall thickness.

Key words: GCIPL thickness, Cirrus HD OCT, glaucoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Glôcôm là bệnh của thần kinh thị giác tiến triển mạn tính, đặc trưng bởi sự mất dần các tế bào hạch võng mạc và các sợi trục của chúng [1]. Trước đây, việc chẩn đoán bệnh glôcôm chủ yếu dựa vào đo nhãn áp, đánh giá đĩa thị và đo thị trường, trong đó thị trường được xem như "tiêu chuẩn vàng". Tuy nhiên nhiều nghiên cứu cho thấy có đến 50% sự mất các tế bào hạch xảy ra trước khi có bất cứ khiếm khuyết thị trường nào được phát hiện [2]. Vì vậy việc đánh giá chính xác chiều dày lớp tế bào hạch có thể rất quan trọng trong chẩn đoán sớm glocom.

Ngày nay với sự phát triển vượt bậc của công nghệ chẩn đoán hình ảnh đặc biệt là chụp cắt lớp quang học OCT (Optical Coherence Tomography) có khả năng đánh giá được lớp tế bào hạch võng mạc, lớp sợi thần kinh RNFL (Retinal Nerve Fiber Layer) quanh gai và chiều dày các lớp võng mạc vùng võng mạc trung tâm. Việc giảm chiều dày võng mạc trung tâm được cho là do giảm chiều dày lớp tế bào hạch và có tương quan với chiều dày RNFL và tổn hại thị trường [3]. Tuy nhiên không phải tất cả các lớp võng mạc đều bị ảnh hưởng bởi bệnh glôcôm [4].

Cirrus HD OCT (Cirrus High-Definition OCT) là một thiết bị có thể đo được chiều dày của lớp tế bào hạch và lớp rối trong GCIPL (Ganglion Cell – Inner Plexiform Layer) mà không bao gồm RNFL, vì vậy sẽ ít bị ảnh hưởng bởi sự thay đổi chiều dày RNFL.

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu chứng minh khả năng chẩn đoán chính xác của phép đo GCIPL võng mạc trung tâm bằng Cirrus HD OCT [5]. Vì vậy, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này nhằm góp phần trong việc chẩn đoán bệnh glôcôm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Là những bệnh nhân được chẩn đoán glôcôm góc mở nguyên phát giai đoạn đầu tại Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 12/2014 đến tháng 10/2015.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tuổi ≥ 18**;** Nhãn áp > 21mmHg hoặc có tiền sử NA > 21mmHg đo bằng nhãn áp kế Goldmann; Soi góc tiền phòng mở (soi bằng kính Goldmann); Tổn thương thị trường do glôcôm ở giai đoạn 0-1-2 theo phân loại của Holdapp E., Parrish R.K., Aderson. Nếu tổn hại thị trường giai đoạn 0 hoặc 1 sẽ được ghép lại phân tích chung, gọi là nhóm glôcôm sớm.

*Tiêu chuẩn loại trừ:*Thị lực sau chỉnh kính tối đa < 20/80; Vẩn đục môi trường trong suốt ảnh hưởng đến chất lượng hình ảnh thu được: sẹo giác mạc trung tâm, đục thủy tinh thể nhiều, vẩn đục dịch kính...; Bệnh nhân có tật khúc xạ cầu >5 diop, loạn thị >3 dio; Những bệnh nhân có

các bệnh lý khác của bán phần sau; Glôcôm thứ phát do các nguyên nhân; Bệnh nhân không hợp tác, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Cách thức chụp OCT và biến số nghiên cứu Cirrus HD OCT 5000 chụp vùng võng mạc trung tâm bằng thuật toán Macular Cube 512 x 128 lát cắt đồng thời sử dụng thuật toán phân tích lớp tế bào hạch đo chiều dày lớp tế bào hạch GCL (Ganglion Cells Layer) và lớp tế bào rối trong IPL ở võng mạc trung tâm trong vùng hình elip quanh hoàng điểm. Hình elip này có diện tích 14,13mm^2, đường kính dọc trong là 1mm để loại bỏ vùng hố trung tâm nơi chỉ có tế bào quang thụ, đường kính dọc ngoài là 4 mm bởi ngoài vùng này lớp tế bào hạch mỏng và khó phát hiện.

Các biến số nghiên cứu:

- Chiều dày GCIPL trung bình, chiều dày GCIPL ở vị trí mỏng nhất và các góc: góc mũi trên (Superior Nasal): kí hiệu SN, góc trên (Superior): kí hiệu S, góc thái dương trên (Superior Temporal): kí hiệu ST, góc thái dương dưới (Inferior Temporal): kí hiệu IT, góc dưới (Inferior): kí hiệu I, góc mũi dưới (Inferior Nasal): kí hiệu IN

- Tổn thương GCIPL trên bảng mã màu và trên bản đồ độ lệch.

• Đánh giá tổn thương GCIPL trên bảng mã màu: khi ít nhất 1 trong các góc có màu vàng (95% bất thường) hoặc màu đỏ (99% bất thường) [6]

• Đánh giá tổn thương GCIPL trên bản đồ độ lệch: khi có cụm ≥ 10 điểm tổn thương (màu đỏ hoặc vàng) cạnh nhau và cách vòng giới hạn trong ít nhất 1 điểm [6].

• Phân loại tổn thương GCIPL trên bản đồ độ lệch [6]: thành 3 nhóm

+ Nhóm A: tổn thương hình vòng bao quanh đường giới hạn trong

+ Nhóm B: tổn thương dạng đảo đơn độc

+ Nhóm C: tổn thương hình cung trên 1 nửa hoặc toàn bộ bản đồ

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, cỡ mẫu n = 57 mắt. Xử lý số liệu bằng SPSS 22.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 47,8 ± 13,2. Tỉ lệ nam/ nữ = 38/31. Chiều dày lớp tế bào hạch + lớp rối trong trung bình của 69 mắt glôcôm trong nhóm nghiên cứu là 78,5 ± 8,7µm. Chiều dày GCIPL trung bình giai đoạn sớm là 81,0 ± 7,3µm, giai đoạn tiến triển là 75,2 ± 9,4µm. Sự giảm chiều dày GCIPL giữa 2 giai đoạn này là 5,8µm (tương ứng 7,2%) với p < 0,01. Chiều dày GCIPL ở vị trí mỏng nhất và GCIPL ở cả 6 góc đều giảm rõ rệt và có ý nghĩa thống kê với p đều nhỏ hơn 0,05 (kiểm định T-test) ngoại trừ góc mũi dưới giảm không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Giảm nhiều nhất là GCIPL ở vị trí mỏng nhất (giảm 10,8µm tương ứng với 14,2%), rồi đến góc thái dương dưới (giảm 7,5µm ứng 9,5%). Giảm ít nhất là góc mũi dưới và mũi trên (giảm lần lượt 5,5% và 6,5%).

Đặc điểm tổn thương lớp tế bào hạch trên bảng mã màu: Trong tổng số 69 mắt glôcôm, tỉ lệ GCIPL tổn thương trên bảng mã màu là 50,8% (35 mắt), không tổn thương là 49,2% (34 mắt), trong đó tổn thương GCIPL ở nhóm glôcôm sớm là 13 mắt (33,3%) và nhóm glôcôm tiến triển là 22 mắt (73,3%).

Bảng 1. Vị trí góc GCIPL tổn thương trên bảng mã màu

Giai đoạn	Vị trí góc GCIPL tổn thương trên bảng mã màu						Tổng góc
	SN	S	ST	IT	I	IN	
Sớm	2 (8,3%)	5 (20,8%)	3 (12,5%)	10(41,7%)	4 (16,7%)	0 (0%)	24(100%)
Tiến triển	5 (7,6%)	14(21,2%)	8 (12,1%)	26(39,4%)	8 (12,1%)	5 (7,6%)	66(100%)
Tổng	7 (7,8%)	19(21,1%)	11(12,2%)	36(40,0%)	12(13,3%)	5 (5,6%)	90(100%)

Trong số các mắt tổn hại GCIPL trên bảng mã màu, tổn thương nhiều nhất là ở góc thái dương dưới chiếm dưới chiếm 40% (giai đoạn sớm chiếm 41,7%, giai đoạn tiến triển chiếm 39,4%).

Đặc điểm tổn thương lớp tế bào hạch trên bản đồ độ lệch

Bảng 2. Số mắt tổn thương trên bản đồ độ lệch

Giai đoạn	Tổn thương GCIPL trên bản đồ độ lệch		Tổng
	Có	Không	
Glôcôm sớm	n = 27	n = 12	n = 39
Glôcôm tiến triển	n = 28	n = 2	n = 30
Tổng	n = 55	n = 14	n = 69

Tổng số 69 mắt glôcôm, có 55 mắt (79,7%) tổn thương và 14 mắt (20,3%) không tổn thương trên bản đồ độ lệch. Ngoài ra, trong nghiên cứu của chúng tôi, có 20 mắt tìm thấy tổn thương trên bản đồ độ lệch nhưng lại không có tổn thương trên bảng mã màu.

Bảng 3. Phân loại tổn thương trên bản đồ độ lệch

Tổn thương GCIPL trên bản đồ độ lệch	**Glôcôm sớm**		**Glôcôm tiến triển**		**Tổng**	
	n	%	n	%	n	%
Nhóm A	0	0	0	0	0	0
Nhóm B	22	81,5	13	46,4	35	63,6
Nhóm C	5	18,5	15	53,6	20	36,4
Tổng	**27**	**100**	**28**	**100**	**55**	**100**

Trong số 35 mắt có tổn thương trên bản đồ độ lệch thuộc nhóm B, có 13 mắt (gồm 9 mắt glôcôm sớm, 4 mắt glôcôm tiến triển) tổn hại ở bó đĩa thị hoàng điểm (ứng với vị trí góc trên, góc mũi trên và góc mũi dưới của bản đồ khu vực góc).

IV. BÀN LUẬN

So sánh với thông số chiều dày GCIPL trung bình trên người bình thường của tác giả Đỗ Tấn, N.H.L.Hương 2015 [7], chúng tôi nhận thấy chiều dày GCIPL trung bình giảm có ý nghĩa thống kê ở nhóm bình thường 3,7 µm (tương ứng với giảm 4,4%) so với nhóm glôcôm giai đoạn sớm (p < 0,01, kiểm định T-test). Độ dầy trung bình cũng giảm khi chuyển từ glôcôm giai đoạn sớm sang giai đoạn tiến triển 5,8 µm tương ứng với 7,2%, p < 0,01. Kết quả này thấp hơn của một số tác giả khác [1], [5]. Theo Jin Wook Jeoung và cộng sự năm 2013 nghiên cứu trên 119 mắt bình thường, 164 mắt glôcôm giai đoạn sớm, chiều dày GCIPL trung bình giảm 8,4µm (tương ứng 10,4%), chiều dày GCIPL trung bình giảm 6,5 µm (tương ứng 9,0%) từ giai đoạn sớm sang giai đoạn trung bình đến trầm trọng [1]. Tác giả Mwanza 2011 nghiên cứu 282 mắt bình thường và 26 mắt glôcôm sớm (với độ tuổi trung bình 73,4 ± 11,4), chiều dày GCIPL trung bình giảm 13,6µm, tương ứng giảm 13,6% [8].

Tương tự, chúng tôi nhận thấy chiều dày GCIPL giảm có ý nghĩa thống kê với p < 0,05 ở vị trí mỏng nhất và ở tất cả 6 góc mũi trên, trên, thái dương trên, thái dương dưới, dưới, mũi dưới ở người bình thường so với glôcôm giai đoạn sớm và ở glôcôm giai đoạn sớm sang giai đoạn tiến triển. Chiều dày GCIPL giảm nhiều nhất ở GCIPL mỏng nhất (giảm 5,8% từ bình thường so với glôcôm sớm, giảm 14,2% từ glôcôm sớm sang glôcôm tiến triển)

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của K. Nouri-Mahdavi, chiều dày GCIPL cũng giảm nhiều nhất ở góc thái dương dưới (23%) và GCIPL mỏng nhất (21,4%), giảm ít nhất ở góc mũi trên (13,5%) [5]. Theo Jin Wook Jeoung và cộng sự, chiều dày GCIPL trung bình, GCIPL ở vị trí mỏng nhất và các góc giảm có ý nghĩa thống kê ở glôcôm giai đoạn sớm so với glôcôm giai đoạn tiến triển (p < 0,01, kiểm định T-test). Trong đó giảm nhiều nhất là GCIPL ở vị trí mỏng nhất 8,2µm (13,4%), rồi đến góc thái dương dưới và thái dương trên (tương ứng 11,2% và 10,9%), giảm ít nhất ở góc mũi trên 5,3 µm (6,7%). Như vậy, sự tổn hại phần lớn lớp tế bào hạch + lớp rối trong xảy ra ở vị trí thái dương dưới và góc dưới nhiều hơn so với các góc còn lại, trong đó góc thái dương dưới là nơi xảy ra tổn thương lớp tế bào hạch nhiều hơn, sớm hơn và thường gặp hơn [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, giá trị GCIPL ở vị trí mỏng nhất là chỉ số nhạy cảm với sự mất tế bào hạch trung tâm, đó là thông số tốt nhất để phát hiện chính xác bệnh glôcôm đặc biệt là giai đoạn sớm. Để giải thích điều này, chúng tôi cho rằng sự tiến triển bệnh glôcôm xảy ra tập trung và có sự khác biệt trong khu vực dễ bị tổn thương do glôcôm, và điều này có bị ảnh hưởng bởi GCIPL trung bình và các góc. Trung bình các giá trị chiều dày thu được trong các thông số trung bình hoặc các góc có thể che lấp sự thay đổi khu vực GCIPL dễ bị tổn hại do glôcôm. Thông số chiều dày GCIPL ở vị trí mỏng nhất không phụ thuộc vào độ dày trung bình của từng vùng, vì vậy chỉ số này có thể có độ nhạy cao hơn giá trị trung bình [8].

Trong tổng số 69 mắt glôcôm, tỉ lệ GCIPL tổn thương trên bảng mã màu là 50,8% (35 mắt), tổn thương nhiều nhất là ở góc thái dương dưới chiếm 40%, rồi đến góc trên 21,1%, góc dưới 13,3%, góc thái dương trên 12,2%, mũi trên 7,8% và mũi dưới 5,6%. Các kết quả này rất phù hợp với kết quả về chỉ số chiều dày GCIPL ở trên khi chiều dày GCIPL góc thái dương dưới là nơi tổn hại sớm nhất và nhiều nhất trong bệnh glôcôm.

Khả năng phát hiện bệnh glôcôm của bản đồ độ lệch (độ nhạy 79,7%) cao hơn bản đồ khu vực (bảng mã màu) GCIPL(độ nhạy là 50,8%). Ngoài ra, trong nghiên cứu của chúng tôi, trên tổng số 34 mắt không có tổn thương trên bảng mã màu, có 20 mắt tìm thấy tổn thương trên bản đồ độ lệch. Điều này có thể được giải thích bởi tính chất của phân tích theo góc. Trong thuật toán phân tích GCIPL của Cirrus HD OCT, võng mạc trung tâm được tự phân chia thành 6 góc phần sáu, và các góc này không tuân theo phân bố giải phẫu của GCIPL mà theo chỉ số trung

bình của hàng nghìn các điểm ảnh trong góc đó do vậy độ nhạy sẽ kém hơn.

Mặc dù rất nhiều nghiên cứu đã chứng minh tổn thương GCIPL góc thái dương dưới là tổn hại sớm nhất và nhiều nhất [1], [5]. Tuy nhiên, chúng tôi nhận thấy trong số 35 mắt có tổn thương trên bản đồ độ lệch thuộc nhóm B, có 13 mắt (bao gồm 9 mắt glôcôm sớm, 4 mắt glôcôm tiến triển) tổn hại ở bó đĩa thị hoàng điểm (ứng với vị trí góc trên, góc mũi trên và góc mũi dưới của bản đồ khu vực góc). Điều này gợi ý rằng những tổn hại bó đĩa thị - hoàng điểm của võng mạc trung tâm trong giai đoạn sớm của glôcôm là khá phổ biến [4]. Nhiều bằng chứng cho thấy, những tổn hại glôcôm sớm vùng hoàng điểm là rõ ràng và đã được đề cập trong các tài liệu ít nhất từ 40 năm nay.

V. KẾT LUẬN

Chiều dày GCIPL ở vị trí mỏng nhất và GCIPL góc thái dương dưới có thể là thông số tốt nhất để phát hiện tổn thương bệnh glôcôm. Khả năng chẩn đoán bệnh glôcôm của bản đồ độ lệch GCIPL là cao hơn so với bảng mã màu và bản đồ độ lệch có thể xem như dấu hiệu chỉ điểm trong chẩn đoán glôcôm giai đoạn sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **J. W. Jeoung, Y. J. Choi, K. H. Park và các cộng sự. (2013),** "Macular ganglion cell imaging study: glaucoma diagnostic accuracy of spectral-domain optical coherence tomography", *Invest Ophthalmol Vis Sci*, **54(7)**, tr. 4422-9.
2. **R. S. Harwerth, L. Carter-Dawson, F. Shen và các cộng sự. (1999),** "Ganglion cell losses underlying visual field defects from experimental glaucoma", *Invest Ophthalmol Vis Sci*, **40(10)**, tr. 2242-50.
3. **D. S. Greenfield, H. Bagga và R. W. Knighton (2003),** "Macular thickness changes in glaucomatous optic neuropathy detected using optical coherence tomography", *Arch Ophthalmol*, **121(1)**, tr. 41-6.
4. **D. C. Hood, A. S. Raza, C. G. de Moraes và các cộng sự. (2013),** "Glaucomatous damage of the macula", *Prog Retin Eye Res*, **32**, tr. 1-21.
5. **K. Nouri-Mahdavi, S. Nowroozizadeh, N. Nassiri và các cộng sự. (2013),** "Macular ganglion cell/inner plexiform layer measurements by spectral domain optical coherence tomography for detection of early glaucoma and comparison to retinal nerve fiber layer measurements", *Am J Ophthalmol*, **156(6)**, tr. 1297-1307 e2.
6. **K. E. Kim, J. W. Jeoung, K. H. Park và các cộng sự. (2015),** "Diagnostic classification of macular ganglion cell and retinal nerve fiber layer analysis: differentiation of false-positives from glaucoma", *Ophthalmology*, **122(3)**, tr. 502-10.
7. **Nguyễn Hoàng Lan Hương và Đỗ Tấn (2015),** "Khảo sát chiều dày lớp tế bào hạch võng mạc trên mắt người trưởng thành bình thường bằng OCT", *Tạp chí Nhãn khoa Việt Nam*, **40(1859 - 395X)**, tr. 43 - 49.
8. **K. Takayama, M. Hangai, M. Durbin và các cộng sự. (2012),** "A novel method to detect local ganglion cell loss in early glaucoma using spectral-domain optical coherence tomography", *Invest Ophthalmol Vis Sci*, **53(11)**, tr. 6904-13.

SO SÁNH HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ SANDOSTATIN ĐƠN ĐỘC VÀ PHỐI HỢP VỚI THẮT VÒNG CAO SU TRONG CẦM MÁU DO VỠ TĨNH MẠCH THỰC QUẢN CẤP

Đồng Đức Hoàng*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Xuất huyết do vỡ tĩnh mạch thực quản là biến chứng thường gặp và rất nguy hiểm ở bệnh nhân xơ gan. Để điều trị có hiệu quả thường phải phối hợp nhiều phương pháp và điều trị một cách tích cực **Mục tiêu:** So sánh hiệu quả điều trị sandostatin đơn độc và phối hợp với thắt vòng cao su trong cầm máu do vỡ tĩnh mạch thực quản cấp. **Phương pháp:** 193 bệnh nhân xuất huyết cấp do vỡ tĩnh mạch thực quản được chọn ngẫu nhiên, chia thành 2 nhóm: nhóm 1 điều trị bằng sandostatin đơn độc, nhóm 2 điều trị bằng sandostatin phối hợp với thắt các búi giãn bằng vòng cao su. Theo dõi trong 4 tuần sau xuất huyết, so sánh hiệu quả cầm máu ở 2 nhóm. **Kết quả:** Phân loại Child C có tỉ lệ cao nhất ở nhóm sandostatin là 60.0%, nhóm phối hợp là 56.2%. Tỉ lệ xuất huyết tiêu hóa mức độ nặng ở nhóm sandostatin là 23.3%, nhóm phối hợp là 10.7%. Tỉ lệ giãn TMTQ độ 3 ở nhóm sandostatin là 56.7%, thấp hơn so với nhóm phối hợp là 73.8%. Tỉ lệ số búi giãn từ 4-6 búi ở nhóm sandostatin là 20%, nhóm phối hợp là 44.7%. Tỉ lệ xuất huyết tái phát ở nhóm Sandostatin là 33.3%, xuất huyết tái phát ở nhóm phối hợp là 13.6%; Tỉ lệ cầm máu sau điều trị bằng sandostatin là 66.7%, tỉ lệ cầm máu ở nhóm phối hợp là 86.4%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0.001. Tỉ lệ xuất huyết tái phát trong vòng 5 ngày ở nhóm sandostatin là 23.3%, ở nhóm phối hợp không có trường hợp nào; XHTP trong thời gian từ 5 ngày đến 2 tuần ở nhóm sandostatin là 3.3%, ở nhóm phối

*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Đồng Đức Hoàng

Email: Drhoang85@gmail.com

Ngày nhận bài: 28.9.2018

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2018

Ngày duyệt bài: 23.11.2018

hợp là 1%; XHTP trong thời gian 2 đến 4 tuần ở nhóm sandostatin là 6.7%, ở nhóm phối hợp là 12.6%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0.001. Tỉ lệ tử vong sau điều trị ở nhóm sandostatin là 20%, tỉ lệ tử vong ở nhóm phối hợp là 5.8%; điều trị thành công ở nhóm sandostatin là 80%, điều trị thành công ở nhóm phối hợp là 94.2%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0.003. **Kết luận:** Phối hợp thắt bằng vòng cao su với điều trị nội khoa có hiệu quả tốt trong điều trị xuất huyết do vỡ TMTQ, tỉ lệ xuất huyết tái phát và tử vong do xuất huyết tái phát thấp.

Từ khóa: Thắt vòng cao su, xuất huyết cấp do vỡ tĩnh mạch thực quản

SUMMARY

COMPARISON BETWEEN SANDOSTATIN ALONE AND COMBINED WITH BAND LIGATION FOR HEMOSTASIS OF ACUTE VARICEAL BLEEDING

Background Bleeding from the esophageal varices (EV) is common and dangerous complication in cirrhosis patients. Effective treatment often involves a combination of multi method treatments. **Objective:** Compare the efficacy of sandostatin alone and combination with endoscopic band ligation (EBL) to treat acute variceal bleeding. **Methods:** 193 acute variceal bleeding patients were randomly chosen into study, divided into 2 groups: Group 1 treated by sandostatin alone, group 2 treated by sandostatin combined with endoscopic band ligation. Followed up for 4 weeks, compare the efficacy of hemostasis. **Results:** Rate of Child-Pugh C in group 1 is 60.0%, in group 2 is 56.2%. Rate of severe bleeding in group 1 is 23.3%, group 2 is 10.7%. Size of EV F3 in group 1 is 56.7%, in group 2 is 73.8%. Number of 4-6 EVs in group 1 is 20%, in group 2 is 44.7%. Rate of rebleeding in group 1 is 33.3%, in group 2 is 13.6%; rate of free rebleeding in group 1 is 66.7%, in group 2 is 86.4%, p = 0.001. Rate of rebleeding within 5 days in group 1 is 23.3%, 0% in group 2, rate of rebleeding from 5 days to 2 weeks in group 1 is 3.3%, in group 2 is 1%; rate of rebleeding from 2 weeks to 4 weeks in group 1 is 6.7%, in group 2 is 12.6%, p=0.001. Rate of mortality in group 1 is 20%, in group 2 is 5.8%, rate of success after treatment in group 1 is 80%, in group 2 is 94.2%, p = 0.003. **Conclusion:** Combination of sandostatin and endoscopic band ligation have more efficacy than drug alone for hemostasis of acute variceal bleeding.

Keyword: Endoscopic Band Ligation, Acute Variceal Bleeding

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa cấp do vỡ các búi giãn tĩnh mạch thực quản (TMTQ) ở các bệnh nhân xơ gan là một biến chứng gây ra bởi tình trạng tăng áp lực tĩnh mạch cửa. Khi mất máu quá nhiều mà không đáp ứng với điều trị sẽ dẫn đến tình trạng trụy mạch gây tử vong. Biến chứng này đặc biệt nặng ở các bệnh nhân xơ gan mất bù. Một số nghiên cứu chỉ ra rằng tỉ lệ tử vong trong thời gian ngắn là 50% với các trường hợp xuất huyết cấp không được kiểm soát và tái xuất huyết cấp là nguyên nhân chính dẫn đến tử vong [5].

Hiện nay kết quả điều trị các trường hợp xuất huyết cấp do vỡ tĩnh mạch thực quản đã có sự cải thiện nhờ các phương pháp điều trị kết hợp giữa thuốc (thuốc cầm máu, thuốc kháng sinh dự phòng, thuốc dự phòng tái xuất huyết) và nội soi can thiệp (thắt vòng cao su các búi giãn tĩnh mạch, tiêm xơ các búi giãn) [2]. Để nội soi thắt búi giãn tĩnh mạch thực quản đạt hiệu quả cao thì việc điều trị hồi sức và cầm máu ban đầu cũng rất quan trọng. Nếu chỉ điều trị bằng thuốc đơn thuần thì có tác dụng cải thiện chức năng gan, làm giảm áp lực tĩnh mạch cửa bằng cách giúp tuần hoàn qua gan tốt hơn, làm giảm lượng máu đến tĩnh mạch cửa. Nhưng ở một số lớn các bệnh nhân tĩnh mạch thực quản giãn quá mức thuốc không có tác dụng làm xẹp búi giãn mà bắt buộc phải thắt các búi giãn bằng vòng cao su đặc biệt ở các bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa cấp. Mục tiêu của nghiên cứu là: *So sánh hiệu quả điều trị sandostatin đơn độc và phối hợp với thắt vòng cao su trong cầm máu do vỡ tĩnh mạch thực quản cấp.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1.Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân xơ gan có biến chứng xuất huyết tiêu hóa do vỡ búi giãn tĩnh mạch thực quản.

- Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân không làm thủ thuật nội soi được, bệnh nhân dị ứng với thuốc, bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 5 năm 2014 đến tháng 5 năm 2018

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu can thiệp lâm sàng có đối chứng, theo dõi dọc.

2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:

*Công thức cỡ mẫu: sử dụng công thức tính cỡ mẫu ước tính 1 tỉ lệ của quần thể:

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

Trong đó:

- p = 0,77 (theo nghiên cứu của tác giả Gustavo Oliveira Luz, tỉ lệ cầm máu sau điều trị bằng thắt vòng cao su là 77% [8]).

- $Z^2_{(1-\alpha/2)}$: hệ số giới hạn tin cậy, chọn mức tin cậy 95% → $Z^2_{(1-\alpha/2)}$ =1,96

- d: độ chính xác mong muốn, chọn d= 0,1

Áp dụng công thức tính:

$$n = 1{,}96^2 x \frac{0{,}77(1-0{,}77)}{0{,}1^2} = 3{,}8416x\frac{0{,}77x0{,}23}{0{,}01} = 68{,}03$$

Chúng tôi chọn ngẫu nhiên được 90 bệnh nhân vào nhóm điều trị bằng sandostatin đơn độc và 103 bệnh nhân vào nhóm điều trị bằng sandostatin phối hợp thắt vòng.

2.5. Chỉ tiêu nghiên cứu

*Đặc điểm chung: tuổi; giới tính (nam/nữ).

*Chỉ tiêu lâm sàng:

- Nguyên nhân xơ gan: do rượu, do virus, không rõ nguyên nhân (biến định tính)
- Đo huyết áp, đếm mạch (biến định lượng)
- Khám cổ trướng (biến định tính)

*Chỉ tiêu cận lâm sàng:

- Huyết học: Tiểu cầu, thời gian Prothrombin; Sinh hóa: AST (GOT), ALT (GPT), Bilirubin toàn phần, Albumin, NH3 (biến định lượng).

+ Tiểu cầu bình thường từ 200-400 G/l

+ Thời gian Prothrombin bình thường > 70%.

+ ALT (GPT) bình thường là < 40 IU/37°C

+ AST (GOT) bình thường là < 37 IU/37°C

+ Bilirubin toàn phần máu bình thường < 17,1 µmol/l.

+ Albumin máu bình thường từ 35-50 g/l.

+ NH3 máu bình thường < 55 µmol/l.

+ Đánh giá bệnh lí gan mất bù theo bảng điểm Child Pugh 1991.

- Nội soi thực quản – dạ dày (biến định tính):

+ Độ giãn TMTQ, số búi giãn.

2.6. Kỹ thuật thu thập số liệu

- Mỗi bệnh nhân có một bệnh án theo mẫu bệnh án chung thống nhất.
- Thời gian thu thập số liệu được tính từ lúc bệnh nhân nhập viện điều trị cho đến hết thời gian theo dõi. Mỗi bệnh nhân được khám bệnh, xét nghiệm và nội soi khi điều trị tại bệnh viện:
- Khám lâm sàng: Tất cả các bệnh nhân được khai thác tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng.
- Cận lâm sàng: lấy máu tĩnh mạch 2ml vào mỗi ống nghiệm có chất chống đông làm các xét nghiệm công thức máu và đông máu. Lấy 2,5 ml máu tĩnh mạch vào một ống nghiệm không có chất chống đông làm xét nghiệm sinh hóa.

+ Xét nghiệm công thức máu, tỉ lệ prothrombin được thực hiện trên hệ thống máy xét nghiệm Laser, tại khoa Huyết học Bệnh viện TƯ Thái Nguyên.

+ Đo hoạt độ AST (GOT), ALT (GPT), định lượng Bilirubin toàn phần, Albumin, NH3 máu được thực hiện trên máy sinh hóa tự động AU 640 của hãng Olympus, tại khoa Hóa sinh Bệnh viện TƯ Thái Nguyên.

- Nội soi thực quản – dạ dày tại khoa Thăm dò chức năng bằng hệ thống máy Fujinon EPX-2500 – Fujifilm.

2.7. Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Sandostatin		Sandostatin + Thắt vòng	
		N (90)	%	N (103)	%
Tuổi		48.8 ± 9.1		51.7 ± 9.6	
Giới	Nam	87	96.7	99	96.1
	Nữ	3	3.3	4	3.9
Nguyên nhân	Do rượu	57	63.3	92	89.3
	Do Virus B	24	26.7	6	5.8
	Do Virus C	9	10	2	1.9
	Không rõ	0	0	3	2.9

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm sandostatin là 48.8 ± 9.1, nhóm phối hợp là 51.7 ± 9.6. Tỉ lệ về giới của nhóm sandostatin: nam 96.7%, nữ 3.3%, nhóm phối hợp: nam 96.1%, nữ 3.9%.

Bảng 2: Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Sandostatin (90) n,%	Sandostatin + Thắt (103) n,%
Số lượng tiểu cầu		135.1 ± 63.2	114.3 ±72.9
Albumin		28.6 ± 6.6	29.8 ± 5.7
Bilirubin toàn phần		44.4 ± 32.1	34.6 ± 28.8
Prothrombin		50.4 ± 15.7	70.1 ± 16.5
Điểm Child-Pugh		9.8 ± 2.2	9.5 ± 2.4
Phân loại Child-Pugh	Độ A	6 (6.7)	5 (4.9)
	Độ B	30 (33.3)	40 (38.9)
	Độ C	54 (60.0)	58 (56.2)
Hemoglobin		81.5 ± 24.0	88.1 ± 25.8

Mức độ XHTH	Nhẹ	33 (36.7)	45 (43.7)
	Vừa	36 (40.0)	47 (45.6)
	Nặng	21 (23.3)	11 (10.7)

Nhận xét: Điểm Child trung bình của nhóm sandostatin là 9.8 ± 2.2, nhóm phối hợp là 9.5 ± 2.4. Phân loại Child C có tỉ lệ cao nhất ở nhóm sandostatin là 60.0%, nhóm phối hợp là 56.2%.

Bảng 3: Đặc điểm nội soi của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		**Sandostatin**		**Sandostatin + Thắt**	
		n(90)	%	n(103)	%
Độ giãn TMTQ	Độ 3	51	56.7	76	73.8
	Độ 2	39	43.3	27	26.2
	Độ 1	0	0	0	0
Số búi giãn TMTQ	1-3 búi	48	53.3	29	28.2
	4-6 búi	18	20	46	44.7
	Rất nhiều búi	24	26.7	28	27.2

Nhận xét: Tỉ lệ giãn TMTQ độ 3 ở nhóm sandostatin là 56.7%, thấp hơn so với nhóm phối hợp là 73.8%. Tỉ lệ số búi giãn từ 4-6 búi ở nhóm sandostatin là 20%, nhóm phối hợp là 44.7%.

Bảng 4: Tình trạng xuất huyết tái phát sau điều trị

Đặc điểm	**Sandostatin**		**Sandostatin + Thắt**		**p**
	n(90)	%	n(103)	%	
Không XHTP	60	66.7	89	86.4	0.001
Có XHTP	30	33.3	14	13.6	
Tổng	**90**	**100**	**103**	**100**	

Nhận xét: Tỉ lệ xuất huyết tái phát ở nhóm Sandostatin là 33.3%, xuất huyết tái phát ở nhóm phối hợp là 13.6%; Tỉ lệ cầm máu sau điều trị bằng sandostatin là 66.7%, tỉ lệ cầm máu ở nhóm phối hợp là 86.4%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0.001.

Bảng 5: Thời gian xuất huyết tái phát sau điều trị

Đặc điểm	**Sandostatin**		**Sandostatin + Thắt**		**p**
	n(90)	%	n(103)	%	
Không XHTP	60	66.7	89	86.4	0.001
< 5 ngày	21	23.3	0	0	
5 – 14 ngày	3	3.3	1	1.0	
15 – 30 ngày	6	6.7	13	12.6	
Tổng	**90**	**100**	**14**	**100**	

Nhận xét: Tỉ lệ xuất huyết tái phát trong vòng 5 ngày ở nhóm sandostatin là 23.3%, ở nhóm phối hợp không có trường hợp nào; XHTP trong thời gian từ 5 ngày đến 2 tuần ở nhóm sandostatin là 3.3%, ở nhóm phối hợp là 1%; XHTP trong thời gian 2 đến 4 tuần ở nhóm sandostatin là 6.7%, ở nhóm phối hợp là 12.6%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0.001.

Bảng 6: Tình trạng tử vong sau điều trị

Đặc điểm	**Sandostatin**		**Sandostatin + Thắt**		**p**
	n(90)	%	n(103)	%	
Không tử vong	72	80	97	94.2	0.003
Có tử vong	18	20	6	5.8	
Tổng	**90**	**100**	**103**	**100**	

Nhận xét: Tỉ lệ tử vong sau điều trị ở nhóm sandostatin là 20%, tỉ lệ tử vong ở nhóm phối hợp là 5.8%; điều trị thành công ở nhóm sandostatin là 80%, điều trị thành công ở nhóm phối hợp là 94.2%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0.003.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi thấy rằng: Tuổi trung bình của nhóm sandostatin là 48.8 ± 9.1, nhóm phối hợp là 51.7 ± 9.6. Bệnh nhân xơ gan mất bù có biến chứng thường gặp ở độ tuổi trung niên. Nghiên cứu của Tzong Hsi Lee thấy tuổi trung bình ở nhóm 1 là 54.71 ± 12.39, tuổi trung bình của nhóm 2 là 49.97 ± 8.81 [7]. Tỉ lệ về giới của nhóm sandostatin: nam 96.7%, nữ 3.3%, nhóm phối hợp: nam 96.1%, nữ 3.9%. Vẫn theo nghiên cứu của Tzong Hsi Lee tỉ lệ nam giới ở 2 nhóm lần lượt là 92% và 88%. Nguyên nhân gây bệnh ở nhóm sandostatin cao nhất là do rượu có tỉ lệ 63.3%, ở nhóm phối hợp cao nhất cũng là do rượu có tỉ lệ 89.3% [7].

Điểm Child trung bình của nhóm sandostatin là 9.8 ± 2.2, nhóm phối hợp là 9.5 ± 2.4. Tỉ lệ giãn TMTQ độ 3 ở nhóm sandostatin là 56.7%,

thấp hơn so với nhóm phối hợp là 73.8%. Theo nghiên cứu của Su Jin Kim tỉ lệ bệnh nhân có giãn tĩnh mạch thực quản độ 3 ở các bệnh nhân xuất huyết cấp là 50% [6]. Theo nghiên cứu của Dmitry Victorovich Garbuzenko hiện nay khuyến cáo nên phối hợp điều trị giữa thuốc vasoactive (somatostatin hoặc terlipressin) và nội soi can thiệp (thắt vòng cao su các búi giãn tĩnh mạch là lựa chọn đầu tiên, tiêm xơ các búi giãn nếu không thể thắt vòng cao su được) cho điều trị ban đầu với các trường hợp xuất huyết tiêu hóa cấp do vỡ tĩnh mạch thực quản. Để nâng cao hiệu quả điều trị tác giả khuyến cáo nên phân loại các bệnh nhân theo nhóm yếu tố nguy cơ [4]. Nghiên cứu của chúng tôi thấy tỉ lệ số búi giãn từ 4-6 búi ở nhóm sandostatin là 20%, nhóm phối hợp là 44.7%, nhóm phối hợp có số búi giãn nhiều chiếm tỉ lệ cao hơn nhóm điều trị thuốc đơn thuần. Vì thực tế thuốc đơn thuần cũng làm giảm kích thước các búi giãn nhưng khi số búi giãn tăng lên, thắt vòng cao su là phương pháp nhanh hơn để làm giảm số búi giãn tĩnh mạch.

Mục đích của thuốc điều trị trong trường hợp xuất huyết là giảm dòng máu từ lách là giảm áp lực tĩnh mạch cửa. Liều khuyến cáo là tiêm khởi đầu 1 liều đường tĩnh mạch sau đó truyền duy trì tĩnh mạch [1]. Sau điều trị chúng tối thấy tỉ lệ xuất huyết tái phát ở nhóm Sandostatin là 33.3%, xuất huyết tái phát ở nhóm phối hợp là 13.6%; Tỉ lệ cầm máu sau điều trị bằng sandostatin là 66.7%, tỉ lệ cầm máu ở nhóm phối hợp là 86.4%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0.001. Qua đây có thể thấy điều trị phối hợp làm giảm tỉ lệ xuất huyết tái phát, hiệu quả cầm máu ở nhóm điều trị phối hợp cũng cao hơn.

Trong vòng 5 ngày đầu sau điều trị tỉ lệ xuất huyết tái phát ở nhóm sandostatin là 23.3%, ở nhóm phối hợp không có trường hợp nào; XHTP trong thời gian từ 5 ngày đến 2 tuần ở nhóm sandostatin là 3.3%, ở nhóm phối hợp là 1%; XHTP trong thời gian 2 đến 4 tuần ở nhóm sandostatin là 6.7%, ở nhóm phối hợp là 12.6%, tỉ lệ điều trị xuất huyết thành công ở nhóm thuốc đơn thuần là 66.7%, những sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0.001. Theo công bố của tác giả Brett E Fortune tỉ lệ điều trị xuất huyết tiêu hóa thành công trong vòng 5 ngày điều trị bằng somatostatin là 83.4%, điều trị bằng octreotid là 83.8%[3].

Theo dõi bệnh nhân trong vòng 30 ngày đầu chúng tôi thu thập được tỉ lệ tử vong sau điều trị ở nhóm sandostatin là 20%, tỉ lệ tử vong ở nhóm phối hợp là 5.8%; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0.003. Theo công bố của Brett E Fortune sự hiệu quả của điều trị phối hợp nội soi và thuốc co mạch cho thấy tỉ lệ sống trong 6 tuần đầu là 88%. Trong khi nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ sống ở nhóm phối hợp là 94.2%, còn tỉ lệ sống ở nhóm sandostatin đơn thuần thấp hơn với 80% [3]. Nghiên cứu của Gustavo Oliveira Luz với bệnh nhân điều trị bằng thắt vòng đơn thuần, trong 6 tuần đầu tỉ lệ sống ở bệnh nhân là 77% [8].

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ về giới của nhóm sandostatin: nam 96.7%, nữ 3.3%, nhóm phối hợp: nam 96.1%, nữ 3.9%.

Tỉ lệ cầm máu sau điều trị bằng sandostatin là 66.7%, tỉ lệ cầm máu ở nhóm phối hợp là 86.4%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0.001.

Tỉ lệ cầm máu điều trị bằng sandostatin là 66.7%, ở nhóm phối hợp là 86.4%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0.001.

Tỉ lệ sống ở nhóm sandostatin là 80%, ở nhóm phối hợp là 94.2%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0.003.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Erwin Biecker (2013),** "Portal hypertension and gastrointestinal bleeding: diagnosis, prevention and management", *World J Gastroenterol. 2013 Aug 21;19 (31):5035-50. doi: 10.3748/ wjg.v19.i31.5035.*
2. **Andrés Cárdenas (2014)**, "Endoscopic band ligation and esophageal stents for acute variceal bleeding", *Clin Liver Dis. 2014 Nov;18(4):793-808. doi: 10.1016/j.cld.2014.07.003. Epub 2014 Aug 22.*
3. **Brett E Fortune (2014),** "Combination of splanchnic vasoconstrictors and endoscopic band ligation is an effective treatment strategy for acute variceal hemorrhage; but how do we get those drugs approved by the FDA?", *Hepatology. 2014 Sep;60(3):789-91. doi: 10.1002/hep.27080. Epub 2014 Jul 28.*
4. **Dmitry Victorovich Garbuzenko (2016),** "Current approaches to the management of patients with liver cirrhosis who have acute esophageal variceal bleeding", *Curr Med Res Opin. 2016;32(3):467-75. doi: 10.1185/ 03007995. 2015.1124846. Epub 2016 Jan 25.*
5. **Yao Chun Hsu (2011),** "Application of Endoscopy in Improving Survival of Cirrhotic Patients with Acute Variceal Hemorrhage", *Int J Hepatol. 2011;2011:893973. doi: 10.4061/2011/893973. Epub 2011 Jul 21.*
6. **Su Jin Kim (2016),** "Emergency endoscopic variceal ligation in cirrhotic patients with blood clots in the stomach but no active bleeding or stigmata increases the risk of rebleeding", *Clin Mol Hepatol. 2016 Dec;22(4):466-476. doi: 10.3350/cmh.2016.0063. Epub 2016 Dec 25.*
7. **Tzong Hsi Lee (2016)**, "Similar rebleeding rate in 3-day and 7-day intravenous ceftriaxone prophylaxis for patients with acute variceal bleeding", *J Formos Med Assoc. 2016 Jul;115(7):547-52. doi: 10.1016/ j.jfma. 2016.01.006. Epub 2016 Feb 15.*
8. **Gustavo Oliveira Luz (2011)**, "Comparison between endoscopic sclerotherapy and band ligation for hemostasis of acute variceal bleeding",

World J Gastrointest Endosc. 2011 May 16;3(5):95-100. doi: 10.4253/wjge.v3.i5.95.

PHÂN TÍCH DANH MỤC THUỐC SỬ DỤNG VÀ DANH MỤC THUỐC TRÚNG THẦU TẠI MỘT BỆNH VIỆN ĐA KHOA TUYẾN HUYỆN VIỆT NAM

Hà Văn Thúy[1], Nguyễn Thị Song Hà[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh danh mục thuốc trúng thầu và danh mục thuốc sử dụng tại BVĐK huyện Thanh Oai, TP. Hà Nội. ***Phương pháp:*** Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang để phân tích danh mục thuốc trúng thầu và danh mục thuốc sử dụng theo nhóm thuốc được quy định tại Thông tư số 11/2016/TT-BYT, theo nguồn gốc sản xuất và theo nhóm tác dụng dược lý. ***Kết quả:*** Tỷ lệ sử dụng/trúng thầu về số khoản mục và giá trị lần lượt là 95,9% và 102,0%. So sánh cơ cấu thuốc hai danh mục theo nguồn gốc sản xuất, thuốc sản xuất trong nước có tỷ lệ sử dụng/trúng thầu về số khoản mục là 97,9% và về giá trị là 104,1%, trong khi đó, đối với thuốc nhập khẩu, tỷ lệ này đạt 93,4% về số khoản mục và 100,7% về giá trị. So sánh theo nhóm điều trị, tỷ lệ sử dụng/trúng thầu về số khoản mục và giá trị dao động trong khoảng 0,0% đến 119,7%.

Từ khóa: Thanh Oai, đấu thầu, thuốc trúng thầu, thuốc sử dụng, bệnh viện giao thông vận tải trung ương.

SUMMARY

ANALYSIS THE LIST OF THE PROCUREMENT AND THE LIST OF USED DRUGS IN A DISTRICT GENERAL HOSPITAL IN VIETNAM

Objective: To compare the list of winning bid drugs and the list of used drugs at Thanh Oai General hospital, Hanoi. ***Methods:*** A cross-sectional study was carried out to categorize and analyze the list of bid winning drugs and list of used drugs under drug categorization in Circular No.11/2016/TT-BYT, the countries of origins and pharmacological groups. ***Results:*** The percentage of the quantity and cost of used drugs compared to bid winning drugs were 95.9% and 102.0% respectively. Regarding the countries of origins, the percentage of quantity and cost of used domestic drugs compare to bid winning domestic drugs were 97.9% and 104.1, while the figures for imported drugs were 93.4% and 100.7%. With regard to pharmacological classification, the proportion of quantity and cost of used drugs compare to bid winning drugs fluctuated from 0.0% to 119.7%.

Keyword: Thanh Oai, procurement, bidding, use of medication, transport hospital joint stock company.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuốc đóng vai trò quan trọng trong công tác chăm sóc sức khỏe nhân dân, đặc biệt trong lĩnh vực khám chữa bệnh (KCB). Việc cung ứng thuốc kịp thời, đầy đủ với chất lượng tốt, giá cả hợp lý là nhiệm vụ hàng đầu của các cơ sở y tế. Để làm tốt điều này, các cơ sở y tế cần làm tốt công tác quản lý, cung ứng đặc biệt là mua sắm và sử dụng thuốc. Đấu thầu thuốc là một trong những hình thức mua sắm giúp đảm bảo tính minh bạch, công bằng và hiệu quả, đã và đang được các cơ sở y tế áp dụng. Trong những năm gần đây, có nhiều thay đổi trong quy định liên quan đến hoạt động đấu thầu thuốc. Do đó, hoạt động đấu thầu cần phải được nghiên cứu và đánh giá.

Bệnh viện đa khoa (BVĐK) huyện Thanh Oai là một bệnh viện hạng III trực thuộc Sở Y tế Hà Nội. Bệnh viện có nhiệm vụ KCB cho nhân dân toàn huyện Thanh Oai và một số vùng lân cận. Đến nay vẫn chưa có nghiên cứu nào đánh giá thực trạng đấu thầu và sử dụng thuốc tại bệnh viện Thanh Oai. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu so sánh danh mục thuốc trúng thầu và danh mục thuốc sử dụng năm 2016 tại BVĐK huyện Thanh Oai. Từ kết quả nghiên cứu, đề tài sẽ đưa ra một số kiến nghị nhằm nâng cao chất lượng công tác đấu thầu, sử dụng và cung ứng thuốc tại bệnh viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Danh mục thuốc (DMT) trúng thầu của BVĐK huyện Thanh Oai thuộc Sở Y tế Hà Nội năm 2016: DMT trúng thầu tập trung tại SYT Hà Nội và DMT trúng thầu do bệnh viện tự tổ chức đấu thầu. DMT sử dụng theo kết quả đấu thầu năm 2016 tại BVĐK huyện Thanh Oai.

2.2. Thiết kế nghiên cứu nghiên cứu: Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang để mô tả và đánh giá thực trạng đấu thầu và sử dụng thuốc tại bệnh viện.

2.3. Phương pháp thu thập và phân tích số liệu: Số liệu được thu thập bằng phương pháp hồi cứu dựa trên danh mục thuốc trúng thầu và DMT sử dụng năm 2016 tại BVĐK Thanh Oai. Nghiên cứu so sánh cơ cấu thuốc về số khoản mục (SKM) và giá trị theo gói thầu, theo xuất xứ thuốc và theo nhóm tác dụng dược lý.

[1]*Bộ Y Tế*
[2]*Trường Đại học Dược Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Hà Văn Thúy
Email: hvthuy@yahoo.com
Ngày nhận bài: 28.9.2018
Ngày phản biện khoa học: 20.11.2018
Ngày duyệt bài: 26.11.2018

Các số liệu nghiên cứu được nhập và xử lý trực tiếp trên phần mềm Microsoft Excel 2010 sử dụng các phương pháp tỷ trọng, so sánh thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. So sánh cơ cấu thuốc theo SKM và giá trị: Để đánh giá danh mục thuốc trúng thầu có sát với thực tế sử dụng hay không, chúng tôi tiến hành so sánh SKM và giá trị thuốc trúng thầu với thuốc đã sử dụng. Kết quả được thể hiện qua Bảng 1.

Bảng 1. Cơ cấu DMT sử dụng tại bệnh viện năm 2017

Nội dung		SKM		Giá trị	
		SKM	%	Giá trị (nghìn đồng)	%
Thuốc tồn đầu tháng 12/2016		195	45,8	1.592.058	12,5
Thuốc trúng thầu (theo đấu thầu rộng rãi tập trung hoặc tại BV)		164	38,5	9.379.279	73,5
Thuốc mua bổ sung (ngoài kết quả trúng thầu)	Chỉ định thầu rút gọn	9	2,1	276.503	2,2
	Mua sắm trực tiếp	58	13,6	1.508.650	11,8
Tổng		**426**	**100,0**	**12.756.490**	**100,0**

Danh mục thuốc sử dụng tại bệnh viện năm 2017 gồm 426 khoản, trong đó thuốc tồn đầu tháng 12 năm 2016 có 195 khoản, thuốc mua bổ sung 67 khoản.

3.2. So sánh cơ cấu thuốc theo gói thầu: So sánh cơ cấu thuốc của hai danh mục theo gói thầu thu được thể hiện qua Bảng 2.

Bảng 2. Cơ cấu thuốc của hai danh mục theo gói thầu

Gói thầu	SKM					Giá trị				
	Trúng thầu		Sử dụng		Tỷ lệ SD/TT (%)	Trúng thầu		Sử dụng		Tỷ lệ SD/TT (%)
	SKM	%	SKM	%		Giá trị	%	Giá trị	%	
Gói 01: Thuốc generic	130	76,0	126	76,8	96,9	5.855.758	63,7	6.030.072	64,3	103,0
Gói 02: Thuốc BDG hoặc TĐĐT	21	12,3	18	11,0	85,7	1.577.158	17,2	1.641.324	17,5	104,1
Gói 03: Thuốc đông y, thuốc từ dược liệu	20	11,7	20	12,2	100,0	1.761.690	19,1	1.707.883	18,2	97,0
Tổng	171	100,0	164	100,0	95,9	9.194.606	100,0	9.379.279	100,0	102,0

**BDG: Biệt dược gốc; TĐĐT: Tương đương điều trị; TT: Trúng thầu; SD: sử dụng*

Đơn vị giá trị: Nghìn đồng

Thuốc generic trúng thầu có tỷ lệ sử dụng cao nhất, đạt 76,8%. Thuốc đông y, thuốc từ dược liệu chiếm 12,2%, trong khi thuốc BDG và TĐĐT chỉ đạt 11,0%. Tuy nhiên, giá trị sử dụng thuốc generic chỉ đạt 64,3%, còn thuốc đông y, thuốc từ dược liệu và thuốc BDG và TĐĐT chiếm tỉ lệ tương ứng là 18,2% và 17,5%.

Tỉ lệ thuốc sử dụng/trúng thầu cao (trên 85,7%). Thuốc đông y và thuốc từ dược liệu sử dụng 100,0% SKM thuốc trúng thầu, tuy nhiên giá trị sử dụng so với giá trị trúng thầu chỉ đạt 97,0%. Thuốc BDG và TĐĐT không sử dụng hết 100,0% SKM thuốc trúng thầu nhưng giá trị sử dụng/trúng thầu lại cao nhất (104,1%). Chứng tỏ có một số thuốc sử dụng quá số lượng trúng thầu.

3.3. So sánh cơ cấu thuốc theo nguồn gốc sản xuất: Với các thuốc tân dược, chúng tôi tiến hành phân tích theo nguồn gốc sản xuất (SX), kết quả thể hiện qua Bảng 3.

Bảng 3. So sánh cơ cấu thuốc của hai danh mục theo nguồn gốc sản xuất

Nguồn gốc SX	SKM					Giá trị				
	Trúng thầu		Sử dụng		Tỷ lệ SD/TT (%)	Trúng thầu		Sử dụng		Tỷ lệ SD/TT (%)
	SKM	%	SKM	%		Giá trị	%	Gía trị	%	
Thuốc SX trong nước	95	55,6	93	56,7	97,9	3.606.797	39,2	3.753.734	40,0	104,1
Thuốc nhập khẩu	76	44,4	71	43,3	93,4	5.587.809	60,8	5.625.545	60,0	100,7
Tổng	171	100,0	164	100,0	95,9	9.194.606	100,0	9.379.279	100,0	102,0

Thuốc SX trong nước có tỷ lệ sử dụng/trúng thầu về SKM là 97,9% và về giá trị là 104,1%, cao hơn thuốc nhập khẩu. Thuốc SX trong nước mặc dù chiếm 56,7% về SKM sử dụng nhưng chỉ chiếm 40,0% giá trị trong DMT sử dụng.

3.4. So sánh cơ cấu thuốc theo nhóm điều trị: Danh mục thuốc tân dược sử dụng theo kết quả trúng thầu năm 2016 tại bệnh viện có 20 nhóm điều trị thể hiện qua Bảng 4.

Bảng 4. So sánh cơ cấu thuốc tân dược trúng thầu được sử dụng theo nhóm điều trị

Tên nhóm	SKM					Giá trị				
	Trúng thầu		Sử dụng		Tỷ lệ SD/TT (%)	Trúng thầu		Sử dụng		Tỷ lệ SD/TT (%)
	SKM	%	SKM	%		Giá trị	%	Giá trị	%	
Thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn	35	23,2	35	24,3	100,0	3.163.814	42,6	3.290.312	42,9	104,0
Thuốc tim mạch	22	14,6	20	13,9	90,9	1.242.266	16,7	1.412.440	18,4	113,7
Hormon và các thuốc tác động vào hệ thống nội tiết	12	7,9	12	8,3	100,0	870.333	11,7	890.398	11,6	102,3
Khoáng chất và vitamin	8	5,3	8	5,6	100,0	465.333	6,3	528.661	6,9	113,6
Thuốc giảm đau, hạ sốt; chống viêm không steroid; thuốc điều trị gút và các bệnh xương khớp	17	11,3	17	11,8	100,0	460.408	6,2	452.554	5,9	98,3
Dung dịch điều chỉnh nước, điện giải, cân bằng acid-base và dung dịch tiêm truyền khác	7	4,6	6	4,2	85,7	378.840	5,1	398.069	5,2	105,1
Thuốc đường tiêu hóa	11	7,3	11	7,6	100,0	250.753	3,4	286.883	3,8	114,4
Thuốc tác dụng trên đường hô hấp	7	4,6	6	4,2	85,7	300.148	4,0	211.967	2,7	70,6
Thuốc điều trị bệnh da liễu	7	4,6	7	4,9	100,0	138.065	1,9	71.052	0,9	51,5
Thuốc gây tê, mê	7	4,6	6	4,2	85,7	37.289	0,5	37.793	0,5	101,4
Thuốc chống dị ứng, dùng trong trường hợp quá mẫn	5	3,3	4	2,8	80,0	31.279	0,4	30.770	0,4	98,4
Thuốc tẩy trùng và sát khuẩn	2	1,3	2	1,4	100,0	17.375	0,2	20.792	0,3	119,7
Thuốc dùng chẩn đoán	1	0,7	1	0,7	100,0	28.000	0,4	18.480	0,2	66,0
Thuốc giãn cơ và ức chế cholinesterase	1	0,7	1	0,7	100,0	6.342	0,1	6.342	0,1	100,0
Thuốc có tác dụng thúc đẻ, cầm máu sau đẻ và chống đẻ non	1	0,7	1	0,7	100,0	10.620	0,1	5.900	0,1	55,6
Thuốc điều trị bệnh mắt, tai mũi họng	3	1,9	3	2,1	100,0	28.554	0,4	5.520	0,1	19,3
Thuốc lợi tiểu	2	1,3	2	1,4	100,0	1.625	0,02	1.625	0,02	100,0
Thuốc giải độc và các thuốc dùng trong các trường hợp ngộ độc	1	0,7	1	0,7	100,0	1.575	0,02	1.575	0,02	100,0
Thuốc chống rối loạn tâm thần	1	0,7	1	0,7	100,0	263	0,003	263	0,003	99,8
Thuốc chống co giật, chống động kinh	1	0,7	0	0,0	0,0	34	0,0004	0	0,0	0,0
Tổng	151	100,0	144	100,0	95,4	7.432.916	100,0	7.671.396	100,0	100,0

Xét về số khoản mục, các nhóm đều có tỷ lệ sử dụng so với trúng thầu cao trên 80%, trừ nhóm *thuốc chống co giật, chống động kinh* trúng thầu nhưng không sử dụng. Xét về giá trị, các nhóm đều có tỷ lệ sử dụng so với trúng thầu cao trên 96%, trừ 05 nhóm: Thuốc điều trị bệnh mắt, tai mũi họng; Thuốc có tác dụng thúc đẻ, cầm máu sau đẻ và chống đẻ non; Thuốc điều trị bệnh da liễu; Thuốc dùng chẩn đoán; Thuốc tác dụng trên đường hô hấp.

Nhóm thuốc điều trị ký sinh trùng và chống nhiễm khuẩn chiếm tỉ lệ sử dụng cao nhất, chiếm 42,9%; tiếp đến là nhóm thuốc tim mạch (chiếm 18,4%). Đây cũng là các nhóm trúng thầu được sử dụng cao, trên 90% về SKM và trên 96% về giá trị.

IV. BÀN LUẬN

4.1. So sánh hai danh mục theo số khoản mục và giá trị: Quá trình xây dựng DMT kế hoạch chủ yếu dựa vào mô hình bệnh tật và số lượng sử dụng của năm trước, Hội đồng thuốc và điều trị chưa tiến hành phân tích ABC/VEN để lựa chọn cũng như loại bỏ thuốc khỏi DMT kế hoạch nên một số thuốc trúng thầu không được sử dụng trong khi một số thuốc không những được sử dụng hết số lượng trúng thầu mà còn phải mua bổ sung thêm. Việc sử dụng so với kế hoạch có sự chênh lệch có thể còn do sự thay đổi về mô hình bệnh tật. Ngoài ra, cơ quan duyệt kế hoạch chưa quan tâm tới số lượng kế hoạch, mới chỉ quan tâm đến duyệt giá kế hoạch của từng thuốc.

Thuốc phải mua bổ sung so với số khoản thuốc không trúng thầu chênh nhau nhiều (67 khoản mua thêm so với 51 khoản không trúng thầu). Điều này được lý giải là do sự biến động mô hình bệnh tật và do dự báo nhu cầu kém, do tác động bởi chính sách của các công ty cung ứng thuốc dẫn tới hết một số thuốc trúng thầu bị hết số lượng thuốc nhanh chóng, gián đoạn cung ứng trong thời gian dài.

4.2. So sánh cơ cấu thuốc của hai danh mục theo gói thầu: Tỷ lệ sử dụng/trúng thầu của các gói thầu đều cao: Trên 85% về SKM và trên 96% về giá trị. Tỷ lệ SKM sử dụng/trúng thầu của thuốc BDG và TĐĐT thấp nhất là do một số BDG và TĐĐT có hàm lượng kỹ thuật cao (thuốc tim mạch) hoặc cửa sổ điều trị hẹp không được khuyến khích sử dụng.

Thuốc generic trong DMT chiếm 76,8% về SKM, nhưng chỉ chiếm 64,3% tổng giá trị sử dụng. Nguyên nhân do thuốc generic thường có giá thấp hơn các thuốc BDG và TĐĐT. Bệnh viện thường có nguồn kinh phí cố định cho việc mua sắm thuốc, vì vậy việc sử dụng thuốc generic giúp tiếp cận nhiều thuốc hơn. Trên thực tế, sử dụng thuốc generic được nhiều nước coi là cách thức giúp giảm chi phí điều trị. Thông tư số 21 cũng quy định rõ ưu tiên lựa chọn thuốc generic hoặc thuốc mang tên chung quốc tế, hạn chế thuốc biệt dược. Chỉ nên sử dụng biệt dược khi thật cần thiết góp phần giảm gánh nặng về chi phí điều trị cho bệnh nhân. Thuốc BDG và TĐĐT sử dụng chỉ chiếm 11,0% SKM và 17,5% giá trị do căn cứ vào số lượng trúng thầu, các thuốc BDG được phân bố hạn mức tới các khoa lâm sàng, có sự điều tiết về số lượng khi cần thiết, đặc biệt một số thuốc khi có nhu cầu sử dụng phải có ý kiến của lãnh đạo phụ trách chuyên môn của bệnh viện.

Tỷ trọng thuốc đông y, thuốc từ dược liệu được sử dụng năm 2017 của bệnh viện cũng khá cao với 12,2% SKM và 18,2% giá trị. Do BVĐK huyện Thanh Oai là bệnh viện hạng III, các ca bệnh chủ yếu là bệnh nhẹ và mô hình bệnh tật chủ yếu là các bệnh liên quan đến tuổi già như: Bệnh xương khớp, suy nhược cơ thể, rối loạn tiền đình, mất ngủ… Người già tâm lý muốn đến khám để được các thuốc dưỡng não, an thần.

4.3. So sánh cơ cấu của hai danh mục theo nguồn gốc sản xuất: Đánh giá theo nguồn gốc xuất xứ thì tỷ lệ sử dụng/trúng thầu thuốc sản xuất trong nước và thuốc nhập khẩu khá cân bằng. Tuy nhiên, nếu xem xét về tỷ lệ sử dụng thì giá trị thuốc nhập khẩu (60,0%) cao hơn gấp 1,5 lần so với thuốc SX trong nước (40,0%). Thông tư số 21 có quy định ưu tiên thuốc SX trong nước khi lựa chọn thuốc sử dụng trong bệnh viện. Việc sử dụng thuốc SX trong nước giúp giảm chi phí điều trị, phù hợp với khả năng chi trả của nhiều bệnh nhân hơn, đồng thời khuyến khích sản xuất dược phẩm trong nước phát triển. Do đó, bệnh viện nên cân nhắc thay thế thuốc nhập khẩu bằng thuốc SX trong nước có tác dụng tương đương để tiết kiệm ngân sách phù hợp với nguồn quỹ BHYT được sử dụng đồng thời vẫn đảm bảo cung ứng thuốc đầy đủ kịp thời.

4.4. So sánh cơ cấu thuốc hai danh mục theo nhóm điều trị: Tỷ lệ sử dụng kháng sinh và các thuốc điều trị bệnh mạn tính rất cao cũng phản ánh những vấn đề thực tế đang tồn tại không chỉ ở Việt Nam mà còn ở các nước đang phát triển là thiếu cơ chế kiểm soát và hạn chế lạm dụng thuốc, đặc biệt là kháng sinh. Mặt khác, việc sử dụng kháng sinh, kháng vi rút không hợp lý dẫn đến tình trạng kháng thuốc ngày càng gia tăng cả trong bệnh viện cũng như trong cộng đồng. Tỷ lệ sử dụng nhóm thuốc tim mạch tại bệnh viện đứng thứ hai, chiếm 18,4%. Điều này là phù hợp với mô hình bệnh tật tại Việt Nam. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế Thế giới, bệnh mãn tính là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở Việt Nam, cứ 10 trường hợp tử vong thì 7 người chết do bệnh mãn tính. Bệnh tim mạch là một trong 4 nhóm bệnh mãn tính được quan tâm nhất tại Việt Nam.

Đánh giá việc sử dụng kết quả trúng thầu theo Thông tư số 11/2016/TT-BYT cho thấy, không có thuốc nào được sử dụng vượt quá

120% số lượng trúng thầu, đúng như quy định tại Thông tư số 11. Tuy nhiên trên thực tế, một số thuốc sau khi sử dụng vượt 120% số lượng trúng thầu được bệnh viện tiến hành mua bằng hình thức đấu thầu khác như hình thức chỉ định thầu hoặc mua sắm trực tiếp để phục vụ nhu cầu điều trị. Bên cạnh đó, các nhóm thuốc có giá trị được sử dụng vượt kết quả trúng thầu thì có một nhóm các thuốc được sử dụng hết SKM nhưng giá trị sử dụng thấp hơn so với giá trị trúng thầu. Thuốc được sử dụng so với trúng thầu có sự chênh lệch tại bệnh viện ngoài do số lượng kế hoạch chưa sát với thực tế thì còn có thể do trong khi thực hiện có sự tác động của nhiều yếu tố như mô hình bệnh tật thay đổi, xảy ra dịch bệnh...

IV. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Qua phân tích kết quả nghiên cứu chúng tôi đưa ra một số kết luận như sau: Tỷ lệ về SKM và giá trị của thuốc sử dụng so với trúng thầu tương ứng là 95,9% và 102,0%. Tỷ lệ sử dụng so với trúng thầu về SKM và giá trị của thuốc sản xuất thuốc và thuốc nhập khẩu là tương đương. Theo nhóm điều trị thì tỷ lệ giữa sử dụng so với trúng thầu theo SKM và giá trị có sự dao động lớn.

Từ kết quả nghiên cứu trên, chúng tôi đề xuất bệnh viện cần tiến hành phân tích ABC/VEN danh mục thuốc sử dụng để từ đó xây dựng được DMT đấu thầu phù hợp./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2016),** *Thông tư ban hành danh mục thuốc đấu thầu, danh mục thuốc đấu thầu tập trung, danh mục thuốc được áp dụng hình thức đàm phán giá*, Thông tư số *09/2016/TT-BYT*, VN.
2. **Bộ Y tế (2016),** *Thông tư ban hành danh mục thuốc sản xuất trong nước đáp ứng yêu cầu về điều trị, giá thuốc và khả năng cung cấp*, Thông tư số *10/2016/TT-BYT*, Việt Nam.
3. **Bộ Y tế (2016),** *Thông tư quy định việc đấu thầu thuốc tại các cơ sở y tế công lập*, Thông tư số *11/2016/TT-BYT*, Việt Nam.
4. **Nguyễn Văn Kính và CS (2010)**, *Phân tích thực trạng sử dụng thuốc kháng sinh và kháng kháng sinh ở Việt Nam*: Báo cáo hội thảo khoa học lầm thứ nhất của Tổ chức hợp tác toàn cầu về kháng sinh GARP tại Việt Nam, Hà Nội.
5. **Dương Thị Hồng Hạnh (2016)**, "*Bệnh không lây nhiễm: gánh nặng, yếu tố nguy cơ và chiến lược phòng chống", Y học dự phòng*.
6. **Quốc hội nước Cộng hoà xã hội chủ nghĩa Việt Nam (2013),** *Luật đấu thầu số 43/2013/QQH13*.
7. **Management Sciences for Health (2012),** *Managing Access to Medicines and Health Technologies*, 3rd.
8. **World Health Organization (1998),** *The World Health report: Life in the 21st century: A vision for all executive summary*.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG U MẠCH MÁU GAN Ở TRẺ EM

Nguyễn Phạm Anh Hoa[1], Vũ Thị Thúy[2]

TÓM TẮT

U mạch máu gan (UMMG) là khối u gan lành tính hay gặp nhất ở trẻ em. Triệu chứng lâm sàng của UMMG không đặc hiệu và ít có giá trị chẩn đoán. Các nghiên cứu về UMMG ở trẻ em còn hạn chế. ***Mục tiêu:*** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàngu mạch máu gan (UMMG) ở trẻ em. ***Phương pháp,đối tượng nghiên cứu:*** mô tả hồi cứu và tiến cứu 65 bệnh nhân UMMGtại Bệnh viện Nhi Trung Ương từ 01/ 2012 – 09/ 2016. ***Kết quả:*** có 65 bệnh nhân UMMG đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, tỷ lệ nam/nữ là 1,5/1, trẻ dưới 12 tháng chiếm 73,9%. Đa số bệnh nhân không có triệu chứng trên lâm sàng và xét nghiệm. Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) và cộng hưởng từ (CHT) là các xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh có giá trị cao trong chẩn đoán UMMG. ***Kết luận:*** Đặc điểm lâm sàng của UMMG không điển hình, CLVT và CHT có giá trị cao trong chẩn đoán.

Từ khóa: u mạch máu gan.

[1]*Bệnh viện Nhi Trung Ương*
[2]*Bệnh viện Trẻ Em Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phạm Anh Hoa
Email: drhoanph@yahoo.com

Ngày nhận bài: 21.9.2018
Ngày phản biện khoa học: 12.11.2018
Ngày duyệt bài: 19.11.2018

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL FEATURES OF HEPATIC HEMANGIOMAS IN CHILDREN

Describe clinical and subclinical features of hepatic hemangiomas in children.***Method and researched object***: retrospective and prospective describsion of 65 patients with hepatic hemangiomas at the National Hospital of Paediatrics sinceJanuary 2012 to September 2016. ***Results***: 65 patients with hepatic hemangiomas, ratio male/female is 1.5/1, children under 12 months old accounted for 73.9%. Most patients do not have clinical and laboratory symptoms. Computed Tomography (CT) and Magnetic Resonance Imaging (MRI) are high valuable diagnostic imaging tests used in hepatic hemangiomas diagnostics. ***Conclusion***: subclinical features of hepatic hemangiomas are not typical; CT and MRI are high value in diagnostcis. *Key words:* Hepatic hemangiomas.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

UMMG là khối u gan lành tính hay gặp nhất ở trẻ em. Đa phần các khối u được phát hiện tình cờ trên chẩn đoán hình ảnh. Triệu chứng lâm sàng của UMMG không đặc hiệu và ít có giá trị chẩn đoán: gan to, đau bụng, vàng da… CLVT, CHT có giá trị trong việc phát hiện và theo dõi tiến triển của UMMG. Có nhiều nghiên cứu về UMMG ở người lớn nhưng ở trẻ em thì còn hạn chế, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng u mạch máu gan ở trẻ em.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

\+ Đối tượng nghiên cứu:

- Tiêu chuẩn lựa chọn: *Bệnh nhân được chẩn đoán UMMGtại Bệnh viện Nhi TW*

- Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân đã điều trị bằng các phương pháp khác trước khi tham gia nghiên cứu và bệnh nhân mất thông tin.

\+ Thời gian và địa điểm nghiên cứu: *01/ 2012 đến tháng 08/ 2016*. Bệnh viện Nhi TW

2.2. Chọn mẫu: Chọn cỡ mẫu thuận tiện

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu kết hợp tiến cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 65 bệnh nhân UMMG đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu, tỷ lệ nam/nữ là 1,5/1. Tuổi trung bình 17,8 ± 31,9 tháng, hay gặp nhất là nhóm trẻ dưới 12 tháng tuổi (73,9%). 80% bệnh nhân có khối u là đơn ổ. Có 20% có tổn thương đa ổ và chỉ gặp ở trẻ dưới 12 tháng. UMMG chủ yếu ở gan trái (58,5%), gan phải (24,6%) và cả 2 bên là 16,9%. Kích thước khối u > 4cm và < 4cm gặp với tỷ lệ tương đương nhau là 50,8% và 49,2%. Hầu hết các chỉ số xét nghiệm sinh hóa và huyết học của bệnh nhân UMMG trong giới hạn bình thường. Tỷ lệ thiếu máu nhẹ là 20,6%, mức độ vừa là 3,9%.

3.1. Các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

Biểu đồ 1: Đặc điểm lâm sàng

Nhận xét: 60% bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng; 16,9% bệnh nhân có gan to; 13,9% thiếu máu; 12,3% bệnh nhân có đau bụng.

Bảng 1. Đặc điểm u mạch máu gan trên siêu âm

Đặc điểm	Tần suất	Tỷ lệ %
Tăng âm	20/65	30,8
Hỗn hợp âm	11/65	16,9
Giảm âm	34/65	53,3
Tăng âm sau u	1/65	1,5

Nhận xét: Hình ảnh tổn thương UMMG gặp nhiều nhất trên siêu âm là giảm âm (53,5%) và tăng âm (30,8%).

Bảng 2. Đặc điểm u mạch máu gan trên CLVT trước tiêm thuốc cản quang

Hình ảnh	n	Tỷ lệ (%)
Giảm tỷ trọng đồng nhất	43	66,1
Giảm tỷ trọng không đồng nhất	21	32,3
Tăng tỷ trọng	1	1,6
Tổng	**65**	**100**

Nhận xét: Chủ yếu là hình ảnh giảm tỷ trọng, 66,1% là giảm tỷ trọng đồng nhất và 32,2% giảm tỷ trọng không đồng nhất. 1 bệnh nhân (1,6%) tăng tỷ trọng trên nền gan nhiễm mỡ.

Bảng 3. Đặc điểm u mạch máu gan trên CLVT sau tiêm thuốc cản quang

Thì	Đặc điểm hình ảnh	Tần suất	Tỷ lệ (%)
Động mạch	Ngấm thuốc sớm ở ngoại vi	61/65	93,8
	Ngấm chậm, không rõ	4/65	6,2
Tĩnh mạch cửa	Ngấm thuốc hướng tâm	60/65	92,3
	Không rõ	5/65	7,7
Muộn	Ngấm thuốc hoàn toàn	54/65	83,1

	Ngấm thuốc không hoàn toàn	9/65	16,9

Nhận xét: ở thì động mạch, 93,8% khối u ngấm thuốc sớm ở ngoại vi. Trong thì tĩnh mạch, 92,3% tiếp tục ngấm thuốc hướng tâm, có 5 trường hợp ngấm thuốc chậm không rõ ràng. *Ở* thì muộn: 83,1% các khối u ngấm thuốc hoàn toàn.

Có 17 bệnh nhân được chụp CHT, tất cả đều có đặc điểm đặc trưng của UMMG: Trên T1: khối giảm tín hiệu so với nhu mô gan, ranh giới rõ, dạng thùy. Trên T2: khối tăng tín hiệu, ranh giới rõ, dạng thùy. Sau tiêm thuốc đối quang, ngấm thuốc dạng nốt sớm ở ngoại vi, hướng tâm, đầy thuốc hoàn toàn hoặc không hoàn toàn ở thì muộn.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 65 bệnh nhân UMMGcho thấy nhóm tuổi dưới 12 tháng là nhóm tuổi có tỷ lệ UMMG cao nhất (73,9%), tương tự kết quả các nghiên cứu khác.

Có tới 60% bệnh nhân không có triệu chứng lâm sàng, hợp với nhận xét về đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân có UMMG của tác giả kết quả này phù hợp Vũ Văn Tuyên với tỷ lệ 52,9% [1]. Các tác giả đều thấy rằng UMMG nhỏ đường kính dưới 4cm thường không có triệu chứng lâm sàng. Triệu chứng đau bụng gặp chủ yếu ở những trẻ lớn và UMMG lớn chiếm 12,3%. Tỷ lệ này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Đoàn Ngọc Giao trên 66 bệnh nhân người lớn có UMMG kích thước ≥ 4cm, với 100% bệnh nhân có triệu chứng đau bụng, 22,7% gầy sút cân, 19,7% đầy bụng khó tiêu [2], có thể do trẻ dưới 12 tháng triệu chứng đau bụng thường khó xác định hơn. Triệu chứng đau của bệnh nhân được giải thích do u lớn gây căng giãn bao Glisson với những u ở nông, nhồi máu, hoại tử hay do chèn ép tổ chức xung quanh.

Chưa có nghiên cứu nào chỉ ra UMMG gây thiếu máu ở bệnh nhân, tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi có 13,9% bệnh nhân có biểu hiện thiếu máu nhẹ. Theo điều tra năm 2014 – 2015 của Viện Dinh dưỡng quốc gia, tỷ lệ thiếu máu ở trẻ em dưới 5 tuổi ở Việt Nam là 27,8%, tỷ lệ này cao hơn ở miền núi 31,2%, nông thôn là 28,4% và thấp hơn ở thành thị (22,2%), chủ yếu do thiếu máu thiếu sắt. Có thể thiếu máu ở đây là đặc điểm chung của trẻ em ở Việt Nam không phải đặc điểm bệnh lý của UMMG.

Ngoài đau, các triệu chứng khác cũng được ghi nhận gồm chướng bụng, vàng da tắc mật do chèn ép đường mật và sốt. Triệu chứng sốt gặp trong UMMG là do xung huyết, chảy máu, huyết khối và nhồi máu liên quan đến sự phát triển khối u. Quá trình viêm được giải thích là do giải phóng các chất trung gian miễn dịch từ các tế bào lót xoang mạch của u mạch máu (tế bào nội mô và tế bào Kupffer) phản ứng với hiện tượng thiếu máu cục bộ trong UMMG.

Siêu âm đặc biệt có giá trị chẩn đoán những u mạch máu nhỏ (kích thước < 3 cm) với hình ảnh tổn thương tăng âm đồng nhất, ranh giới rõ. Kết quả nghiên cứu âm tương của chúng tôi cho thấy có 30,8 % trường hợp UMMG có hình ảnh điển hình tăng đối đồng nhất, tỷ lệ này thấp hơn kết quả của tác giả Nelson (1990) với 60 – 70% (3 và Đoàn Ngọc Giao 48,5%. Sự tăng âm này là do có nhiều mặt phân cách giữa các khoảng mạch và chứa máu trong lòng. Chẩn đoán xác định cần kết hợp với những tính chất khác của khối u lành tính như không chèn ép, đè đẩy các cấu trúc xung quanh, ranh giới rõ và không có vòng giảm âm quanh u (vòng Halo). Vòng Halo là hình ảnh có giá trị để phân biệt giữa những khối u ác tính và lành tính, đặc biệt là UMMG. Chẩn đoán UMMG bằng siêu âm trong nghiên cứu cho thấy, số bệnh nhân có hình ảnh u máu điển hình là 25/65 trường hợp, độ nhạy 38,5%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của các tác giả khác với độ nhạy của siêu âm từ 60% đến 75% và độ đặc hiệu từ 60% đến 80% [2], [4]. Sự khác biệt có thể do việc nhận định kết quả siêu âm, trình độ và kinh nghiệm của người làm siêu âm.

Trên CLVT hầu hết các trường hợp đều cho hình ảnh khối tỷ trọng thấp hơn nhu mô gan lành với 66,1% giảm tỷ trọng đồng nhất và 32,3% giảm tỷ trọng không đồng nhất. Chỉ có 1 trường hợp (1,6%) khối có tỷ trọng cao hơn nhu mô gan lành trên nền gan nhiễm mỡ ở trẻ lớn, do tỷ trọng nhu mô gan giảm. Kết quả này tương tự của tác giả Đoàn Ngọc Giao trên 65 bệnh nhân UMMG với tỷ lệ 96,9% [2]. Ở thì động mạch ghi nhận 93,8% ngấm thuốc mạnh từ ngoại vi, hình ảnh này là do sự tích thuốc cản quang vào trong các hồ máu rất phong phú ở ngoại vi khối u, điển hình để phân biệt với các khối u di căn gan giàu mạch máu.

Ở thì tĩnh mạch cửa các khối u mạch máu gan tiếp tục ngấm thuốc hướng tâm chậm chiếm 92,3%, chỉ có 7,7% tính chất ngấm thuốc không rõ ràng. Các khối u tiếp tục giữ thuốc ở thì muộn với 83,1% ngấm thuốc hoàn toàn và 16,9% ngấm thuốc không hoàn toàn. Tính chất ngấm thuốc đặc biệt này cho phép phân biệt với ung thư tế bào gan hay các khối u ác tính giàu mạch máu khác của gan (giảm tỷ trọng nhanh do có tăng sinh động mạch nuôi ác tính). Trong nghiên

cứu có 60 trường hợp CLVT chẩn đoán được UMMG, độ nhạy là 92,3%, kết quả này phù hợp với các báo cáo y văn trước đây [5], [6].

CHT là phương pháp ghi hình cho giá trị chẩn đoán và phân biệt với độ chính xác cao hơn CLVT, đặc biệt với những u mạch máu nhỏ. Phương pháp này có độ nhạy cao 98%–100% và độ đặc hiệu 92%–98%, đây được coi là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán UMMG.

Sau tiêm thuốc đối quang từ trên hình ảnh ưu thế T1, tất cả các trường hợp khối u đều ngấm thuốc sớm ngoại vi, hướng tâm và đầy thuốc ở thì muộn. Các tác giả khác cũng cho kết quả tương tự, Alvin thấy 77% khối u mạch máu gan ngấm thuốc sớm dạng chấm nốt ở ngoại vi ở thì động mạch, ngấm dần vào trung tâm ở thì tĩnh mạch cửa và đầy thuốc ở thì muộn [7].

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu 65 trường hợp UMMG cho thấy: Đa số UMMG gặp ở trẻ em nhỏ, đặc biệt là nhóm trẻ dưới 12 tháng tuổi. Các đặc điểm lâm sàng của UMMG ở trẻ em không điển hình và ít có giá trị chẩn đoán. Có tới 60% bệnh nhân được tình cờ phát hiện qua siêu âm. Các phương pháp chẩn đoán hình ảnhkhác như CLVT và cộng hưởng từ có giá trị cao trong khẳng định chẩn đoán và xác định tính chất UMMG.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Văn Tuyên, (2010),** *Mô tả đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ và siêu âm của u máu gan*, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Đoàn Ngọc Giao (2009).** *Nghiên cứu chẩn đoán, chỉ định phẫu thuật và kết quả điều trị u máu gan ở người lớn.* Luận văn tiến sĩ,Học viện quân y.
3. **Erdogan D (2007).** Management of liver hemangiomas according to size and symptoms. *J Gastroenterol Hepatol,* 22, 1953-1958.
4. **Adriana Toro,** Ahmed-Emad Mahfouz, Annalisa Ardiri et al (2014). What is changing in indications and treatment of hepatic hemangiomas: A review. *Ann Hepatol,* 13, 327-339.
5. **Alvin C (2009).** MR Imaging of Hypervascular Liver Masses: A Review of Current Techniques. *RadioGraphics,* 39, 385-402.

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG, PHÁT TRIỂN TÂM-VẬN ĐỘNG VÀ GIẤC NGỦ CỦA TRẺ 24-60 THÁNG TUỔI TẠI MỘT SỐ XÃ THUỘC HUYỆN THANH SƠN, PHÚ THỌ

Cao Thị Thu Hương*, Đỗ Thị Phương Hà*

TÓM TẮT

Một nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 191 trẻ em tại hai xã Cự Đồng, Tất Thắng, huyện Thanh Sơn,Phú Thọ nhằm đánh giá thực trạng dinh dưỡng, phát triển tâm vận động và giấc ngủ của trẻ. Đối tượng là trẻ em 24-60 tháng tuổi được đo các chỉ số nhân trắc, đánh giá phát triển tâm vận động bằng bộ câu hỏi ASQ, đánh giá tình trạng giấc ngủ. Kết quả cho thấy: Tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng nhẹ cân và thấp còi tương ứng của trẻ là 8,9% và 25,1%. Tỷ lệ trẻ có phát triển tâm vận động dưới ngưỡng trong lĩnh vực giao tiếp, vận động thô, vận động tinh, giải quyết vấn đề, cá nhân xã hội tương ứng là 11,5%; 23,0%; 35,6%; 28,3% và 24,6%. Thời gian ngủ trung bình của trẻ là 9,3 ±0,5 giờ; thời gian trẻ rơi vào giấc ngủ (thời gian ru ngủ) là 21,5± 7,2 phút và tỷ lệ trẻ ngủ không ngon giấc là 28,8%. Có mối liên quan giữa trẻ thấp còi và ngủ không ngon giấc OR=4,1 (95% IC: 2,0-8,2).

Từ khóa: *trẻ em, tình trạng dinh dưỡng, tâm-vận động*

SUMMARY

NUTRTIONAL STATUS, MOTOR-COGNITIVE DEVELOPMENT, SLEEP QUALITY OF CHILDREN 24-60 MONTHS IN SOME COMMUNES, THANH SON DISTRICT, PHU THO PROVINCE

A cross-sectional study was conducted in 191 children aged 24-60 months in Cu Dong and Tat Thang commune, Thanh Sơn distric, Phú Tho to assess nutritional status, sleep quality of children and motor-cognitive development by using Ages & Stage Questionnaire (ASQ) test. The result showed that prevalence of underweight and stunting respectively 8.9% and 25.1%. Prevalence of children had motor-cognitive development below cut-off zone for communication, gross motor, fine motor, problem solving, and personal-social respectively 11.5%; 23.0%; 35.6%; 28.3% and 24.6%. Amount of sleeping time was 9,3 ±0,5 hours and the time children to fall a sleep was (sleep latency) 21.5± 7.2 minutes. Prevalence of children suffered from sleep disorder was 28.8%. There was a relationship between stunting and sleep disorder with OR=4.1 (95% IC:2.0-8.2). Comprehensive interventions should be done to improve nutritional status, sleep quality and motor-cognitive.

Key word: *Children, nutritional status, motor-cognitive.*

**Viện Dinh dưỡng*
Chịu trách nhiệm chính: Cao Thị Thu Hương
Email: caothithuhuong@dinhduong.org.vn
Ngày nhận bài: 10.9.2018
Ngày phản biện khoa học: 14.11.2018
Ngày duyệt bài: 20.11.2018

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu dinh dưỡng không những ảnh hưởng đến sức khỏe mà còn ảnh hưởng đến phát triển tâm vận động của trẻ. Một số nghiên cứu thuần tập đã chỉ ra rằng: suy dinh dưỡng ở trẻ nhỏ đã ảnh hưởng đến sự phát triển nhận thức của trẻ sau này đặc biệt là sự thiếu hụt các chất dinh dưỡng[1],[2]. Sự phát triển về tâm thần vận động của trẻ diễn biến song song với sự tăng trưởng về thể chất và sự trưởng thành các chức năng trong cơ thể. Bên cạnh chế độ dinh dưỡng thì giấc ngủ cũng là yếu tố quan trọng tác động đến sự phát triển thể chất và tâm thần của trẻ. Tuy nhiên những nghiên cứu đánh giá toàn diện về sự phát triển cả thể chất và tâm thần của trẻ chưa nhiều. Năm 2016, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá tình trạng dinh dưỡng của trẻ em 24-60 tháng tuổi tại một số xã thuộc huyện Thanh Sơn, Phú Thọ. Trong số trẻ được đánh giá tình trạng dinh dưỡng, để có cơ sở số liệu ban đầu cho một nghiên cứu hiệu quả can thiệp chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu tìm hiểu thực trạng dinh dưỡng, phát triển tâm vận động và giấc ngủ của trẻ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Đối tượng: trẻ 24-60 tháng, không bị suy dinh dưỡng cấp tính, không bị suy dinh dưỡng thấp còi nặng, cha mẹ đồng ý cho trẻ tham gia nghiên cứu.

Địa điểm nghiên cứu: Xã Cự Đồng và xã Tất Thắng, huyện Thanh Sơn, tỉnh Phú Thọ

Thời gian nghiên cứu: 3/2016

2.2. Cỡ mẫu: n= [$Z^2{}_{1-\alpha/2}$ x p (1-p)]/ d2 và dựa vào tỷ lệ thấp còi. Trong đó: $Z^2{}_{1-\alpha/2}$ = 1,96, tỷ lệ thấp còi (p) ước tính là 25% sai số ước tính (d) là 0,06. Cỡ mẫu 200 trẻ. Thực tế có có 191 trẻ tham gia đánh giá các chỉ số nhân trắc và phát triển tâm vận động,

2.3. Thiết kế nghiên cứu:Nghiên cứu cắt ngang mô tả

2.4. Thu thập số liệu và đánh gía kết quả

Cân đo đối tượng và đánh giá tính trạng dinh dưỡng: Tình trạng dinh dưỡng: Dụng cụ đánh giá tình trạng dinh dưỡng: cân SECA (chính xác 0,1 kg), thước đo chiều dài/cao theo thiết kế của UNICEF (độ chính xác 0,1cm). Đánh giá tình

trạng dinh dưỡng của trẻ theo phân loại của WHO. Trẻ nhẹ cân khi Z-score cân nặng theo tuổi (WAZ)< - 2 SD. Trẻ em thấp còi khi Z-score chiều cao theo tuổi (HAZ)< - 2SD. Trẻ gầy còm khi cân nặng theo chiều cao (WHZ) <-2SD. Trẻ thừa cân béo phì khi cân nặng theo chiều cao (WHZ) > + 2SD.

- Đánh giá tình hình giấc ngủ của trẻ [3]. (a) Thời gian ngủ trung bình của trẻ. (b) xác định thời gian ru ngủ/thời gian rơi vào giấc ngủ là thời gian trẻ lên giường đi ngủ đến khi trẻ ngủ. (c) Tính chất giấc ngủ: ngủ ngon (ngủ một mạch) hay không ngủ ngon/rối loạn giấc ngủ (tỉnh giấc giữa đêm, trẻ trằn trọc, trở mình liên tục, hoảng hốt, mê sảng, quấy khóc)

-Phỏng vấn bà mẹ bằng bộ câu hỏi ASQ và bộ công cụ đánh giá phát triển tâm-vận động: Dụng cụ: Bộ câu hỏi ASQ cho từng lứa tuổi, một quả bóng làm bằng len đỏ, mười quả nho, xúc sắc có cán, 10 khối gỗ nhỏ (2,5cm), 1 lọ nhỏ sạch, (2cm), 1 quả bóng tennis, một cây bút chì, một con búp bê, giấy trắng, một cốc nhựa có quai đồ chơi để làm quen với bé...

2.5. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được thu thập bằng phần mềm EPI DATA, được làm sạch và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0. Sử dụng test χ^2.

2.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu đã tuân thủ theo các vấn đề đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Hồ sơ đạo đức nghiên cứu đã được hội đồng đạo đức của Viện Dinh dưỡng thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm nhân trắc đối tượng

	24-35 tháng n=44	36-47 tháng n=86	48-60 tháng n=61	Tổng 24-60 tháng (n=191)
Cân nặng (kg)	11, ±1,02	12,8 ± 0,8	14,6± 1,2	13,0 ± 1,6
Chiều cao (cm)	84,8 ±3,7	92,9± 2,7	100,3± 3,4	93,4± 6,5
WAZ	-1,18± 0,61	-1,40 ±0,44	-1,22± 0,44	-1,29 ± 0,52
HAZ	-1,63± 0,73	-1,66± 0,59	-1,31 ±0,53	-1,53 ± 0,65
WHZ	-0,43 ±0,65	-0,65± 0,50	-0,64 ±0,63	-0,59 ± 0,59
SDD nhẹ cân	5 (11,4)	7 (8,1)	5 (8,2)	17 (8,9)
SDD thấp còi	15 (34,1)	26 (30,2)	7 (11,5)	48 (25,1)

Kết quả bảng 1 cho thấy cân nặng và chiều cao trung bình của trẻ em 24-60 tháng tương ứng 13,0 ± 1,6 kg và 93,4± 6,5cm. WAZ, HAz và WHZ trung bình tương ứng là -1,29 ± 0,52 SD; -1,53 ± 0,65 SD; -0,59± 0,0,59. Tỷ lệ SDD nhẹ cân và SDD thấp còi tương tứng là 8,9% và 25,1%

Bảng 2: Thực trạng phát triển tâm-vận động dưới ngưỡng bình thường theo nhóm tuổi

Kỹ năng		24- 35 tháng	36-47 tháng	48-60 tháng	24-60 tháng
Giao tiếp	Chậm	3 (6,8)	3 (3,5)	1 (1,6)	7 (3,7)
	Nghi ngờ	0 (0)	7 (8,6)	8 (13,2)	15 (7,8)
	Dưới ngưỡng	**3 (6,8)**	**10 (11,6)**	**9 (14,8)**	**22 (11,5)**
Vận động toàn thân	Chậm	4 (9,1)	13 (15,1)	6 (9,8)	23 (12,0)
	Nghi ngờ	6 (13,6)	9 (10,5)	6 (9,8)	21 (11,0)
	Dưới ngưỡng	**10 (22,7)**	**22 (25,6)**	**12 (19,6)**	**44 (23,0)**
Vận động tinh	Chậm	3 (6,8)	7 (8,1)	11 (18,0)	21 (11,0)
	Nghi ngờ	13 (29,6)	25 (29,1)	9 (14,8)	47 (24,6)
	Dưới ngưỡng	**26 (36,4)**	**32 (37,2)**	**20 (32,8)**	**68 (35,6)**
Giải quyết vấn đề	Chậm	3 (6,8)	8 (9,3)	11 (18,0)	22 (11,5)
	Nghi ngờ	7 (15,9)	10 (11,6)	15 (24,6)	32 (16,8)
	Dưới ngưỡng	**10 (22,7)**	**18 (20,9)**	**26 (42,6)**	**54 (28,3)**
Cá nhân xã hội	Chậm	2 (4,5)	11 (12,8)	8 (13,1)	21 (11,0)
	Nghi ngờ	9 (20,5)	12 (13,9)	5 (8,2)	26 (13,6)
	Dưới ngưỡng	**11 (25,0)**	**23 (26,7)**	**13 (21,3)**	**47 (24,6)**

Kết quả nghiên cứu bảng 2 cho thấy: tỷ lệ trẻ phát triển tâm vận động dưới ngưỡng (bao gồm chậm và nghị ngờ chậm phát triển) trong lĩnh vực giao tiếp, vận động thô, vận động tinh, giải quyết vấn đề và cá nhân xã hội tương ứng là 11,5%; 23,3%; 35,6%; 28.3% và 24,6%.

Bảng 3: liên quan giữa thấp còi và các lĩnh vực phát triển tâm-vận động

		Thấp còi	Không thấp còi	Test χ^2
Giao tiêp	Dưới ngưỡng	3 (13,6)	19 (17,4)	P=0,29
	Bình thường	45 (26,6)	124 (73,4)	

Vận động toàn thân	Dưới ngưỡng	10 (22,7)	34 (77,3)	P=0,8
	Bình thường	38 (25,9)	109 (74,1)	
Vận động tinh	Dưới ngưỡng	17 (25,0)	51 (75,0)	P=1,0
	Bình thường	31 (25,2)	92 (74,8)	
Giải quyết vấn đề	Dưới ngưỡng	15 (27,8)	39 (42,2)	P=0,5
	Bình thường	33 924,1)	104 (75,9)	
Cá nhân xã hội	Dưới ngưỡng	12 (25,5)	35 (74,5)	P=1,0
	Bình thường	36 (25,0	108 (75,0)	

Kết quả bảng 3 cho thấy: chưa có mối liên quan giữa tình trạng dinh dưỡng và các lĩnh vực phát triển tâm vận động (giao tiếp, vận động toàn thân, vận động tinh, giải quyết vấn đề, cá nhân xã hội), p>0,05.

Bảng 4: Thời gian ngủ trung bình và tính chất giấc ngủ của trẻ

	24-35 tháng	**36-47 tháng**	**47-60 tháng**	**Tổng**
Thời gian ngủ (TB ±SD): giờ	9,3± 0,5	9,3± 0,5	9,3 ±0,5	9,3 ±0,5
Thời gian ru ngủ (TB ±SD): phút	23,2± 7,4	20,6± 6,9	21,5 ±7,3	21,5± 7,2
Ngủ không ngon giấc: n(%)	12 (27,3)	26 (30,2)	17 (27,9)	55 (28,8)

Kết quả bảng 4 cho thấy: thời gian ngủ trung bình của trẻ là 9,3 ±0,5 giờ; thời gian ru ngủ (thời gian trẻ lên giường đến khi trẻ ngủ) là 21,5± 7,2 phút và thời gian trẻ ngủ không ngon giấc/rối loạn giấc ngủ là 28,8%.

Bảng 5: Mối liên quan giữa tình trạng thấp còi và giấc ngủ

TTDD / Giấc ngủ	**Thấp còi**	**Không thấp còi**	**OR (95% CI), p**
Ngủ không ngon giấc	25	30	OR=4,1 (2,0-8,2), p<0,001
Ngủ ngon giấc	23	113	
Tổng số	**48**	**143**	**191**

Kết quả bảng 4 cho thấy có mối tương quan giữa thấp còi và giấc ngủ không ngon của trẻ OR=4,1 CI(2,0-8,2), p<0,001

Bảng 6: liên quan giữa giấc ngủ và phát triển tâm vận động vận động tinh

		không ngon giấc	**ngon giấc**	**χ^2**
Giao tiếp	Dưới & gần ngưỡng	9 (40,9)	13 (59,1)	p=0.21
	Bình thường	46 (27,2)	123 (72,8)	
Vận động toàn thân	Dưới & gần ngưỡng	16 (36,4)	28 (63,6)	P=0,25
	Bình thường	39 (26,5)	108 (73,5)	
Vận động tinh	Dưới & gần ngưỡng	25 (36.8)	43 (63.2)	P=0,09
	Bình thường	30 (24,4)	93 (75,6)	
Giải quyết vấn đề	Dưới & gần ngưỡng	11 (20,4)	43 (79,6)	P=0,07
	Bình thường	44 (32,1)	93 (67,9)	
Cá nhân xã hội	Dưới & gần ngưỡng	13 (27,7)	34 (72,3)	P=0,5
	Bình thường	42 (29,2)	102 (75,0)	

Kết quả bảng 5 cho thấy chưa thấy có mối tương quan giữa giấc ngủ với phát triển tâm vân động của trẻ ở các lĩnh vực giao tiếp, vận động toàn thân, vận động tinh, giải quyết vấn đề và cá nhân xã hội.

IV. BÀN LUẬN

Suy dinh dưỡng thấp còi (suy dinh dưỡng mạn tính) liên quan đến giảm phát triển nhận thức và vận động ở trẻ nhỏ. Từ khi sinh ra cho đến độ tuổi đi học, những trẻ có chiều cao thấp hơn so với tuổi hoặc cân nặng thấp hơn so với tuổi thường biểu hiện kém hơn những trẻ có chiều cao cân nặng ở mức trung bình. Các nghiên cứu theo chiều dọc cũng đều đã chỉ ra rằng trẻ bị thấp còi (chỉ số chiều cao so với tuổi dưới -2 SD so với mức chuẩn) trong 2 năm đầu đời tiếp tục thể hiện sự kém phát triển trong nhận thức và thành tích học tập từ 5 tuổi cho đến tuổi vị thành niên. Thiếu dinh dưỡng đặc biệt thiếu protein và vi chất dinh dưỡng cũng để lại những hậu quả lâu dài đến sự phát triển của bộ não [1]

ASQ là bảng câu hỏi theo độ tuổi dành cho cha mẹ. người chăm sóc trẻ hoàn thiện nhằm sàng lọc và theo dõi sự phát triển của trẻ từ 1 đến 6 tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi đã sử dụng bảng hỏi ASQ để phỏng vấn bà mẹ kết hợp với quan sát thực hành của trẻ qua các mục có trong bảng hỏi. Test ASQ được coi là test sàng lọc có giá trị trong việc xác định trẻ bị khuyết tật. Khi điểm cho từng lĩnh vực của trẻ ở ngưỡng chậm phát triển: trẻ cần làm thêm các test chuyên sâu. Khi điểm của trẻ ở mức nghi ngờ trẻ cần được theo dõi.

Các kỹ năng vận động tinh tế và vận động thô sơ phát triển song song với nhau theo sự

phát triển của trẻ. Nhưng những khó khăn trong việc phát triển vận động thô sơ gây ảnh hưởng đến khả năng phát triển các kỹ năng vận động tinh tế. Vì vậy, việc luyện tập kỹ năng vận động thô sơ là cần thiết để hỗ trợ cho phát triển vận động tinh tế.

Hầu hết trẻ em phát triển các kỹ năng vận động từ những tiếp xúc thường xuyên hằng ngày trong gia đình và cộng đồng (ví dụ như nhà trẻ và trường học). Một cách tự nhiên, qua quá trình thích thú khám phá và vui chơi, những trải nghiệm đó, theo thời gian, giúp cho trẻ phát triển những kỹ năng cần thiết. Khi một đứa trẻ gặp khó khăn trong học tập hoặc trong vận động thì điều quan trọng là đứa trẻ đó cần được tạo cơ hội để tiếp cận những kế hoạch phát triển cụ thể nhằm giúp cho trẻ thử sức những bài tập vận động mới và thực hành những kỹ năng đã có. Điều này sẽ giúp trẻ trở nên tự lập hơn, cải thiện khả năng học tập và tăng cơ hội hòa nhập xã hội.

Chúng ta (cả người lớn, trẻ em hay người già) trải qua một chu kỳ giấc ngủ (90-120 phút) bao gồm 2 dạng giấc ngủ khác nhau, đó là giấc ngủ NON-REM (Non rapid Eye Movement, không có sự chuyển động của nhãn cầu) và giấc ngủ REM (chuyển động mắt nhanh hay giai đoạn mơ).

Giấc ngủ NON-REM: được chia làm 4 giai đoạn:Giai đoạn 1: là bắt đầu giấc ngủ. Đây là giai đoạn mà giấc ngủ tương đối nông và là giai đoạn chuyển tiếp giữa thức và ngủ. Đối với trẻ em gọi giai đoạn này là giai đoạn ru ngủ. Trong thời gian này có thể đánh thức trẻ dễ dàng. Giai đoạn 2: Sóng não bắt đầu nhanh đều, nhiệt độ cơ thể có thể giảm và nhịp tim bắt đầu chậm lại.Giai đoạn 3-4: Đây là giai đoạn ngủ sâu (deep sleep). Đây là giai đoạn tăng trưởng và phục hồi của tế bào: các hoóc-môn quan trọng cho sự tăng trưởng và phát triển được giải phóng. Vì vậy, trẻ cần được ngủ đủ nhu cầu. Giấc ngủ Non REM chiếm 75% thời gian của giấc ngủ. *Giấc ngủ REM*: REM (rapid Eye Movement: nhãn cầu chuyển động, đảo qua đảo lại), là cái đích đạt tới cho giấc ngủ ngon, những giấc mơ xuất hiện ở chu kỳ này. Máu dồn về não nhiều hơn và sóng não đồ hầu như giống với khi trẻ thức. Tuy nhiên, cơ bắp trẻ không thể cử động được, ở chế độ nghỉ ngơi. Trẻ em có giấc ngủ REM nhiều hơn người lớn và đây là giai đoạn phát triển trí lực (cognitive) của trẻ. Một số trường hợp mất ngủ, bệnh lý rối loạn giấc ngủ trẻ có dấu hiệu bàn chân không yên (Restless Legs Syndrom: RLS). Chu kỳ REM chiếm 25% [7].

Như vậy, nếu giai đoạn giấc ngủ NON-REM của trẻ bị rối loạn sẽ ảnh hưởng đến sự phát triển thể chất của trẻ (giai đoạn này các hooc môn tăng trưởng được giải phóng). Khi giấc ngủ REM của trẻ bị rối loạn sẽ ảnh hưởng đến phát triển trí lực của trẻ. Khi cả chu kỳ giấc ngủ NON-REM và REM bị rối loạn sẽ ảnh hưởng đến phát triển thể chất và trí lực của trẻ

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: có mối liên quan giữa suy dinh dưỡng thấp còi và rối loạn giấc ngủ với OR=4,1, CI (2,0-8,2), p<0,001. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 28,8% trẻ ngủ không ngon giấc. Có thể, trong giai đoạn giấc ngủ NON-REM (đặc biệt giai đoạn 3-4) - trẻ ngủ không sâu, (những tiếng ồn, môi trường bên ngoài dễ tác động đến giấc ngủ của trẻ) - trẻ trằn trọc, dễ tỉnh giấc làm hạn ảnh hưởng đến việc việc giải phóng hooc môn tăng trưởng.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trẻ suy dinh dưỡng nhẹ cân và thấp còi tương ứng của trẻ là 8,9% và 25,1%. Tỷ lệ trẻ có phát triển tâm vận động dưới ngưỡng ở các lĩnh vực giao tiếp, vận động thô, giải quyết vấn đề, cá nhân xã hội tương ứng là 11,5%; 23,0%; 35,6%; 28,3% và 24,6%. Thời gian ngủ trung bình của trẻ là 9,3 ±0,5 giờ; thời gian trẻ rơi vào giấc ngủ là 21,5± 7,2 phút và tỷ lệ trẻ ngủ không ngon giấc là 28,8%. Có mối liên quan giữa trẻ thấp còi và ngủ không ngon giấc OR=4,1 (95% IC: 2,0-8,2).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **McCann JC, Ames BN (2007).** An overview of evidence for a causal relation between iron deficiency during development and deficits in cognitive or behavioral function (2007). Am J Clin Nutr. 2007; 85 (4): 931-45.
2. **Lee KA (2011)**. Sleep promotion in the childbearing family. In: Redeker N, McEnany GP, editors. *Sleep Disorders and Sleep Promotion in Nursing Practice*. New York, NY: Springer p. 261–76
3. **Elizabeth Twomly, Diane Bricker, Jane Squires, Lawanda Potter (2009),** ASQ-3™ User's Guide, Paul H Brookes Pulishing Co.
4. **Vaidya A, Saville N, Shrestha B. P*, et al.* (2008),** "Effects of antenatal multiple micronutrient supplementation on children's weight and size at 2 years of age in Nepal: follow-up of a double-blind randomised controlled trial", *Lancet*, 371(9611), pp. 492-499.
5. **Lê Thị Hương, Nguyễn Thùy Linh, Nguyễn Thị Thu Hà**, (2014), "Sự khác biệt về tình trạng dinh dưỡng và phát triển tâm vận động ở trẻ dưới 6 tuổi giữa nông thôn và thành phố của tỉnh Hà Nam năm 2012", *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập 24, số 4, tr. 48.
6. **Lê Thi Thủy, Cao Thi Thu Hương, Bùi Thị Nhung (2017).** Yếu tố tác động đến phát triển tâm vận động của trẻ 18-60 tháng tuổi tại một số xã thuộc huyện Nam Trực, Nam Định, Dinh dưỡng & thực phẩm, 13(3) tr 57-62
7. **Schulz, Hartmut (2008).** "Re thinking sleep analysis. Comment on the AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events". *J Clin Sleep Med*. American Academy of Sleep Medicine. **4** (2): 99

103. PMC 2335403. PMID 18468306.

GÁNH NẶNG CỦA ĐAU TẠI VIỆT NAM

Nguyễn Văn Chương*, Trần Thị Ngọc Trường*, Nguyễn Văn Hào, Nguyễn Văn Tuấn*, Đặng Phúc Đức***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Bước đầu đánh giá gánh nặng của đau tại Việt Nam. ***Đối tượng***: Gồm 12.136 người có tuổi ≥10 (từ 3.350 hộ gia đình) được chọn ngẫu nhiên từ 48/63 tỉnh thành phố trên cả nước từ tháng 9/2015 đến tháng 10/2016. ***Phương pháp***: Khảo sát mô tả cắt ngang theo bộ câu hỏi phỏng vấn. ***Kết quả:*** Số người từng đau nhức trong cuộc đời chiếm 86,53% mẫu nghiên cứu trong đó đau mạn tính chiếm 62,43%. Trong số những người từng bị đau 86,67% cảm thấy khó chịu và rất khó chịu; 81,62% bị ảnh hưởng công việc do đau; 10,20% không thể làm việc được do đau. Tính trong 6 tháng gần đây, nhiều người phải tốn từ vài triệu đến hơn 25 triệu để điều trị đau. Với 41,7% số người xác định được chi phí điều trị thì tổng chi phí ước tính dùng để diều trị đau trong khoảng thời gian này là 22,43 tỷ VNĐ. ***Kết luận***: Đau ảnh hưởng lớn lên cuộc sống và công việc của người bệnh, gây ra gánh nặng lớn về kinh tế và xã hội.

Từ khóa: Đau, đau mạn tính ở Việt Nam, gánh nặng

SUMMARY

BURDEN OF PAIN IN VIETNAM

Objective: Initially evaluating the burden of pain in Vietnam. ***Subject***: 1,2136 people aged ≥10 (of 3.350 households) were randomly selected from 48/63 provinces across the country from September 2015 to October 2016. ***Method***: cross-sectional descriptive survey based on questionaire. ***Results***: 86,53% participants had ever been in pain in their life with 62,43% of these had chronic pain. Among the participants had pain, 86,67% of these felt uncomfortable and very uncomfortable; 81,62% reported that their work were affected and 10,20% couldn't do their work caused by pain. In the last six months, many participants lost from several million to above 25 million VNĐ in treating pain. Estimating total direct cost in treating pain for 41,7% participants with pain this duration was 22,43 billion VNĐ. *Conclusion:* pain created big impact on life and work of patients, caused heavy burden on economy and society.

Keywords: pain; chronic pain in Vietnam, burden

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau có thể không đe dọa đến sự sống nhưng lại là một vấn đề sức khỏe cộng đồng lớn hiện nay. Đau gần như thâm nhập vào tất cả các chuyên ngành trong y học: từ bệnh lý cơ xương khớp, tim mạch, nội tiết, thần kinh,...cho đến ung thư. Đau là nguyên nhân đi đầu khiến người bệnh đi khám, nhập viện và sử dụng nhiều dịch vụ chăm sóc sức khỏe và xã hội khác. Thêm vào đó, đau còn dẫn đến sự tàn phế và mất khả năng lao động, mất việc làm. Do đó, ở mọi quốc gia, đau là một gánh nặng lớn cho hệ thống y tế, kinh tế và xã hội.

Trên thế giới đã có nhiều khảo sát nghiên cứu dịch tễ của đau đặc biệt là đau mạn tính và gánh nặng của nó lên kinh tế và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Ước tính tỷ lệ hiện mắc của đau mạn tính dao động từ 8% - trên 60% tùy vào sự khác nhau về phương pháp nghiên cứu trong cách xác định tỷ lệ hiện mắc và sự khác nhau của quần thể nghiên cứu[2]. Theo Viện y học Mỹ, khoảng 100 triệu người Mỹ trưởng thành mắc một số loại đau mạn tính thường gặp [6]. Một khảo sát độc lập, cắt ngang, dựa trên internet khẳng định kết quả rằng đau mạn tính do bệnh nhân tự xác định – được định nghĩa là đau không phải mức độ nhẹ, không thoáng qua kéo dài ít nhất 6 tháng xảy ra ở 30,7% dân số Mỹ. Thêm vào đó, 89% trong số đó chịu đau ít nhất 1 năm, và 86% chịu đau ít nhất 2 - 3 lần trong một tuần [7]. Hội đau Mỹ và Viện y học ước tính tổng chi phí quốc gia cho đau dao động từ 560 tỷ đến 635 tỷ đô la hàng năm [6]. Tại Australia , đau là vấn đề gây tốn kém nhiều thứ 3 cho hệ thống chăm sóc sức khỏe. Các thống kê chỉ ra đau mạn tính tiêu tốn 34 tỷ đô la hàng năm. Ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào về vấn đề dịch tễ cũng như gánh nặng của đau, vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: *Bước đầu đánh giá gánh nặng của đau lên chất lượng cuộc sống, công việc và chi phí điều trị đau.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng nghiên cứu: 12.136 người trên 10 tuổi lấy từ 3.350 hộ gia đình, nhận thức bình thường từ 48/63 tỉnh thành phố trên cả nước từ tháng 9 năm 2015 đến tháng 10 năm 2016.

- Phương pháp nghiên cứu: Khảo sát mô tả cắt ngang dựa trên bộ câu hỏi phỏng vấn. Các bác sỹ thần kinh ở mỗi khu vực trong mỗi tỉnh thành sẽ đến một số gia đình ngẫu nhiên, đặt vấn đề nghiên cứu, giải thích bộ câu hỏi và gửi đến từng người trong gia đình để khảo sát tình

**Bệnh viện Quân y 103 - Học viện Quân y*
***Bộ TL Pháo binh*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Chương
Email: vanchuong5460@gmail.com
Ngày nhận bài: 4.10.2018
Ngày phản biện khoa học: 26.11.2018
Ngày duyệt bài: 30.11.2018

trạng đau. Mỗi người được phỏng vấn theo mẫu câu hỏi có sẵn gồm 64 mục về thông tin chung, tình trạng sức khỏe, ảnh hưởng của đau và thông tin điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả nghiên cứu

Bảng 1. Tỷ lệ đau

Đã từng đau nhức trong cuộc đời	Số người	Tỷ lệ (%)
Có	10.501	86,53
Không	1.635	13,47
Tổng	**12.136**	**100**

Nhận xét: Trong tổng số 12.136 người được khảo sát có 10.501 người đã từng đau nhức trong cuộc đời chiếm 86,53% mẫu nghiên cứu.

Bảng 2. Lứa tuổi đau

Lứa tuổi	Số người	Tỷ lệ (%)
10-<19	589	5,6
20-29	1.261	12,01
30-39	2.040	19,43
40-49	2.044	19,46
50-59	1.832	17,44
60-69	1.335	12,75
70-79	966	9,19
80-89	216	2,06
>90	218	2,08
Tổng	**10.501**	**100**

Nhận xét: Đau gặp chủ yếu ở lứa tuổi lao động từ 20-59 là 68,34%. Ít gặp đau ở lứa tuổi 10-<19 tuổi và trên 80 tuổi.

Bảng 3. Tỷ lệ đau mạn tính

Đau mạn tính	Số người	Tỷ lệ (%)
Có	7.576	62,43
Không	2.925	37,57
Tổng	**10.501**	**100**

Nhận xét: Trong số 10.501 người đã từng đau nhức trong cuộc đời có 7.576 người đau mạn tính chiếm tỷ lệ 62,43%.

Bảng 4. Mức độ đau

Mức độ đau	Số người	Tỷ lệ (%)
Nhẹ	3.209	30,56
Vừa	3.796	36,15
Nặng	2.769	26,37
Rất nặng	727	6,92
Tổng	**10.501**	**100**

Nhận xét: Đau mức độ nhẹ chiếm 30,56%, đau từ mức độ vừa đến rất nặng chiếm 69,44%, trong đó chủ yếu là đau vừa và nặng chiếm 62,52%.

Bảng 5. Ảnh hưởng của đau đến cuộc sống

Ảnh hưởng của đau	Số người	Tỷ lệ (%)
Rất khó chịu	2.676	25,48
Khó chịu	6.442	61,25
Bình thường	1.403	13,27
Tổng	**10.501**	**100**

Nhận xét: Trong số 10.501 người từng bị đau trong cuộc đời có đến 86,53% cảm thấy khó chịu và rất khó chịu, chỉ có 13,27% cảm thấy đau bình thường.

Bảng 6. Ảnh hưởng của đau đến công việc

Ảnh hưởng của đau đến công việc	Số người	Tỷ lệ (%)
Không ảnh hưởng	1.924	18, 32
Ảnh hưởng 1 phần	7.505	71,47
Không làm việc được	1.071	10,20
Tổng	**10.501**	**100**

Nhận xét: Có 81,68% bị ảnh hưởng công việc do đau, trong đó có 10,20% không thể làm việc được do đau**.**

Bảng 7. Thái độ với việc điều trị đau

Có cần điều trị đau sớm	Số người	Tỷ lệ (%)
Có	8.286	78,91
Không	2.215	21,09
Tổng	**10.501**	**100**

Nhận xét: Có 78,96% thấy rằng đau cần phải được điều trị sớm trong khi 21,04% cho rằng điều này là không cần thiết.

Bảng 8. Chi phí cho điều trị đau 6 tháng gần đây

Chi phí điều trị trong 6 tháng gần đây	Số người	Tỷ lệ (%)
< 5 triệu	3305	33,99
5 – 10 triệu	326	3,35
10 – 15 triệu	63	0,65
15 – 20 triệu	45	0,46
20 – 25 triệu	155	1,59
>25 triệu	64	0,66
Không điều trị hoặc không xác định được chi phí	5766	59,30
Tổng chi phí	22,43 tỷ VNĐ	

Nhận xét: Chi phí điều trị trong 6 tháng gần đây dưới 5 triệu nhiều nhất chiếm 33,09%; tiếp theo là từ 5-10 triệu chiếm 3,35%; tiếp theo đó là từ 20-25 triệu. Tỷ lệ người không điều trị hoặc không xác định được chi phí khá cao chiếm 59,3%. Với 41,7% số người xác định được chi phí điều trị thì tổng chi phí ước tính dùng để diều trị đau trong vòng 6 tháng gần đây là 22,43 tỷ VNĐ.

IV. BÀN LUẬN

Bảng 1 cho thấy trong tổng số 12.136 người được khảo sát có 10.501 người đã từng đau nhức trong cuộc đời chiếm 86,53% mẫu nghiên cứu. Như vậy, đa số mọi người đều có một lần từng đau nhức trong cuộc đời. Trong đó số người bị đau mạn tính chiếm 62,43% (Bảng 2). Theo định nghĩa của hội đau thế giới (IASP) đau mạn tính là đau kéo dài quá thời gian bình

thường của việc tự điều chỉnh của cơ thể, thường là dưới 1 tháng hoặc thường gặp hơn là 3 tháng. Ở đây chúng tôi đánh giá bệnh nhân bị đau mạn tính khi bệnh nhân bị đau kéo dài quá 3 tháng trong 6 tháng gần đây. Theo Ceri J. Phillips tổng hợp, ước tính tỷ lệ hiện mắc của đau mạn tính dao động từ 8%-trên 60% tùy vào sự khác nhau về phương pháp nghiên cứu trong cách xác định tỷ lệ hiện mắc và sự khác nhau của quần thể nghiên cứu. Theo Viện y học Mỹ, khoảng 100 triệu người Mỹ trưởng thành mắc một số loại đau mạn tính thường gặp [6]. Một khảo sát độc lập, cắt ngang, dựa trên internet khẳng định kết quả rằng đau mạn tính do bệnh nhân tự xác định – được định nghĩa là đau không phải mức độ nhẹ, không thoáng qua kéo dài ít nhất 6 tháng xảy ra ở 30,7% dân số Mỹ. Thêm vào đó, 89% trong số đó chịu đau ít nhất 1 năm, và 86% chịu đau ít nhất 2-3 lần trong một tuần [7]. Đau mạn tính với cường độ đau từ trung bình đến nặng được ước tính ở 19% người châu Âu trưởng thành, tác động nghiêm trọng đến các hoạt động hàng ngày, xã hội và công việc. Nhiều khảo sát dựa trên dân số gần đây ở nhiều quốc gia khác nhau bao gồm Tây Ban Nha, Bồ Đào Nha, Ailen, Đan Mạch, Thổ Nhĩ Kỳ đã ước tính rằng 25-35% người trưởng thành có đau mạn tính [3]. Một phân tích đã chuẩn hóa tuổi của 18 khảo sát quy mô quốc gia bao gồm khoảng 42.000 người trưởng thành thấy rằng 37% người được phỏng vấn ở các nước phát triển và 41% ở các nước đang phát triển có tình trạng đau mạn tính. Như vậy, đau nói chung và đau mạn tính nói riêng khá phổ biến trong cộng đồng.

Theo bảng 3 đau gặp chủ yếu ở lứa tuổi lao động từ 20-59 là 68,34% Ít gặp đau ở lứa tuổi 10-<19 tuổi và trên 80 tuổi. Lứa tuổi lao động hay gặp các bệnh về cơ xương khớp cũng như thoái hóa và thoát vị đĩa đệm nên dẫn đến đau mạn tính. Đây cũng là một đặc điểm dẫn đến gánh nặng gián tiếp của đau lên kinh tế và xã hội. Ít gặp đau ở lứa tuổi > 80 có lẽ vì tỷ lệ dân số ở lứa tuổi này thấp do tuổi thọ ở Việt Nam chưa cao.

Bảng 4 cho thấy đau mức độ nhẹ chiếm 30,56%, đau từ mức độ vừa đến rất nặng chiếm 69,44%, trong đó chủ yếu là đau vừa và nặng chiếm 62,52%. Các mức độ đau được quy ra từ thang điểm VAS. Với mức độ đau như vậy có đến 86,53% cảm thấy khó chịu và rất khó chịu, chỉ có 13,27% cảm thấy đau bình thường (theo bảng 5). Đau làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và đặc biệt ảnh hưởng nghiêm trọng đến công việc. Khảo sát của chúng tôi cho thấy 81,68% số người từng bị đau trong mẫu nghiên cứu bị ảnh hưởng công việc do đau, trong đó có 10,20% không thể làm việc được do đau (Bảng 6). Với sự ảnh hưởng lên chất lượng cuộc sống và cản trở công việc như vậy, có 78,91% thấy rằng đau cần phải được điều trị sớm trong khi 21,09% cho rằng điều này là không cần thiết (Bảng 7).

Theo Ashburn , đau tác động lên mọi người với nhiều mức độ khác nhau. Đối với một số người, đó có thể là cảm giác đau trong thời gian ngắn nhưng với nhiều người khác, nó là một bệnh cảnh cố định trong cuộc sống của họ và tác động của nó lên cuộc sống có thể trên nhiều mặt, dẫn đến trầm cảm, rối loạn giấc ngủ, mệt mỏi, giảm khả năng nhận thức và sinh lý, và các thay đổi về tâm trạng, nhân cách và các mối quan hệ xã hội của người bệnh [1]. Ít nhất một nửa số người bị đau mạn tính cho rằng công việc của họ bị đau cản trở. Khảo sát toàn Châu Âu cho thấy hầu hết 1 trong 5 bệnh nhân có đau mạn tính được phỏng vấn nói rằng họ mất việc làm vì đau và 1/3 cho rằng số tiếng làm việc hoặc chất lượng công việc của họ bị ảnh hưởng bởi đau [2]. Ngoài tác động của những "ngày đau" này lên chất lượng cuộc sống cá nhân, các thành viên khác trong gia đình cũng bị ảnh hưởng bất lợi bởi những điều chỉnh phải làm để thích nghi với vấn đề đau mạn tính. [4].

Bảng 8 cho thấy chi phí điều trị đau là rất lớn. Trong 6 tháng gần đây, nhiều người phải tốn từ vài triệu đến hơn 25 triệu để điều trị đau, chi phí này cao gấp nhiều lần lương cơ bản của người dân Việt Nam. Với 41,7% số người xác định được chi phí điều trị thì tổng chi phí ước tính dùng để diều trị đau trong vòng 6 tháng gần đây là 22,43 tỷ VNĐ. Tỷ lệ người không điều trị hoặc không xác định được chi phí khá cao chiếm 58,3%. Điều này cũng cho thấy vấn đề điều trị đau còn được xem nhẹ, chưa được quan tâm thích đáng bởi chính bản thân người bệnh và cả cơ sở y tế. Ở đây chúng tôi chỉ mới khảo sát được chi phí điều trị trực tiếp cho đau mà chưa khảo sát được các mất mát về kinh tế gián tiếp do đau ảnh hưởng đến khả năng lao động của người bệnh. Mà theo nhiều nghiên cứu, tổn thất gián tiếp này còn lớn hơn tổn thất do chi phí điều trị y tế trực tiếp.

Ở Thụy Sỹ, sự giảm sút sức sản xuất do nghỉ việc vì ốm có nguồn gốc từ đau mạn tính được ước tính chiếm 91% của các chi phí kinh tế xã hội của 87,5 tỷ SEK (7,37 tỷ bảng) liên quan đến sự giảm sút sản xuất vào 2003 [4]. Tác động của đau và các đợt bùng phát đau nói riêng, cũng đã được ghi nhận ở một nghiên cứu tại Mỹ vào năm

2003-2004, trong đó ước tính tác động của viêm khớp lên sự mất thời gian sản xuất lên tới 7,1 tỷ USA nhưng trong đó 66% là do 38% công nhân có đợt bùng phát đau. Ước tính ở Đan Mạch 1 triệu ngày làm việc bị mất hàng năm do hậu quả của đau mạn tính. Chi phí gián tiếp (do nghỉ việc) của đau lưng ở Anh được ước tính từ 5 tỷ đến 10,7 tỷ bảng Anh vào 1998, tùy thuộc vào cách tiếp cận lao động [8]. Cũng như tác động của đau mạn tính lên nghỉ làm,đau cũng được biết đến là có một tác động lớn đến sức sản xuất của công nhân được đề cập đến là "presenteeism" tức là những người ốm nhưng vẫn đi làm. Tương tự như vậy, trong khi số ngày nghỉ làm ước tính 9,9 triệu hàng năm ở Australia, thì số ngày làm việc không năng suất ước tính đến 36,5 triệu mỗi năm, làm tăng sự thâm hụt do sản xuất kém từ 1,4 tỉ đô Úc (0,65 tỷ bảng Anh) do nghỉ làm đơn thuần và lên đến 5,1 tỷ Úc (2,35 tỷ Bảng Anh) khi tính chung giảm sức sản xuất do cả nghỉ làm và giảm năng suất do công nhân đi làm nhưng bị ốm[4]. Hơn nữa, cũng như tác động của đau mạn tính lên những người vắng mặt do đau và đi làm kém hiệu quả do đau, đau còn có ảnh hưởng sâu sắc lên những người bỏ việc làm và chuyển sang không đủ khả năng làm việc dài hạn.

V. KẾT LUẬN

- Đau nói chung và đau mạn tính nói riêng khá phổ biến. Số người từng đau nhức trong cuộc đời chiếm 86,53% mẫu nghiên cứu trong đó số người bị đau mạn tính chiếm 62,43%.

- Đau ảnh hưởng lớn lên cuộc sống và công việc của người bệnh, gây ra gánh nặng lớn về kinh tế và xã hội. 86,53% cảm thấy khó chịu và rất khó chịu, chỉ có 13,27% cảm thấy đau bình thương. Có 81,68% bị ảnh hưởng công việc do đau, trong đó có 10,20% không thể làm việc được do đau. Trong 6 tháng gần đây, nhiều người phải tốn từ vài triệu đến hơn 25 triệu để điều trị đau. Với 41,7% số người xác định được chi phí điều trị thì tổng chi phí ước tính dùng để diều trị đau trong vòng 6 tháng gần đây là 22,43 tỷ VNĐ. Tỷ lệ người không điều trị hoặc không xác định được chi phí khá cao chiếm 58,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ashburn MA, Staats PS**. Management of chronic pain. Lancet 1999; 353:1865-9
2. **Azevedo LF, Costa-Pereira A, Mendonça L, Dias CC, Castro-Lopes JM (2012)** Epidemiology of chronic pain: a population-based nationwide study onits prevalence, characteristics and associated disability in Portugal. J Pain 2012,13: 773–78.
3. **Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D. (2006)** Survey of chronic pain in Europe: prevalence, impact on daily life, and treatment. European Journal of Pain 2006; 10: 287-333.
4. **Breiviket al. (2013)** The individual and societal burden of chronicpain in Europe: the case for strategic prioritisationand action to improve knowledge and availabilityof appropriate care, BMC Public Health 2013,13:1229
5. **Ceri J. Phillips. (2009)** The cost and burden of chronic pain. Reviews in Pain, Vol.3, N0.1, June 2009.
6. **Eriksen J, Jensen MK, Sjøgren P, Ekholm O, Rasmussen NK. (2003)** Epidemiology of chronic non-malignant pain in Denmark. Pain 2003 ; 106: 221-8.
7. **Institute of Medicine**. *Relieving Pain in America: A Blueprint for Transforming Prevention, Care, Education, and Research.* Washington, DC: The National Academies Press; 2011.
8. **Johannes CB, Le TK, Zhou X, et al.(2010)** The prevalence of chronic pain in United States adults: results of an Internet-based survey. *J Pain.* 2010;11:1230-1239.

KHẢ NĂNG DUY TRÌ VÀ TÁC ĐỘNG CỦA PHÒNG TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE ĐẾN HOẠT ĐỘNG TRUYỀN THÔNG GIÁO DỤC SỨC KHỎE CỦA HUYỆN BÌNH LỤC, TỈNH HÀ NAM

Trần Thị Nga*, Nguyễn Văn Hiến*, Nguyễn Duy Luật*

TÓM TẮT

Nghiên cứu định tính trên 25 cán bộ của trung tâm y tế và trạm trưởng trạm y tế xã huyện Bình Lục tỉnh Hà Nam nhằm đánh giá khả năng duy trì và tác động của phòng Truyền thông Giáo dục sức khỏe (TT-GDSK) đến hoạt động TT-GDSK của trung tâm y tế huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam năm 2017. Kết quả: Phòng TT-GDSK đảm bảo đủ nhân lực, các hoạt động được triển khai thường xuyên bao gồm lập kế hoạch TT-GDSK, đào tạo cán bộ y tế xã và y tế thôn, giao ban định kỳ với các trạm trưởng về hoạt động TT-GDSK 1 lần/tháng, hỗ trợ các xã thực hiện TT-GDK và giám sát thường xuyên nhằm nâng cao chất lượng hoạt động. Tại xã: hoạt động TT-GDSK được thực hiện

**Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Nga
Email: tranthinga@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 30.9.2018
Ngày phản biện khoa học: 12.11.2018
Ngày duyệt bài: 19.11.2018

thường xuyên, lồng ghép tư vấn hoặc truyền thông nhóm nhỏ khi người dân tới khám chữa bệnh, đa dạng về hình thức, nội dung truyền thông theo các vấn đề sức khỏe của mỗi xã. Tuy nhiên, để duy trì hoạt động TT-GDSK cần thiết được hỗ trợ kinh phí để mua sắm trang thiết bị, sản xuất tài liệu TT-GDSK.

Từ khóa: Phòng truyền thông giáo dục sức khỏe, duy trì.

SUMMARY

THE MAINTENANCE AND IMPACT OF HEALTH COMMUNICATION AND EDUCATION DEPARTMENT RELATED TO COMMUNICATION ACTIVITIES IN BINHLUC DISTRICT, HANAM PROVINCE

Qualitative research study was conducted among 25 staff of district health center and commune health centers in Binh Luc district, Ha Nam province to assess the ability to maintain and influence of health communication and education deparment of Binh Luc district health center in 2017. Results showed that the department of health communication and education was adequate to the human resources, all activites which included planning, training health workers, meeting with directors of commune health center once a moth, supporting and monitoring activities was regular implemented to improve quality. In commune, communication activities was normally executed, they combined individual consultant in health and interaction in small groups when people came for medical examination, the diversity in form and content communication followed topics in events were witnessed. However, it was necessary to provide financial to purchase equipments and producing communication materials.

Keywords: communication and education department, maintenance.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Căn cứ Quyết định số 26/2005/QĐ-BYT ngày 09/9/2005 của Bộ trưởng Bộ Y tế, Trung tâm Y tế huyện Bình Lục thuộc Sở Y tế Hà Nam đã thành lập Phòng Truyền thông Giáo dục sức khỏe theo Quyết định số 127/QĐ-SYT ngày 02/4/2009. Từ khi thành lập Phòng Truyền thông Giáo dục sức khỏe đã thực hiện tuyên truyền, cung cấp thông tin về chủ trương, chính sách pháp luật của Đảng, Nhà nước về y tế; tổ chức các hoạt động truyền thông, giáo dục sức khỏe về y tế, chăm sóc sức khỏe trên địa bàn [1]. Để tăng cường năng lực, nâng cao hiệu quả hoạt động của mạng lưới y tế cơ sở, Bộ Y tế đã ban hành chương trình hành động triển khai thực hiện Đề án Xây dựng và Phát triển mạng lưới y tế cơ sở trong tình hình mới, có đề cập đến một trong những nhiệm vụ chuyên môn là Truyền thông giáo dục và nâng cao sức khỏe [2]. Phòng TT-GDSK đã triển khai một số hoạt động: Đào tạo nâng cao kiến thức và kỹ năng TT-GDSK cho cán bộ trạm y tế xã và y tế thôn, hỗ trợ trạm y tế xã xây dựng tài liệu truyền thông, thực hiện các hoạt động quản lý TT-GDSK như lập kế hoạch, giám sát hoạt động. Sau một thời gian triển khai mô hình phòng Truyền thông Giáo dục sức khỏe tại trung tâm y tế huyện (TTYTH), chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá khả năng duy trì và tác động của phòng Truyền thông Giáo dục sức khỏe đến hoạt động TT-GDSK của trung tâm y tế huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam năm 2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thời gian và địa điểm: Nghiên cứu được tiến hành tại trung tâm y tế huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam vào tháng 8 năm 2017.

2. Đối tượng: Đại diện lãnh đạo Trung tâm y tế (Giám đốc trung tâm), cán bộ phòng Truyền thông Giáo dục sức khỏe (2 cán bộ), cán bộ ở các khoa/phòng tham gia hoạt động TT-GDSK (3 cán bộ) và tất cả 19 trạm trưởng trạm y tế xã.

3. Phương pháp: Thiết kế mô tả cắt ngang, sử dụng phương pháp định tính.

Khả năng duy trì gồm: mạng lưới truyền thông từ tuyến huyện đến y tế thôn, cơ sở vật chất, hoạt động, công tác quản lý.

4. Công cụ và kỹ thuật thu thập thông tin: Sử dụng công cụ là hướng dẫn phỏng vấn sâu (PVS) và thảo luận nhóm (TLN) cán bộ y tế. Tổ chức 2 cuộc TLN: 1 TLN cán bộ trung tâm y tế (6 cán bộ) và 1 TLN với các trạm trưởng TYTX (19 cán bộ). Thực hiện 4 cuộc PVS với giám đốc trung tâm y tế, trưởng phòng Truyền thông Giáo dục sức khỏe và 2 trạm trưởng TYTX.

Nghiên cứu viên là giảng viên trường Đại học Y Hà Nội. Nghiên cứu viên vừa thu thập vừa phân tích, các câu hỏi phỏng vấn sau phụ thuộc vào câu hỏi phỏng vấn trước và chấm dứt phỏng vấn khi có đủ thông tin hay thông tin đã bão hòa. Tất cả các cuộc TLN và PVS đều được ghi âm nhằm thu được thông tin đầy đủ và chính xác nhất, sau đó được giải băng và phân tích kết quả.

5. Xử lý thông tin: Sử dụng phương pháp lý thuyết nền tảng, xác định các tiểu hạng mục và hạng mục nội dung, rồi từ đó so sánh, đối chiếu và nhóm lại nội dung dựa trên mối liên quan giữa các thành tố này [3].

6. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức của trường Đại học Y Hà Nội thông qua. Đối tượng nghiên cứu được giải thích và đồng ý tham gia.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu: Trong số 25 cán bộ tham gia nghiên cứu, 100% cán bộ là dân tộc Kinh. Về giới: có 12 cán

bộ là nam và 13 nữ; trình độ chuyên môn: 12 cán bộ là bác sĩ, 3 y sĩ, 4 điều dưỡng, 5 nữ hộ sinh và 1 cử nhân y tế công cộng. Tuổi trung vị là 50,5 (khoảng biến thiên KBT = 38 - 58 tuổi). Số năm công tác trung vị là 23 (KBT = 7 – 31 năm).

2. Khả năng duy trì phòng Truyền thông Giáo dục sức khỏe: Phòng Truyền thông Giáo dục sức khỏe của TTYTH Bình Lục vẫn được duy trì về tổ chức, cơ sở vật chất và hoạt động từ khi thành lập. Nhân lực của phòng Truyền thông Giáo dục sức khỏe vẫn được duy trì để đáp ứng yêu cầu của công việc: "Khi thành lập phòng có 4 cán bộ, hiện nay còn 2 cán bộ do 1 cán bộ nghỉ hưu và 1 cán bộ chuyển công tác. Trong khi chưa bổ sung được nhân lực thì trung tâm huy động sự tham gia của cán bộ từ các khoa/phòng nên vẫn đảm bảo thực hiện tốt các hoạt động" *(PVS lãnh đạo trung tâm y tế)*.

Hoạt động TT-GDSK được thống nhất từ TTYTH đến các trạm y tế xã trong huyện: "Các TYTX lập kế hoạch hoạt động TT-GDSK theo quý, tháng và gửi về phòng TT-GDSK, phòng chúng tôi căn cứ trên nhu cầu TT-GDSK của các xã để tổng hợp và xây dựng kế hoạch chung cho cả huyện, đồng thời giám sát hỗ trợ, phối hợp triển khai hoạt động tại các xã" *(PVS trưởng phòng TT-GDSK)*.

"Giao ban công tác TT-GDSK được duy trì 1 lần/tháng lồng ghép vào buổi giao ban chung giữa TTYTH với các trạm trưởng TYTX. Thông qua giao ban phòng TT-GDSK sẽ tổng hợp được tình hình thực hiện TT-GDSK của các xã và kịp thời hỗ trợ khi các xã gặp khó khăn cũng như định hướng các chủ đề TT-GDSK cụ thể cho từng xã " *(TLN cán bộ trung tâm y tế)*.

Trung tâm y tế huyện luôn chú trọng việc đào tạo cán bộ để thực hiện tốt nhiệm vụ chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe nhân dân: "Trung tâm TT-GDSK tỉnh Hà Nam tổ chức các khóa đào tạo cho cán bộ phòng TT-GDSK, phòng khám, tổ công tác xã hội và cán bộ/khoa/phòng. Cán bộ của TTYTH đào tạo cho cán bộ trạm y tế xã, nhân viên y tế thôn có đủ kiến thức và kỹ năng chuyên môn cũng như TT-GDSK" *(TLN cán bộ trung tâm y tế)*.

Phương thức TT-GDSK đa dạng: "TTYT huyện Bình Lục phối hợp với TYT xã thực hiện TT-GDSK bằng cả hai kênh: truyền thông trực tiếp và gián tiếp. Các phương pháp TT-GDSK phong phú như phát thanh qua hệ thống loa đài của huyện, xã; tư vấn qua điện thoại; mít tinh cổ động; thăm hộ gia đình; thảo luận nhóm người dân; nói chuyện giáo dục sức khỏe và lồng ghép tư vấn giáo dục sức khỏe khi khám chữa bệnh" *(TLN cán bộ trung tâm y tế)*.

3. Tác động của phòng Truyền thông Giáo dục sức khỏe đến hoạt động TT-GDSK huyện Bình Lục: Căn cứ theo kế hoạch năm của Phòng TT-GDSK, các TYTX lập kế hoạch, tổ chức thực hiện và quản lý hoạt động TT-GDSK.

"Sau khi có kế hoạch năm của Phòng TT-GDSK, các TYTX xây dựng kế hoạch năm/quý/ tháng. Nội dung TT-GDSK tập trung vào những vấn đề sức khỏe hay gặp tại thôn, xã. Cán bộ TYTX và nhân viên y tế thôn thực hiện các hình thức tư vấn cá nhân, truyền thông nhóm. Sáng thứ 4 hàng tuần nhân viên y tế thôn giao ban tại TYTX để báo cáo kết quả hoạt động và thống nhất hoạt động cho tuần tiếp theo, 1 lần/tháng cán bộ của TTYTH sẽ giám sát hoạt động TT-GDSK tại TYTX hoặc thôn, lồng ghép giám sát các chương trình y tế, từ đó có thể đào tạo cán bộ nhằm nâng cao chất lượng dịch vụ" *(TLN trạm trưởng TYTX)*.

"Công tác truyền thông đa dạng về hình thức: truyền thông gián tiếp qua loa đài của thôn, xã. Truyền thông trực tiếp tại trạm y tế, nhà văn hóa thôn, nhà trường và ủy ban nhân dân xã, truyền thông và tư vấn hàng ngày được lồng ghép thực hiện tại TYTX khi người dân đến khám chữa bệnh (phối hợp với các ban ngành, đoàn thể)" *(PVS trạm trưởng TYTX)*.

Trước khi thành lập phòng TT-GDSK các xã tự xây dựng nội dung truyền thông, sau khi thành lập phòng TT-GDSK có sự thống nhất từ huyện đến xã: "Phòng TT-GDSK thống nhất chủ đề, nội dung truyền thông từ huyện đến xã, hàng tháng trong giao ban các trạm trưởng TYTX, giao ban với nhân viên y tế thôn sẽ báo cáo kết quả của hoạt động TT-GDSK" *(TLN cán bộ trung tâm y tế; PVS trạm trưởng TYTX)*.

"Cán bộ TYTX và nhân viên y tế thôn được đào tạo thường xuyên nên được nâng cao về kiến thức và kỹ năng chuyên môn" *(TLN trạm trưởng TYTX)*.

"Từ khi có phòng truyền thông giáo dục sức khỏe các hoạt động TT-GDSK được thực hiện thường xuyên, kiến thức, thái độ và hành vi của người dân trong chăm sóc sức khỏe tốt hơn. Giảm tỷ lệ mắc bệnh của người dân đặc biệt là bệnh tiêu chảy, bệnh đường tiêu hóa. Số người dân được phát hiện bệnh sớm và điều trị sớm tăng lên" *(PVS trạm trưởng TYTX)*.

4. Thuận lợi, khó khăn và đề xuất duy trì phòng Truyền thông Giáo dục sức khỏe: Trong quá trình triển khai phòng TT-GDSK được sự ủng hộ của lãnh đạo địa phương, y tế cấp trên và người dân: "Có sự chỉ đạo của Bộ Y tế,

Sở y tế Hà Nam về việc thành lập phòng TT-GDSK tại TTYTH Bình Lục. Cán bộ TTYTH và trạm y tế xã được trường Đại học Y Hà Nội tập huấn, nâng cao kiến thức và kỹ năng TT-GDSK như: kỹ năng quản lý, lập kế hoạch, viết bài TT-GDSK, kỹ năng thực hiện TT-GDSK trực tiếp" *(PVS lãnh đạo TTYTH)*.

"Lãnh đạo địa phương quan tâm đến công tác y tế, người dân sẵn sàng tham gia vào các hoạt động bảo vệ sức khỏe" *(PVS trạm trưởng TYTX)*.

"Phương tiện đủ để thực hiện hoạt động TT-GDSK" *(TLN trạm trưởng TYTX)*.

Bên cạnh những thuận lợi vẫn còn nhiều khó khăn trong quá trình thực hiện: không có kinh phí nên hoạt động TT-GDSK được lồng ghép trong các chương trình/dự án y tế, số lượng các chủ đề nhiều nên tần suất truyền thông cho mỗi chủ đề ít, cán bộ kiêm nhiệm ở các khoa/phòng khác nhau nên chưa dành nhiều thời gian cho hoạt động TT-GDSK *(PVS trưởng phòng TT-GDSK)*.

"Không có kinh phí nên không có đủ tờ rơi, trang thiết bị hỏng cũng chậm được bổ sung" *(TLN trạm trưởng TYTX)*.

Để duy trì hoạt động của phòng TT-GDSK trung tâm y tế đã bổ sung nhân lực từ các khoa/phòng tham gia, lồng ghép hoạt động TT-GDSK vào các hoạt động/chương trình khác, cần thiết được bổ sung kinh phí để mua sắm trang thiết bị, sản xuất tài liệu TT-GDSK.

"Nhân lực làm truyền thông được bổ sung và đào tạo thường xuyên, có đủ các trang thiết bị cần thiết và hoạt động được lập kế hoạch ngay từ đầu năm gửi cho các trạm y tế xã" *(TLN cán bộ trung tâm y tế)*.

"Hoạt động TT-GDSK được lồng ghép vào các hoạt động khác như: tư vấn cho người dân khi đến khám chữa bệnh, truyền thông nhóm nhỏ khi người dân chờ khám bệnh,…" *(TLN cán bộ trung tâm y tế, TLN trạm trưởng trạm y tế xã)*.

"Cần thiết hỗ trợ kinh phí cho mua sắm trang thiết bị, thực hiện hoạt động. Định kỳ đào tạo cán bộ để cập nhật kiến thức mới" *(PVS trạm trưởng TYTX)*.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu sử dụng phương pháp định tính là phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm cán bộ y tế thuộc TTYTH và TYTX. Phòng Truyền thông giáo dục sức khỏe là một trong hai phòng chức năng của TTYTH và vẫn được duy trì về tổ chức, cơ sở vật chất và hoạt động [4]. Công tác TT-GDSK đã được các cấp chính quyền, lãnh đạo của ngành y tế quan tâm và được coi là một trong những nhiệm vụ quan trọng nhất của trạm y tế. Tại TTYTH hoạt động TT-GDSK được lồng ghép vào các chương trình y tế và phối hợp với cán bộ các khoa/phòng chuyên môn cùng tham gia thực hiện. Hoạt động TT-GDSK được thực hiện theo kế hoạch, chủ động, sáng tạo, huy động được mọi cán bộ của trạm y tế xã, tất cả các nhân viên y tế thôn tích cực tham gia. TT-GDSK thông qua các hình thức như tuyên truyền qua hệ thống truyền thanh, tổ chức góc truyền thông, phát tờ rơi, trưng bày tranh ảnh, tư vấn tại TYTX và hộ gia đình, tổ chức nói chuyện trực tiếp trong các cuộc họp đoàn thể, thôn xóm. Các hình thức này phong phú và có hiệu quả.

Để có thể tổ chức thực hiện, quản lý tốt các hoạt động TT-GDSK trên địa bàn huyện, phòng TT-GDSK phải có đủ các điều kiện tối thiểu về nguồn lực. Trước hết cần có đội ngũ cán bộ đủ về số lượng và được đào tạo kiến thức, kỹ năng về TT-GDSK. Nhân lực phòng Truyền thông có 2 cán bộ và TTYT huyện đã cử các cán bộ tại các khoa/phòng khác tham gia kiêm nhiệm là rất cần thiết. Cán bộ tham gia truyền thông tại huyện, cán bộ y tế xã, y tế thôn đều được đào tạo cập nhật hàng năm. Theo kết quả nghiên cứu ở 4 tỉnh Hà Giang, Bắc Giang, Đắk Lắk, Trà Vinh ở tuyến huyện có Phòng truyền thông, nhưng chỉ là những cán bộ kiêm nhiệm chưa được đào tạo bài bản, trang thiết bị, phương tiện gần như không có nên hoạt động rất khó khăn [5].

Nhiều hoạt động của tuyến y tế cơ sở gắn với TT-GDSK. Việc quy định trưởng các TYTX trực tiếp phụ trách công tác TT-GDSK và đưa nội dung TT-GDSK vào giao ban hàng tháng với các trưởng TYT xã trong huyện và các cán bộ TTYT huyện là hoàn toàn phù hợp với yêu cầu thực tế và chỉ thị 08 ngày 01/9/2008 của Bộ Trưởng Bộ Y tế về đẩy mạnh công tác TT-GDSK và chiến lược chăm sóc sức khỏe ban đầu của ngành y tế [6]. Đây là điểm mà TTYTH Bình Lục đã thực hiện tốt.

Theo dõi, giám sát và đánh giá là các hoạt động nhằm nâng cao chất lượng và điều chỉnh các hoạt động TT-GDSK cho phù hợp hơn. Tại huyện Bình Lục hoạt động theo dõi, giám sát và đánh giá được thực hiện thường xuyên từ tuyến huyện đến tuyến xã và mạng lưới y tế thôn nên các hoạt động TT-GDSK được duy trì.

Phòng TT-GDSK huyện Bình Lục về cơ bản đã thực hiện các hoạt động theo chức năng nhiệm vụ được xây dựng. Công tác quản lý có tác động lớn đến cả số lượng và chất lượng các hoạt động TT-GDSK. Khi mới thành lập phòng TT-GDSK, cán bộ lãnh đạo của TTYTH quan tâm đến công tác quản lý để đưa các hoạt động TT-GDSK đi vào nề nếp là việc làm cần thiết. Cán bộ của phòng TT-GDSK tiếp cận với cách làm việc khoa học, xây dựng mục tiêu, kế hoạch hoạt động sẽ

tạo ra ảnh hưởng lâu dài, giúp các cán bộ phòng TT-GDSK có thể chủ động trong mọi hoạt động và sử dụng hợp lý các nguồn lực có hạn để đạt được kết quả tốt nhất. Phòng TT-GDSK thuộc TTYT huyện Bình Lục đã thực sự là tổ chức đầu mối quản lý các hoạt động TT-GDSK ở huyện Bình Lục, góp phần đẩy mạnh công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu do đó trong tình hình hiện nay TT-GDSK cần có những phương thức và cách tiếp cận phù hợp [7].

V. KẾT LUẬN

Phòng TT-GDSK đảm bảo đủ nhân lực, các hoạt động được triển khai thường xuyên bao gồm lập kế hoạch TT-GDSK, đào tạo cán bộ y tế xã và y tế thôn, giao ban định kỳ với các trạm trưởng về hoạt động TT-GDSK 1 lần/tháng, hỗ trợ các xã thực hiện TT-GDSK và giám sát thường xuyên nhằm nâng cao chất lượng hoạt động. Tại xã: hoạt động TT-GDSK được thực hiện thường xuyên, lồng ghép tư vấn hoặc truyền thông nhóm nhỏ khi người dân tới khám chữa bệnh, đa dạng về hình thức, nội dung truyền thông theo các vấn đề sức khỏe của mỗi xã. Để duy trì hoạt động TT-GDSK, TTYTH Bình Lục cần thiết được hỗ trợ kinh phí để mua sắm trang thiết bị và sản xuất tài liệu TT-GDSK.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (2016),** Thông tư 37/TT-BYT ngày 25 tháng 10 năm 2016 về Hướng dẫn chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của trung tâm y tế huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, Hà Nội.
2. **Bộ Y tế (2017),** Chương trình hành động số 1379/CTr-BYT ngày 19/12/2017 của Bộ Y tế về việc triển khai thực hiện Đề án Xây dựng và Phát triển mạng lưới y tế cơ sở theo Quyết định số 2348/QĐ-TTg ngày 05/12/2016 của Thủ tướng Chính phủ (giai đoạn 2018-2020).
3. **Glaser, B.G., (1978).** Theoretical Sensitivity: Advances in the Methodology of Grounded Theory. Mill Valley, California: Sociology Press, 3 ed.
4. **Quyết định số 26/2005/QĐ-BYT ngày 09/9/2005** về "Quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của trung tâm y tế dự phòng huyện, quận, thị xã, thành phố thuộc tỉnh".
5. **Hội Khoa học kinh tế y tế Việt Nam (2010),** Nghiên cứu đánh giá công tác truyền thông giáo dục sức khỏe tại các trạm y tế xã năm 2010.
6. **Bộ Y tế (2008),** Chỉ thị số 08 ngày 01/9/2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc tăng cường công tác Truyền thông giáo dục sức khỏe, Hà Nội.
7. **Patricia J. Kelly Sally guttmacher, Yumary Ruiz - janecko (2010),** "Community - Based Health Interventions, Principles and Applications", Jossey - Bass, A Wiley Imprint, 989 Market Street, San Francisco, CA 94103-1741- www.josseybass.com, The United States of America, p12.

NGHIÊN CỨU ĐÁNH GIÁ HOẠT TÍNH ỨC CHẾ DÒNG TẾ BÀO UNG THƯ H460 VÀ HEP2 CỦA PRODIGIOSIN IN VITRO

Đỗ Minh Trung[1], Đỗ Thị Tuyên[2], Nguyễn Thùy Dương[3], Nguyễn Lĩnh Toàn[1], Trần Viết Tiến[1], Nguyễn Duy Bắc[1], Lê Thị Hồng Hạnh[1]

TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành nhằm đánh giá hoạt tính của prodigiosin (PG) là sản phẩm sau khi tách tinh sạch từ dịch nuôi cấy vi khuẩn trên dòng tế bào ung thư phổi H460 và ung thư thanh quản Hep2 *in vitro*. Sau khi được nuôi cấy tăng sinh đạt mật độ khoảng 80% diện tích bề mặt đĩa nuôi cấy, hai dòng tế nào này được cấy chuyển sang đĩa 96 giếng có môi trường nuôi cấy chứa PG ở những nồng độ khác nhau (0,5µg/ml; 1µg/ml; 2µg/ml; 4 µg/ml; 6 µg/ml; 8µg/ml và 10µg/ml). Sau 24, 48 giờ tiếp xúc với PG, dung dịch MTT 5 mg/ml lần lượt được thêm vào các giếng nuôi cấy tế bào, tiến hành đo mật độ quang (OD) của phản ứng MTT ở bước sóng 595 nm. Hoạt tính ức chế tế bào ung thư của PG được đánh giá thông qua hình dạng tế bào, kết quả đo OD số lượng tinh thể formazan tạo thành của phản ứng MTT và tính IC50. Kết quả PG làm thay đổi hình dạng và ức chế mạnh gây chết cả hai dòng tế bào ung thư Hep2 và H460 *in vitro*. Tế bào H460 bị chết ở ở nồng độ 4-10µg/ml với giá trị IC50 tương ứng ở 24 giờ và 48 giờ là 5,8 và 2,9; tế bào Hep2 bị chết ở nồng độ 6-10 µg/ml với IC50 24 giờ là 6,8 và IC50 48 giờ là 4,6. Nghiên cứu này đóng góp thêm vào kết quả hoạt tính chống ung thư của prodigiosin.

Từ khóa: *Prodigiosin, Hep2, H460, Tế bào ung thư*

SUMMARY

EVALUATING THE ABILITY TO INHIBIT CANCER CELL LINES H460 AND HEP2 OF PRODIGIOSIN IN VITRO

This research aimed to evaluate the *in vitro* activity of prodigiosin (PG) isolated and purified from bacterial culture on lung cancer (H460) and laryngeal cancer (Hep2) cell lines. After being cultured to reach 80%

[1]*Học viện Quân y*
[2]*Viện Công nghệ Sinh học-Viện Hàn lâm KH&CN VN*
[3]*Viện Nghiên cứu hệ Gen-Viện Hàn lâm KH&CN VN*
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Minh Trung
Email: dominhtrung@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.10.2018
Ngày phản biện khoa học: 26.11.2018
Ngày duyệt bài: 30.11.2018

confluence, Hep2 and H460 cells were then transferred to 96-well plates and exposed to PG at concentrations of 0.5µg/ml, 1µg/ml, 2µg/ml, 4µg/ml, 6µg/ml, 8µg/ml and 10µg/ml). After 24 and 48 hours of exposure to PG, 5mg/ml MTT solution was added in each well. Optical density (OD) of the MTT reaction at 595 nm was measured. The cancer cell line inhibiting activities of PG were assessed based on cell shapes, OD measurement of the formazan crystals produced by MTT reactions and IC50 values. Results showed strong *in vitro* inhibition of Hep2 and H460 cancer cell lines by PG. On the H460 cells, PG changed cell morphology and caused cell death at concentrations 4-10µg/ml with IC50 values of 5.8 and 2.9 at 24 hours and 48-hours, respectively. On the Hep2 cells, death causing concentration of PG was 6-10 µg/ml with a IC50 values of 6.8 and 4.6 at 24 hours and 48 hours, respectively. These results provide additional evidence for potential use of prodigiosin as an antineoplastic drug.

Keywords: *Prodigiosin, Hep2, H460, Cancer cells*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư là vấn đề ngày càng được quan tâm ở hầu hết các quốc gia trên thế giới. Theo số liệu báo cáo về ung thư, năm 2012 thế giới có khoảng 14,1 triệu trường hợp mới và khoảng 8,2 triệu ca tử vong do ung thư, dự đoán đến năm 2030 con số đó lên tới 13 triệu người. Trong các bệnh ung thư, ung thư phổi trở thành căn bệnh phổ biến nhất với 1,8 triệu bệnh nhân, chiếm 13% các loại bệnh ung thư. Tiếp đó đến ung thư vú với 1,7 triệu bệnh nhân và ung thư ruột kết, ung thư thanh quản[1].

Hiện nay có nhiều nghiên cứu phát hiện nhằm tìm ra các các loại thuốc mới với mong muốn đạt được hiệu quả điều trị bệnh ung thư cao hơn. Trong những năm gần đây PG được biết đến và nhận được nhiều sự quan tâm bởi PG có các hoạt tính sinh học quý như kháng khuẩn, kháng nấm, kháng tế bào ung thư... PG là hợp chất có sắc tố màu đỏ là một chất chuyển hóa alkaloid thứ cấp có công thức hóa học là $C_{20}H_{25}N_3O$, có khối lượng khoảng 323.4 Da [2]. PG thường được tổng hợp bởi vi khuẩn *Serratia sp, Pseudomonas sp, Streptomyces sp* và vi khuẩn *Vibrio sp* [3]. PG hiện nay còn được phát hiện nhiều tác dụng mới như ức chế miễn dịch, kháng ung thư trên nhiều dòng tế bào ung thư kháng thuốc. PG có khả năng gây ra apoptosis ở các dòng tế bào ung thư tạo máu (Jurkat, NSO, HL - 60 và Ramos) nhưng không ảnh hưởng tới các tế bào lành (Montaner et al., 2000) [4]. Chính vì vậy trong nghiên cứu này sau khi thu nhận được sản phẩm PG tách tinh sạch từ dịch nuôi cấy vi khuẩn, PG được đánh giá hoạt tính ức chế tế bào ung trên dòng tế bào Hep2 và H460 nhằm định hướng tạo sản phẩm có hoạt tính kháng tế bào ung thư.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Mẫu Prodigiosin từ dịch nuôi cấy vi khuẩn đã được tách tinh sạch, định lượng nồng độ được sử dụng làm đối tượng nghiên cứu để đánh giá hoạt tính (được cung cấp từ đề tài mã số 07.17 /CNSHCB). Các mẫu Prodigiosin được bảo quản ở -20ºC cho đến khi tiến hành thí nghiệm

Dòng tế bào ung thư phổi H460 và ung thư thanh quản Hep2 (ATCC, Mỹ) được sử dụng làm mô hình đánh giá hoạt tính PG ức chế tế bào một số dòng tế bào ung thư *in vitro*.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nuôi cấy tăng sinh tế bào: Để sử dụng dòng tế bào ung thư thanh quản Hep2 và ung thư phổi H460 làm mô hình để thử nghiệm đánh giá hoạt tính kháng tế bào ung thư của prodigiosin. Dòng tế bào Hep2 và H460 được giải đông hoặc cấy chuyển được nuôi cấy trong môi trường RPMI (RPMI bổ sung 10% FBS, 1% Penicillin và Streptomycin - Gibco, Mỹ), nuôi cấy ở nhiệt độ 37°C, 5% CO_2. Tế bào được nuôi cấy đến khi đạt được mật độ khoảng 80% diện tích bề mặt đĩa nuôi cấy, tiến hành cấy chuyển và chia tế bào ra làm nhiều đĩa nuôi cấy mới để tiến hành cho các thí nghiệm tiếp theo.

Kết quả đánh giá hoạt tính PG ảnh hưởng đến tế bào nuôi cấy bằng sự nguyên vẹn về hình thái tế bào khi quan sát dưới kính hiển vi soi ngược (Olympus IX83-Olympus, Nhật Bản) và sự tăng sinh của tế bào bằng kết quả đo OD lượng tinh thể formazan của phản ứng MTT. Các thí nghiệm được lặp lại 6

Tính liều ức chế 50% tế bào (IC50): Căn cứ kết quả thử nghiệm MTT, tính tỷ lệ phần trăm tế bào sống trong các giếng có bổ sung PG tiếp xúc với tế bào so với nhóm chứng không bổ sung PG. Dựa trên tỷ lệ tế bào sống trong các nhóm nghiên cứu và nồng độ PG sử dụng, lập phương trình hồi quy tuyến tính tính giữa tỷ lệ tế bào sống (Y, %) và nồng độ PG (X, mg/ml).

Phương trình hồi quy tuyến tính có dạng: Y = ax + b. Từ phương trình hồi quy tuyến tính, tính liều ức chế 50% tế bào (IC_{50}) của PG ở thời điểm 24 giờ và 48 giờ trên các dòng tế bào ung thư theo công thức:

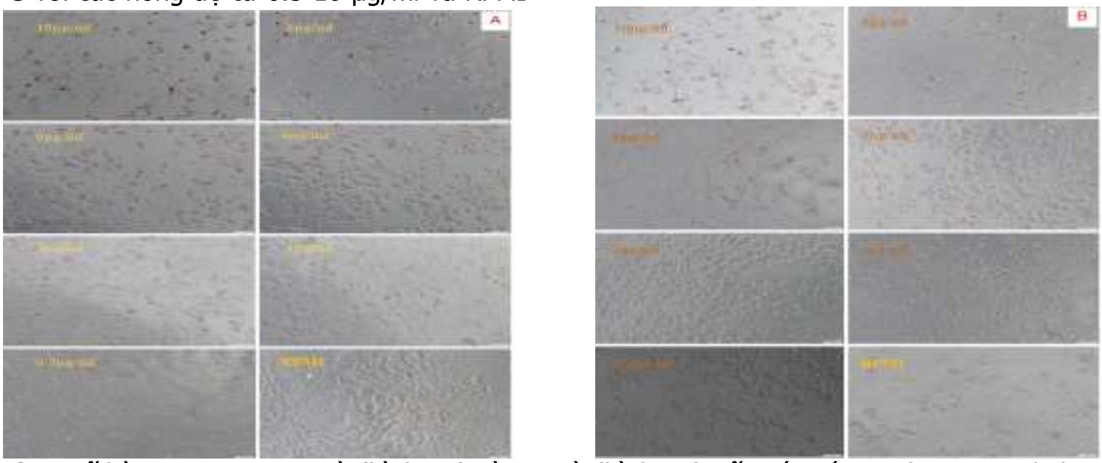
$$IC_{50} = \frac{50 - b}{A}$$

(a, b lấy từ phương trình hồi quy tuyến tính Y = ax + b)

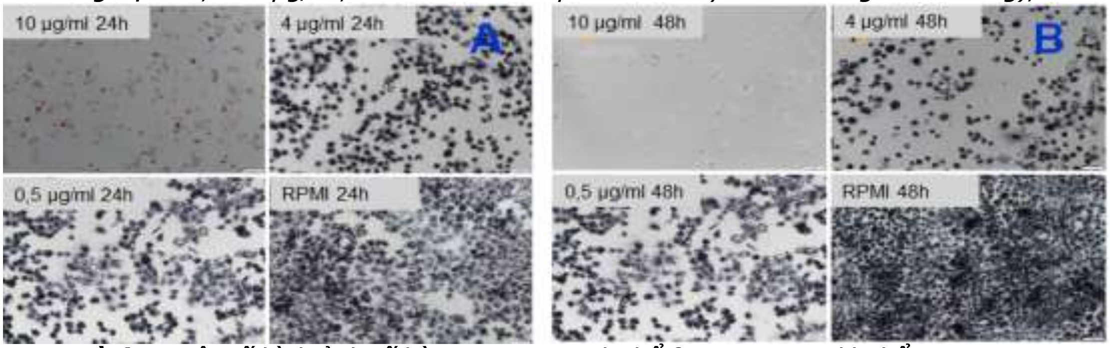
Thời điểm đánh giá: sau 24, 48 giờ cho tế bào tiếp xúc với các mẫu nghiên cứu trong môi trường nuôi cấy.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả đánh giá tác dụng ức chế tế bào H460 của PG: Tế bào H460 được tiếp xúc với PG với các nồng độ từ 0.5-10 µg/ml và RPMI (đối chứng). Sau 24 và 48 giờ tiếp xúc với PG kết quả được thể hiện ở hình 1, hình 2, bảng 1 và biểu đồ 1.



***Hình 1**. Tế bào H460 sau 24 giờ (hình 1A) và 48 giờ (hình 1B) tiếp xúc với PG *(0,5-10 µg/ml: PG ở các nồng độ từ 0,5-10 µg/ml, RPMI: Tế bào Hep460 nuôi cấy bình thường - đối chứng), 200X.*



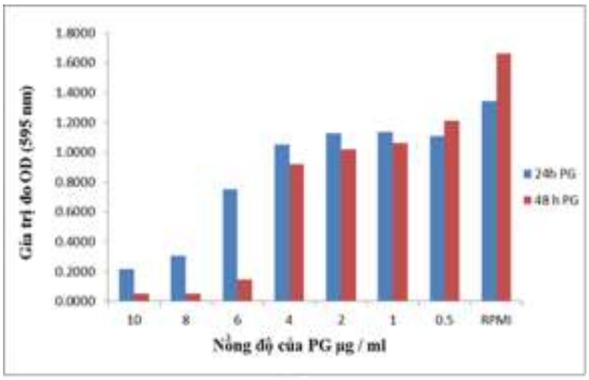
Hình 2. Một số hình ảnh tế bào H460 tạo tinh thể formazan sau khi bổ sung MTT.
(hình 2A: 24 giờ và hình 2B: 48 giờ tiếp xúc với PG; 0,5-10 µg/ml: PG nồng độ từ 0,5-10 µg/ml, RPMI: Tế bào H460 nuôi cấy bình thường - đối chứng), 200X.

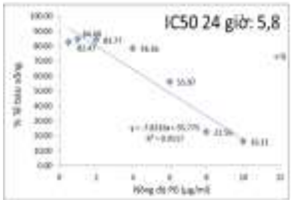
***Bảng 1.** Kết quả đo OD phản ứng MTT sau khi tiếp xúc PG với tế bào H460*

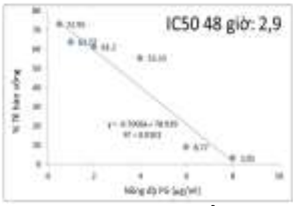
Nồng độ PG (µg/ml)	**Giá trị OD sau 24 giờ tiếp xúc PG** (n=6) (Means ± SD)	**Giá trị OD sau 48 giờ tiếp xúc PG** (n=6) (Means ± SD)
10	0,2165 ± 0,0511	0,0497 ± 0,0025
8	0,3031 ± 0,0233	0,0507 ± 0,0046
6	0,7519 ± 0,0329	0,1459 ± 0,0970
4	1,0527 ± 0,0432	0,9203 ± 0,0895
2	1,1254 ± 0,0784	1,0180 ± 0,0634
1	1,1215 ± 0,0699	1,0608 ± 0,0502
0,5	1,1145 ± 0,0824	1,2136 ± 0,1437
RPMI	1,3435 ± 0,0991	1,6634 ± 0,0936

Kết quả tính IC 50: Căn cứ kết quả thử nghiệm MTT, tính tỷ lệ phần trăm tế bào sống trong các giếng tiếp xúc với PG so với nhóm chứng không bổ sung PG để tích IC 50. IC_{50} của PG trên tế bào H460 ở thời điểm 24 giờ là 5.8 và sau 48 giờ là 2,9.

***Biểu đồ 1.** Kết quả đo OD phản ứng MTT và Phương trình hồi quy tuyến tính tính IC50 sau 24 và 48 giờ tiếp xúc PG với tế bào H460.*

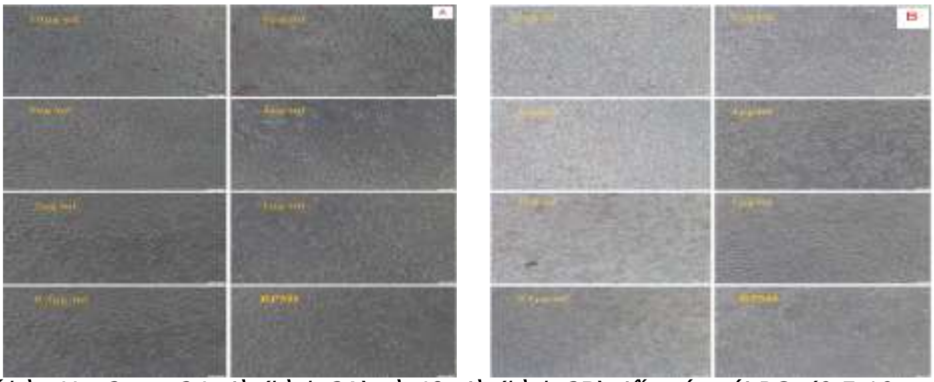




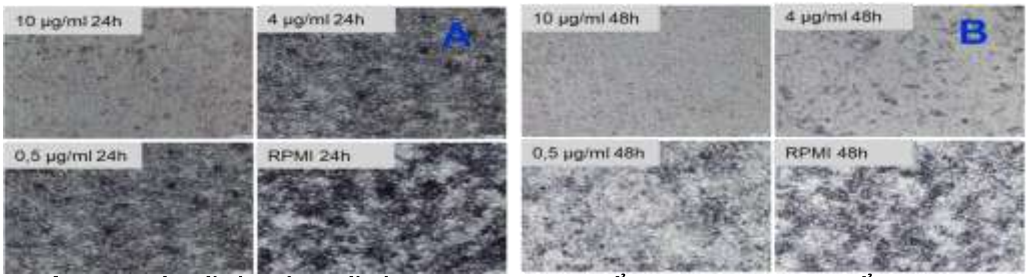


Kết quả ở hình 1, hình 2, bảng 1 và biểu đồ 1 cho thấy ở nhóm đối chứng tế bào H460 không cho tiếp xúc với prodigiosin, tế bào H460 phát triển bình thường không thấy tế bào chết, khi đo phản ứng MTT hệ số OD cũng cao hơn so với mẫu có tiếp xúc. Đối với các mẫu được tiếp xúc với PG, thời điểm sau 24 giờ PG ức chế tế bào khá tốt ở các nồng độ 6,8,10 µg/ml, làm cho hầu hết các tế bào H460 bị chết và số lượng tinh thể formazan tạo ra do chuyển hóa từ MTT không nhiều. Còn các nồng độ PG thấp hơn từ 0.5-4 µg/ml PG chưa thấy rõ biểu hiện của PG ảnh hưởng lên dòng tế bào này, nhưng có sự thay đổi về hình dạng tế bào. Ở thời điểm sau 48 giờ tiếp xúc PG thì thời điểm này PG có khả năng ức chế tế bào tốt hơn thời điểm 24 giờ ở các nồng độ cao 6-10 µg/ml PG tế bào đã co tròn và chết gần như hoàn toàn.

3.2. Kết quả đánh giá tác dụng ức chế tế bào Hep2 của PG: Tương tự như thử khả năng ức chế tế bào H460, Tế bào Hep2 sau 24, 48 giờ tiếp xúc với PG với các nồng độ từ 0,5 - 10 µg/ml và RPMI (đối chứng). Kết quả được thể hiện ở hình 3, hình 4, bảng 2 và biểu đồ 2.



***Hình 3**. Tế bào Hep2 sau 24 giờ (hình 3A) và 48 giờ (hình 3B) tiếp xúc với PG. (0,5-10 µg/ml: PG ở các nồng độ từ 0,5-10 µg/ml, RPMI: Tế bào Hep2 nuôi cấy bình thường - đối chứng), 200X.*



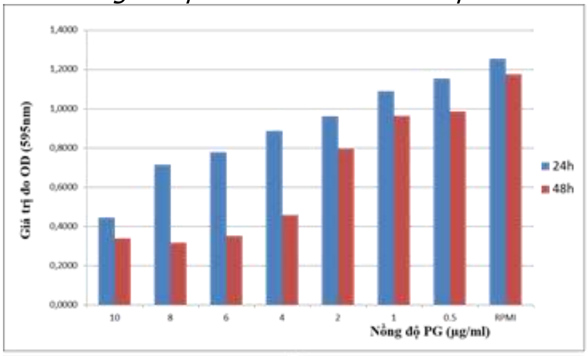
***Hình 4.** Một số hình ảnh tế bào Hep2 tạo tinh thể formazan sau khi bổ sung MTT. (hình 2A: 24 giờ và hình 2B: 48 giờ tiếp xúc với PG; 0,5-10 µg/ml: PG nồng độ từ 0,5-10 µg/ml, RPMI: Tế bào H460 nuôi cấy bình thường - đối chứng), 200X.*

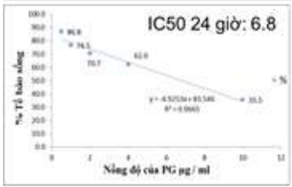
Bảng 2. Kết quả đo OD phản ứng MTT sau khi tiếp xúc PG với tế bào Hep2

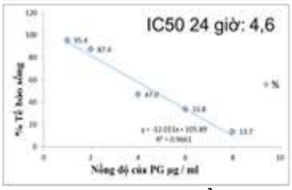
Nồng độ PG (µg/ml)	Giá trị OD sau 24 giờ tiếp xúc PG (n=6) (Means ± SD)	Giá trị OD sau 48 giờ tiếp xúc PG (n=6) (Means ± SD)
10	0,4463 ± 0,0183	0,3387 ± 0,4148
8	0,7148 ± 0,0382	0,3162 ± 0,0936

6	0,7788 ± 0,0192	0,3518 ± 0,1364
4	0,8875 ± 0,0167	0,4571 ± 0,0725
2	0,9606 ± 0,0385	0,7968 ± 0,0647
1	1,0891 ± 0,0553	0,9645 ± 0,0378
0,5	1,1535 ± 0,1783	0,9865 ± 0,1155
RPMI	1,2554 ± 0,0385	1,1759 ± 0,3196

Biểu đồ 2. *Kết quả đo OD phản ứng MTT và Phương trình hồi quy tuyến tính tính IC50 sau 24 và 48 giờ tiếp xúc PG với tế bào Hep2.*







Kết quả ở hình 3, hình 4, bảng 2 và biểu đồ 2 cho thấy: đối với nhóm bổ sung PG, ở nồng độ PG cao từ 8-10 µg/ml tế bào Hep2 có sự thay đổi về hình dạng tế bào và nhiều tế bào bị chết, do đó lượng tinh thể formazan tạo ra khá ít (hệ số đo OD thấp). Các nồng độ PG thấp hơn như 4-6 µg/ml cũng có sự thay đổi về hình thái tế bào và có tác dụng gây ức chế khả năng tăng sinh của tế bào Hep2, nhưng số lượng formazan được tạo ra đã tăng lên nhiều hơn so với ở nồng độ 8-10 µg/ml. Ở các nồng độ thấp như 0,5-2µg/ml PG ức chế ít đối với tế bào chính vì thế mà lượng tinh thể formazan tạo thành nhiều do đó hệ số đo OD cao hơn.

Kết quả tính IC 50: Căn cứ kết quả thử nghiệm MTT, tính tỷ lệ phần trăm tế bào sống trong các giếng tiếp xúc với PG so với nhóm chứng không bổ sung PG. IC_{50} của PG ở thời điểm 24 giờ trên dòng tế bào Hep2 xác định được là 6.8 và sau 48 giờ là 4,6.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này sau khi cho PG tiếp xúc với tế bào ở các nồng độ khác nhau để đánh giá hoạt tính. Đối với dòng tế bào H460 tiếp xúc với PG ở nồng độ cao sau 24 giờ có nhiều tế bào trong giếng nuôi cấy bị chết và tách ra khỏi bề mặt giếng nuôi cấy (hình 1A-10 µg/ml, hình 2A-10 µg/ml) và sau 48 giờ hầu hết tế bào bị chết, các tế bào sống còn lại thì hầu hết không còn chức năng để chuyển hóa MTT thành tinh thể formazan và kết quả đo OD phản ứng MTT là rất thấp 0,0497 ± 0,0027. Ở các thử nghiệm khi cho tiếp xúc PG ở các nồng độ thấp hơn, mức độ hưởng của PG trên tế bào cũng khác nhau từ số lượng tế bào chết nhiều cho đến chết ít hoặc ảnh ảnh hưởng rất ít, nhưng hầu hết trong nghiên cứu tế bào H460 đều có sự thay đổi về hình dạng tế bào ở cả hai thời điểm sau 24 và 48 giờ so với mẫu đối chứng không có tiếp xúc prodigiosin (hình 1, hình 2 – RPMI, biểu đồ 1 và bảng 1).

Tương tự như đánh giá hoạt tính PG trên tế bào H460. Đối với thử nghiệm trên tế bào Hep 2, ở nồng độ PG cao đều thấy nhiều tế bào trong giếng nuôi cấy bị chết và tách ra khỏi bề mặt giếng nuôi cấy, Ở nồng độ 6µg/ml và 8µg/ml kết quả thấy số lượng tế bào chết ít hơn nhưng tất cả tế bào có hiện tượng bị co lại và thay đổi hình dạng (hình 3 6-8µg/ml). Ở nồng độ 2µg/ml và 4µg/ml prodigiosin sau khi tiếp xúc với tế bào và với nồng độ thấp hơn là 0.5µg/ml và 1µg/ml prodigiosin tế bào Hep2 hầu như không ảnh hưởng gì ở thời điểm 24 giờ nhưng đến 48 giờ tế bào Hep2 bị PG ức chế mạnh hơn và có sự thay đổi về hình dạng tế bào so với nhóm đối chứng là tế bào Hep2 không cho tiếp xúc với prodigiosin.

Đã có nhiều nghiên cứu đánh giá hoạt tính ức chế tế bào ung thư của PG và kết quả đều thấy được PG có hoạt tính ức chế tế bào ung thư [5]. Beatriz Montaner và CS.,2000 công bố nghiên cứu về đánh giá ảnh hưởng dịch nuôi cấy từ chủng vi khuẩn *Serratia marcescens* 2170 (CS-2170) có chứa prodigiosin đến khả năng sống sót và khả năng gây apoptosis trên các dòng tế bào ung thư máu khác nhau (Jurkat, NSO, HL-60 và Ramos) và tế bào bình thường (NIH-3T3 và MDCK) [4]. Sau khi thử nghiệm số lượng tế bào giảm nhanh sau 4 giờ bằng xét nghiệm MTT. Tác dụng gây độc tế bào này là do quá trình apoptosis. Kết quả nghiên cứu này cho thấy prodigiosin có khả năng gây ra apoptosis trong các tế bào ung thư máu nhưng không có độc tính khi thử nghiệm trên tế bào bình thường.

Năm 2017, Yenkejeh và CS đã nghiên cứu thử nghiệm đánh giá PG trên dòng tế bào HepG2, kết quả cho thấy PG đã làm thay đổi hình thái của các tế bào thành dạng apoptotic và làm gián đoạn các kết nối tế bào. Hợp chất này làm tăng đáng kể tỷ lệ ức chế tăng trưởng và giảm hoạt động trao đổi chất của tế bào HepG2 một cách tuyến tính giữa nồng độ và thời gian tiếp xúc. Sau 24 và 48 giờ tiếp xúc với PG ở nồng độ dao

động từ 100 nM đến 600 nM, tỷ lệ ức chế tăng trưởng lần lượt là 1,5-10%, 24-47,5% và 55,5-72,5%, so với các mẫu không được tiếp xúc PG. Trong điều kiện tương tự, các hoạt động trao đổi chất được đo là 91-83%, 74-53% và 47-31% khi so sánh giữa các mẫu không được tiếp xúc và được tiếp xúc[8].

Để thử hoạt tính prodigiosin cũng có nhiều phương pháp và có thể sử dụng nhiều dòng tế bào ung thư khác nhau để thử nghiệm. Một số nghiên cứu không chỉ đánh giá hoạt tính của prodigiosin kháng tế bào ung thư mà đánh giá trên các dòng tế bào bình thường khác. Trong nghiên cứu này đã sử dụng dòng tế bào Hep2 và H460 có sẵn và đánh giá hoạt tính trước và sau khi tiếp xúc tế bào ung thư với PG có so sánh với nhóm đối chứng là không bổ sung PG và cũng đánh giá bằng xét nghiệm MTT. Kết quả cũng cho thấy PG tách chiết, tinh sạch được từ môi trường nuôi cấy vi khuẩn có hoạt tính ức chế tế bào ung thư phổi H460 và tế bào ung thư thanh quản Hep2. Ở hầu hết các nồng độ được thử nghiệm đều thấy có sự thay đổi về hình thái tế bào cũng như đã có tác dụng gây ức chế khả năng tăng sinh của tế bào. Kết quả trên tại các thời điểm đánh giá cũng khá phù hợp với các tác giả đã công bố trước đó.

V. KẾT LUẬN

Prodigiosin có hoạt tính ức chế tế bào Hep 2 và H460 *in vitro*: PG làm thay đổi hình dạng và ức chế mạnh gây chết tế bào Hep2 ở nồng độ 6-10 µg/ml. IC50 24 giờ: 6,8, IC50 48 giờ: 4,6.PG làm thay đổi hình dạng và ức chế mạnh gây chết tế bào H460 ở nồng độ 4-10 µg/ml. IC50 24 giờ: 5,8, IC50 48 giờ: 2,9. Kết quả nghiên cứu này đóng góp thêm vào kết quả về hoạt tính chống ung thư của prodigiosin.

Lời cảm ơn: *Nghiên cứu này được tài trợ bởi đề tài mã số 07.17/CNSHCB do Học viện Quân y chủ trì. Nhóm tác giả xin trân trọng cảm ơn Học viện Quân y, Viện Công nghệ sinh học, Viện Nghiên cứu hệ Gen – Viện Hàn lâm KH&CN Việt Nam đã ủng hộ, tạo điều kiện và tích cực hợp tác trong quá trình nghiên cứu.*

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bernard W. Stewart and Christopher P. Wild (2014)**. World Cancer Report 2014. The International Agency for Research on Cancer.
2. **Zara Shaikh** (2016). Biosynthesis of Prodigiosin and Its Applications. *IOSR Journal of Pharmacy and Biological Sciences*. Volume 11, Issue 6 Ver V:01-28.
3. **Maheswarappa G, Kavitha D, Vijayarani K and Kumanan K (2013).** Prodigiosin as anticancer drug Produced from bacteria of termite gut. *Indian Journal of Basic and Applied Medical Research*. 3(1):257-266.
4. **Beatriz Montaner, Sira Navarro, Maria Piqué and et.al (2000).** Prodigiosin from the supernatant of Serratia marcescens induces apoptosis in haematopoietic cancer cell lines. Br J Pharmacol. 131(3): 585–593.
5. **Darshan N and Manonmani H. K (2015).** Prodigiosin and its potential applications. J Food Sci Technol. 52(9): 5393–5407.
6. **Mosmann T (1983).** Rapid colorimetric assay for cellular growth and survival: application to proliferation and cytotoxicity assays. Journal of immunological methods. 65(1-2): 55-63.
7. **Đỗ Minh Trung, Nguyễn Minh Phương, Phạm Thế Tài, Lê Văn Đông (2015).** Đánh giá hoạt tính độc tố tả tách chiết từ môi trường nuôi cấy trên dòng tế bào Hepa-1c1c7 và H4-II-E-C3. Tạp chí Sinh lý học Việt Nam. Số 19(2). Tr:18-25.
8. **Yenkejeh RA, Sam MR and Esmaeillou M (2017).** Targeting survivin with prodigiosin isolated from cell wall of Serratia marcescens induces apoptosis in hepatocellular carcinoma cells. Human and Experimental Toxicology. Vol. 36(4): 402–411.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT LAO CỘT SỐNG CỔ QUA ĐƯỜNG MỔ TRƯỚC ĐẶT LỒNG KÉO GIÃN ETC VÀ GHÉP XƯƠNG TỰ THÂN

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

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: đánh giá tính an toàn và hiệu quả bước đầu của ETC ở lao cột sống đang hoạt động so với phẫu thuật ghép xương tự thân. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: 31 bệnh nhân bị lao cột sống cổ được chọn chủ đích và chia thành hai nhóm đều phẫu thuật lối cổ trước: hoặc chỉ ghép xương tự thân (n=15) hoặc phẫu thuật đặt lồng kéo giãn ETC loại ADD^{plus} (16 bệnh nhân) được theo dõi sau điều trị để đánh giá mức độ đau (VAS), góc gù vùng và góc cột sống... **Kết quả nghiên cứu**: 31 bệnh nhân nghiên cứu, có 24 nam và 7 nữ, tuổi trung

**Bệnh viện Phổi Trung ương*
***Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Diễn
Email: chirnguyenxuandien@gmail.com
Ngày nhận bài: 3.10.2018
Ngày phản biện khoa học: 26.11.2018
Ngày duyệt bài: 30.11.2018

bình 46,5 ± 15,92; cao nhất 78; thấp nhất 21 tuổi. trước mổ: góc gù vùng $18,9^0$ ± $9,4^0$; góc CL $3,03^0$ ± $9,8^0$ (p=0,022) ở lần khám cuối cùng góc gù vùng -$2,67^0$ và CL -$9,4^0$; góc gù vùng ở lần khám cuối cùng so sánh giữa nhóm A ($4,14^0$ ± $12,3^0$) với nhóm B (-$7,0^0$ ± $4,0^0$) với p=0,015 (VAS TB trước mổ 5,39 ± 1,5 điểm; ở lần khám cuối cùng VAS là 0,14 ± 0,4 điểm; JOA trước mổ 8,48 ± 4,4 so với sau mổ 16,78 ± 0,65 (p = .000); NDI trước mổ 42,9 ± 4,0 và sau mổ 10,16 ± 5,9 (p=0,001); thời gian phẫu thuật nhóm A (105,0 ± 23,4) và nhóm B (138,1 ± 40,6) phút với p=0,01. Thời gian bất động sau mổ nhóm A (24,1 ± 18,0) so với nhóm B (10,6 ± 6,6) ngày với p=0,009. Không gặp bệnh nhân nào có biến chứng do phẫu thuật cũng như do dụng cụ cột sống. **Kết luận**: ứng dụng ADD^{plus} trong lao cột sống cổ hiệu quả trong chỉnh gù cột sống, thời gian bất động sau mổ ngắn hơn, không gặp biến chứng nào liên quan đến ADD^{plus}

Từ khóa: lao cột sống cổ, phẫu thuật lao cột sống cổ, lồng kéo giãn trong lao cột sống cổ

SUMMARY

EVALUATE THE RESULT OF ANTERIOR CERVICAL TUBERCULOUS SURGERY TREATMENT WITH ONLY AUTOGRAFT CREST OR EXPANDABLE TITANIUM CAGE

We prospectively studied 31 patients who cervical spine tuberculosis (CST) with anterior operated in only autograft or insert ETC. Timebound from January 1st 2015 to September 30nd 2017. **Purpose**: evaluated deformity of cervical spine tuberculosis on radiographs and effection and safety of ETC in CST surgery**. Result**: total of 31 patients who diagnosed and operated, 24 men and 7 women, average age is 46,5 ± 15,92; maximum 78 and minimum is 21. Local kyphosis of cervical spine (LKC) average is $18,9^0$ ± 15,92; and cervical lordosis (CL) $3,03^0$ ± $9,8^0$. At final examination CL is -$9,4^0$ (p=0,022). Group A loss of correction is $4,14^0$ ± $12,3^0$ compared to Group B -$7,0^0$ ± $4,0^0$ with p=0,015. JOA preoperated 8,48 ± 4,4 compared to at final examination 16,78 ± 0,65 with p=0,00. NDI preoperated and postoperated 3 months 42,9 ± 4 and 10,16 ± 5,9 with p=0,001. No patient has complication related to ETC and autograft. **Conclusion**: use ETC in CST is effectively and safely.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lao cột sống cổ (LCSC) là bệnh hiếm gặp tỉ lệ 5 -12% các lao cột sống. Tuy nhiên, biến chứng của bệnh thường nặng nền, liệt vận động tứ chi, biến dạng cột sống cổ. Phẫu thuật giải ép, cắt thân đốt sống hoại tử sau đó ghép xương tự thân là cơ bản được Hodgson mô tả năm 1960. Tuy nhiên biến chứng do mảnh xương ghép di lệch, bệnh nhân phải nằm bất động lâu sau mổ gây nhiều phiền phức cho bệnh nhân cũng như người thân. Ứng dụng lồng không kéo giãn được thực hiện từ rất sớm, liền xương tốt, bệnh nhân vận động sớm. Hạn chế là tỉ lệ di lệch lồng cao và gây nhiều biến chứng khó liền xương, liệt thần kinh. Lồng kéo giãn (ETC) được ứng dụng trên thế giới từ 2003 được nhiều tác giả báo cáo. Ở Việt Nam, có rất ít báo cáo về ứng dụng ETC. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài: "Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật lao cột sống cổ qua đường mổ trước đặt lồng kéo giãn ETC và ghép xương tự thân" với mục tiêu: đánh giá tính an toàn và hiệu quả bước đầu của ETC ở lao cột sống đang hoạt động với ghép xương tự thân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 31 bệnh nhân được chẩn đoán lao cột sống cổ có chỉ định phẫu thuật thời gian từ 1/1/2015 đến 30/9/2017 tại Bệnh viện Phổi Trung ương.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân lao cột sống cổ từ C2 – C7 có chỉ định phẫu thuật lối cổ trước hoặc ghép xương tự thân hoặc phẫu thuật đặt lồng kéo giãn ETC; điều trị thuốc chống lao trước mổ ít nhất 1 tuần theo phác đồ 2RHZE (S)/10RHE; trên XQ cột sống cổ nghiêng: xẹp đĩa đệm, xẹp thân đốt sống, tăng khoảng mờ trước cột sống, biến dạng cột sống; trên CLVT cột sống cổ: hình ảnh phá hủy thân đốt sống biểu hiện tiêu xương bờ không rõ ràng, có mảnh xương chết trong chất hoại tử hoặc trong áp xe, xẹp đĩa đệm; trên CHT cột sống cổ: có áp xe hoặc chất hoại tử cạnh sống, ngoài màng cứng hoặc trong thân đốt sống, chèn ép tủy và màng cứng và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

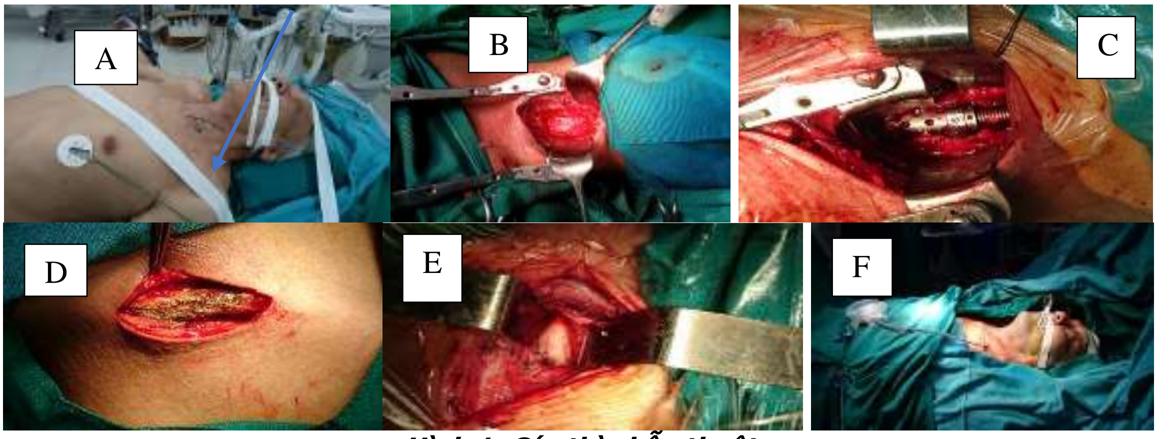
- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật phẫu thuật lao cột sống cổ qua đường mổ trước đặt lồng kéo giãn ETC có theo dõi.

- Kỹ thuật chọn mẫu: chọn mẫu chủ đích với 31 bệnh nhân bị lao cột sống cổ được phẫu thuật lối cổ trước và phân bổ 15 bệnh nhân vào phẫu thuật ghép xương tự thân, 16 bệnh nhân được phân bổ vào phẫu thuật đặt lồng kéo giãn ETC.

- Biến số nghiên cứu: tỷ lệ thời gian trung bình phẫu thuật cho mỗi phương pháp; tỷ lệ số thân đốt sống cổ được cắt lúc mổ; tỷ lệ thời gian nằm bất động sau mổ; thời gian nằm viện trung bình; mức độ cải thiện đau theo thang VAS sau mổ; góc gù vùng sau mổ 1 tuần, góc gù cột sống và lần khám cuối cùng.

- Kỹ thuật nghiên cứu (các bước phẫu thuật)

+ Bệnh nhân nằm ngửa trên bàn phẫu thuật, cổ hơi ưỡn, rạch da theo đường Southwick – Robinson (hình 1.A);



Hình 1: Các thì phẫu thuật

+ Sau khi cắt lọc, cắt thân đốt sống giải ép (hình 1B); đặt ADD^{plus} (hình 1C); cắt xương mào chậu (hình 1D); đặt khối xương chậu ghép (hình 1E); đặt dẫn lưu và đóng vết mổ (hình 1 F).

Hình 2: hình ảnh XQ trước mổ và sau mổ đặt ADD^{plus} của bệnh nhân nghiên cứu

- Quản lý và xử lý số liệu: số liệu sau khi thu thập (khám và đo gù, vẹo... trên phim XQ) được nhập vào phần mềm Excel, sau đó chuyển sang phần mềm SPSS để tính tần suất...

- Đạo đức nghiên cứu: nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức Trường đại học Y Hà Nội thông qua với mã số: 187/HĐĐĐĐHYHN, ngày 24 tháng 2 năm 2016

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chính của phẫu thuật qua đường cổ trước

Bảng 1: Thời gian phẫu thuật

Nhóm nghiên cứu	Thời gian mổ trung bình (phút)			
	$\overline{X}$	SD	Tối thiểu	Tối đa
Nhóm B (n = 16)	138,1	40,6	70	250
Nhóm A (n = 15)	105,0	23,4	65	165
Chung cả hai nhóm	122,0	37,0	65	250
p	0,01			

Thời gian mổ trung bình nhóm B (đặt lồng kéo giãn ETC) là 138,1 ± 40,6 phút, nhóm A là 105,0 ± 23,4 phút, khác nhau giữa thời mổ giữa 2 phương pháp rất có ý nghĩa thống kê p = 0,01. Thời gian mổ phương pháp B ngắn nhất là 70 phút, dài nhất là 250 phút. Thời gian mổ phương pháp A ngắn nhất là 65 phút, dài nhất là 165 phút.

Bảng 2: Số thân đốt sống cổ được cắt lúc phẫu thuật

Số thân đốt sống cắt	Nhóm nghiên cứu				Cộng	
	Nhóm B		Nhóm A			
	n	%	n	%	n	%
1 thân	1	6,2	0	0,0	1	3,2
≥ 2 thân	10	62,5	5	33,3	15	48,4
Một phần mỗi thân	5	31,2	10	66,7	15	48,4
Cộng	16	100,0	15	100,0	31	100,0
p	0,001					
$\overline{X}$ ± SD	2,52 ± 0,6					

Ở nhóm B số bệnh nhân phẫu thuật cắt ≥ 2 thân đốt sống là 10 (62,5%) trong khi nhóm A chỉ có 33,3% có 1 BN cắt 3 thân đốt sống. Ngược lại, nhóm A, cắt một phần mỗi thân đốt sống là 66,7% (10 bệnh nhân). Khác biệt giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê với p = 0,001.

Bảng 3: Thời gian bất động sau mổ

Nhóm	Thời gian nằm, hạn chế vận động sau mổ (ngày)			
	$\overline{X}$	SD	Tối thiểu	Tối đa
Nhóm B (n = 16)	10,6	6,6	4	25
Nhóm A (n = 15)	24,1	18,0	7	60
Trung bình chung	17,1	14,8	7	60

P	0,009

Thời gian nằm bất động trung bình của cả hai phương pháp nằm là 17,1 ngày, lâu nhất 60 ngày. Thời gian nằm bất động sau mổ của phương pháp B là 10,6 ± 6,6 ngày, của phương pháp A là 24,1 ± 18,0 ngày. Sự khascu nhau về thời gian nằm bất động giữa hai phương pháp rất có ý nghĩa thống kê (p = 0,009).

Bảng 4: Chiều dài khối xương ghép

Nhóm bệnh nhân	Chiều dài khối xương ghép (mm)			
	$\overline{X}$	SD	Tối thiểu	Tối đa
Nhóm A (n=15)	18,0	4,2	11	25

Chiều dài mảnh ghép trung bình là 18,0 ± 4,2mm. Chiều dài tối thiểu của mảnh ghép là 11mm và tối đa là 25mm.

Bảng 4: Kích thước ADD^plus^

Loại kích thước thân đốt sống	N	%
13 - 18mm	2	12,5
17 - 26mm	4	25,0
25 - 41mm	9	56,2
40 - 65mm	1	6,2
Cộng	**16**	**100,0**

Kích cỡ ADD^plus^ dùng nhiều nhất là 25 - 41mm với 56,2% ở những bệnh nhân cắt 2 thân đốt sống. Có 1 bệnh nhân phải dùng cỡ dài nhất 40 – 65mm do cắt 3 thân đốt sống cổ.

Bảng 5: Thời gian nằm viện

Nhóm nghiên cứu	Thời gian nằm viện(ngày)			
	$\overline{X}$	SD	Tối thiểu	Tối đa
Nhóm B (n = 16)	39,75	25,4	18	107
Nhóm A (n = 15)	43,13	19,5	15	83
Chung cả hai nhóm	41,39	22,4	15	107
p	0,682			

Thời gian nằm viện trung bình của 31 bệnh nhân là 41,39 ± 22,4 ngày, nằm ngắn nhất 15 ngày và lâu nhất 107 ngày. Thời gian nằm viện trung bình của phương pháp B là 39,75 ± 25,4 ngày, nằm ngắn nhất 18 ngày và lâu nhất 107 ngày. Thời gian nằm viện trung bình của phương pháp A là 43,13 ± 19,5 ngày, nằm ngắn nhất 15 ngày và lâu nhất 83 ngày. Không có sự khác nhau về thời gian nằm viện giữa 2 phương pháp điều trị (p = 0,682).

Bảng 6: Thời gian theo dõi sau mổ

Nhóm nghiên cứu	Thời gian theo dõi sau mổ (tháng)			
	$\overline{X}$	SD	Tối thiểu	Tối đa
Nhóm B (n = 16)	17,1	8,4	3	32
Nhóm A (n = 15)	13,7	9,4	3	32
Chung cả hai nhóm	15,4	8,9	3	32
P	0,298			

Thời gian theo dõi trung bình của cả hai phương pháp là 15,4 ± 8,9 tháng, ít nhất là 3 tháng và nhiều nhất là 32 tháng. Thời gian theo dõi trung bình của phương pháp B là 17,1 ± 8,4 tháng, ít nhất là 3 tháng và nhiều nhất là 32 tháng. Thời gian theo dõi trung bình của phương pháp A là 13,7 ± 9,4 tháng, ít nhất là 3 tháng và nhiều nhất là 32 tháng. Không có sự khác nhau về thời gian theo dõi sau mổ giữa 2 phương pháp điều trị A và B với p = 0,298.

3.2. Đánh giá cải thiện lâm sàng sau phẫu thuật

Bảng 7: So sánh VAS trung bình giữa 2 nhóm 12 tháng sau mổ

VAS	Nhóm A	Nhóm B	Chung
$\overline{X}$	0,25	0,08	0,14
SD	0,5	0,3	0,4
N	8	13	21
P	0,294		

Ở thời điểm 12 tháng sau phẫu thuật, ở phương pháp điều trị A mức độ đau theo VAS là 0,08 ± 0,3, trong khi đó ở phương pháp B mức độ đau theo VAS là 0,25 ± 0,5. Sự khác nhau về mức độ đau theo VAS giữa 2 nhóm bệnh nhân không có ý nghĩa thống kê (p = 0,294).

Bảng 8: Góc gù vùng sau mổ 1 tuần so sánh giữa 2 nhóm

Nhóm	$\overline{X}$	SD	Nhỏ nhất	Lớn nhất
B (n=16)	$-5,19^0$	$6,2^0$	-13^0	12^0
A (n=15)	$5,8^0$	$11,2^0$	-9^0	28^0
Chung (n=31)	$0,13^0$	$10,4^0$	-13^0	28^0
P	0,002			

Góc gù vùng trung bình sau mổ 1 tuần ở phương pháp điều trị A là $5,8^0$ ± $11,2^0$. Góc gù vùng trung bình sau mổ 1 tuần ở phương pháp điều trị B là $-5,19^0$ ± $6,2^0$. Sự khác nhau về góc gù vùng sau mổ 1 tuần giữa 2 phương pháp rất có ý nghĩa thống kê (p < 0,01).

Bảng 9: Góc gù vùng khám lần cuối cùng sau mổ so sánh giữa 2 nhóm

Nhóm	$\overline{X}$	SD	Nhỏ nhất	Lớn nhất
B (n = 11)	$- 7,0^0$	$4,0^0$	-14^0	-2^0
A (n = 7)	$4,14^0$	$12,3^0$	$- 8^0$	30^0
Chung (n= 18)	$-2,67^0$	$10,0^0$	-14^0	30^0
P	0,015			

Ở lần khám cuối cùng nhóm B có 11 bệnh nhân, nhóm A có 7 bệnh nhân được theo dõi. Góc gù vùng cuối cùng sau mổ ở nhóm A là $4,14^0$ ± $12,3^0$. Góc gù vùng cuối cùng sau mổ ở nhóm B là $-7,0^0$ ± $4,0^0$. Sự khác nhau về góc gù vùng sau khám lần cuối cùng giữa 2 nhóm điều trị có ý nghĩa thống kê (p = 0,015).

Bảng 10: Góc cột sống cổ 1 tuần sau mổ giữa 2 nhóm bệnh nhân

Góc cột	Nhóm B	Nhóm A	Chung

sống cổ			
N	16	15	31
$\bar{X}$	-9,31^0	-11^0	-10,13^0
SD	6,5^0	11,0^0	8,8^0
P	0,604		

Góc cột sống cổ sau mổ 1 tuần ở nhóm A là -11,0^0 ± 11,0^0. Góc cột sống cổ sau mổ 1 tuần ở nhóm B là -9,31^0 ± 6,5^0. Sự khác nhau về góc gù cột sống sau mổ 1 tuần giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Bảng 11: Góc cột sống cổ giữa 2 nhóm ở lần khám cuối cùng

Nhóm	$\bar{X}$	SD	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Nhóm B (n=11)	-9,6^0	7,2^0	-18^0	10^0
Nhóm A (n=7)	-9,3^0	13,0^0	-24^0	17^0
Chung (n = 18)	-9,4^0	9,5^0	-24^0	17^0
P	**0,957**			

Góc cột sống cổ sau mổ ở lần khám cuối cùng ở nhóm A là -9,3^0 ± 13,0^0. Góc cột sống cổ sau mổ ở lần khám cuối cùng ở nhóm B là -9,6^0 ± 7,2^0. Sự khác nhau về góc gù cột sống sau mổ 1 tuần giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

IV. BÀN LUẬN

- **Thời gian phẫu thuật**: Kết quả thời gian phẫu thuật nhóm ghép xương là 125 phút, nhóm đặt lồng là 100 phút. Thời gian cho phẫu thuật ghép xương lâu hơn là do có thêm phẫu thuật cắt khối xương mào chậu. Trong nhóm đặt lồng, tác giả sử dụng lồng không kéo giãn ngắn vì lồng không có vít cố định, và lồng đã chuẩn bị sẵn trước mổ nên thời gian ngắn hơn. Kết quả của chúng tôi, thời gian mổ ở nhóm ghép xương tự thân là 105 phút. Nhóm đặt ADD^{plus} là 138,1 phút. Kết quả nghiên cứu của Hao Zeng và cs [2] thời gian phẫu thuật trung bình 225 ± 39 phút, thời gian nằm viện 15,2 ± 4,5 ngày. Nhưng số ngày nằm viện ngắn hơn nghiên cứu của chúng tôi vì BN nhân tham gia nghiên cứu của chúng tôi cần thời gian 2 tuần nằm viện để điều trị thuốc chống lao trước mổ, đồng thời BN nhập viện thường có nhiều bệnh kèm theo như tim mạch, dùng thuốc chống đông, mắc lao đoạn cột sống khác kèm theo, khớp khác kèm theo có chỉ định mổ nên thời gian nằm viện kéo dài hơn.

- **Số thân đốt sống cổ được cắt lúc phẫu thuật**: việc lựa chọn cách hàn liền thân đốt sống sau khi cắt thân đốt sống bằng ghép xương tự thân hoặc lồng không kéo giãn hoặc lồng kéo giãn được (ETC) được nhiều tác giả báo cáo [3]. Mỗi phương pháp có ưu và nhược điểm riêng nhưng tăng tỉ lệ biến chứng khi cắt nhiều thân đốt sống. Có rất ít báo cáo về phẫu thuật lao cột sống cổ cắt nhiều thân đốt sống (≥ 3 thân đốt sống). Tất cả bệnh nhân đều phải nằm bất động sau mổ, thời gian liền xương đạt được từ 6 đến 9 tháng ở tất cả 11 bệnh nhân [2]. Các biến chứng liên quan đến lồng không kéo giãn là di lệch và biến dạng vùng của cột sống cổ đã được báo cáo [4]. Kết quả nghiên cứu của Tarantino và cs (2017) trên 34 bệnh mổ lối cổ trước cắt thân đốt sống và đặt ADD^{plus}, cắt 1 thân đốt sống 21/34 bệnh nhân (61,8%), cắt 2 thân đốt sống 9/34 (26,5%), và cắt 3 thân đốt sống ở 4/34 bệnh nhân. Tuy nhiên, tác giả ứng dụng ADD^{plus} trong nghiên cứu này là để điều trị thoái hóa cột sống cổ nên số bệnh nhân cắt 1 thân đốt sống chiếm đa số [5].

Thời gian bất động sau mổ: theo nghiên cứu của Mao He và cs (2014) mổ 25 bệnh nhân lao cột sống cổ thấp ghép xương tự thân và đặt nẹp cổ trước. Nằm bất động ngày đầu tiên sau mổ, ngày thứ 2 cho ngồi dậy, ngày thứ 3 hướng dẫn bệnh nhân đứng và đi. Tuy nhiên, bệnh nhân của tác giả được mổ cố định nẹp cổ trước nên hạn chế biến chứng di lệch mảnh xương ghép [3]. Nghiên cứu của chúng tôi, có 15 bệnh nhân ghép xương nhưng không cố định nẹp cổ trước, mặc dù không di lệch mảnh ghép nhưng bệnh nhân phải nằm bất động sau mổ lâu hơn với thời gian trung bình là 24,1 ± 18 ngày. Khi so sánh với nhóm đặt ADD^{plus}, thời gian bất động ngắn hơn 10,6 ± 6,6 ngày (p < 0,01).

Thời gian nằm viện: Okada và cs (2009) báo cáo 15 bệnh nhân lao cột sống chỉ mổ lối cổ trước cắt thân đốt sống và ghép xương, nẹp cổ trước. Thời gian nằm viện trung bình là 190,5 ± 34,8 ngày. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thời gian nằm viện của chúng tôi, đối với bệnh nhân điều trị bằng phương pháp B là 39,75 ± 25,4 ngày, nằm ngắn nhất 18 ngày và lâu nhất 107 ngày. Thời gian nằm viện trung bình của của phương pháp A là 43,13 ± 19,5 ngày, nằm ngắn nhất 15 ngày và lâu nhất 83 ngày. Như vậy kết quả nghiên cứu thời gian nằm viện của chúng tôi ít hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả.

Cải thiện lâm sàng: Zeng và cs 2016 [2] báo cáo 12 BN LCSC trẻ em có gù nặng, được mổ cắt ít nhất 3 thân đốt sống, đặt lồng titan và cố định CSC lối sau. Mức độ đau VAS cải thiện 92,4% sau mổ. Tác giả đánh giá cải thiện chức năng thần kinh bằng thang điểm Frankel, có 3 BN phục hồi không hoàn toàn, mức D ở lần khám cuối cùng do được chẩn đoán muộn. Tuy nhiên, đây là phương pháp mổ 2 lối trước và sau nhưng cải thiện mức độ đau VAS cũng tương tự chỉ mổ lối trước. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi mức độ đau VAS cải thiện 1 tuần sau mổ trung bình là 61,03% và ở lần khám cuối cùng là 94,8% (p<0,01 X = 5,11; CI 95%: 4,41 – 5,81.

Chỉnh gù sau mổ: Tarantino và cs [5] báo cáo kết quả tốt không di lệch, liền xương chắc sau 24 tháng theo dõi BN cắt 1 hoặc nhiều thân đốt sống và thay bằng ADD^plus [6], báo cáo 16 BN LCSC, mổ lối trước, cắt lọc làm sạch ghép xương mào chậu tự thân và nẹp cổ trước, kết quả tất cả BN đều liền xương và chỉnh gù trung bình từ $21,6^0$ trước mổ giảm còn $2,5^0$ ở lần khám cuối cùng. Koptan và cs [1] ở 30 BN LCSC chia 2 nhóm, nhóm I mổ lối trước có dùng lồng titan, và nhóm II chỉ ghép xương mào chậu tự thân nẹp cổ trước, theo dõi 2 năm đánh giá kết quả. Mức độ đau VAS nhóm I giảm từ 8 xuống 1,5 (81,3%) và từ 8,5 xuống 2,5 (70,6%) ở nhóm II. Phục hồi liệt hoàn toàn (Frankel E) cả 2 nhóm ở thời điểm khám cuối cùng và không khác biệt về phục hồi chức năng tủy cổ giữa 2 nhóm, tỉ lệ chỉnh gù sau mổ ở nhóm I trung bình là 36^0 còn – 6^0 (96%) trong khi nhóm II chỉnh gù được 84% (30^0 về -1^0) [1]. Kết quả nghiên cứu của Zeng và cs báo cáo chỉnh gù cột sống cổ C2 - C7 từ $41,4^0 \pm 5,2^0$ trước mổ còn $-4,9^0 \pm 4,9^0$ sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Lồng kéo giãn ADD^plus sử dụng an toàn, hiệu quả, vừa chỉnh gù, vừa không bị đào thải dụng cụ ngay cả khi lao cột sống đang hoạt động.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **W. Koptan, Y. Elmiligui, M. Elsharkawi (2011)**. Single stage anterior reconstruction using titanium mesh cages in neglected kyphotic tuberculous spondylodiscitis of the cervical spine. *Eur Spine J,* 20(2), 308-313.
2. **Hao Zeng, Yupeng Zhang, Zheng Liu, et al. (2016).** The role of anterior and posterior approaches with circumferential reconstruction without any anterior instrumentation in extended multilevel cervical spinal tuberculosis. *int J Clin Exp Med,* 9(3), 6190-6199.
3. **M. He, H. Xu, J. Zhao, Z. Wang (2014).** Anterior debridement, decompression, bone grafting, and instrumentation for lower cervical spine tuberculosis. *Spine J,* 14(4), 619-627.
4. **M. S. Moon, S. S. Kim, Y. W. Moon, et al. (2014)**. Surgery-related complications and sequelae in management of tuberculosis of spine. *Asian Spine J,* 8(4), 435-445.
5. **R. Tarantino, L. Nigro, P. Donnarumma, et al. (2017).** Cervical reconstruction techniques. After adequate selection of the patient report of a series of 34 patients treated with winged expandable cages. *Neurosurg Rev,* 40(2), 281-286.
6. **L. Nigro, R. Tarantino, P. Donnarumma, et al. (2017).** A case of cervical tuberculosis with severe kyphosis treated with a winged expandable cage after double corpectomy. *J Spine Surg,* 3(2), 304-308.
7. **J. Zhang, W. S. He, C. Wang, et al. (2018).** Application of vascularized fibular graft for reconstruction and stabilization of multilevel cervical tuberculosis: A case report. *Medicine (Baltimore),* 97(3), e9382.

SỰ HÀI LÒNG VỚI CÔNG VIỆC CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI TRUNG TÂM Y TẾ HUYỆN DIÊN KHÁNH, TỈNH KHÁNH HÒA NĂM 2014

Nguyễn Thị Hoài Thu[1], Nguyễn Ngọc Hiếu[2]

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng phương pháp định lượng được thực hiện tại Trung tâm y tế huyện Diên Khánh nhằm mô tả sự hài lòng của nhân viên y tế (NVYT) đối với công việc. Toàn bộ NVYT tại trung tâm đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn được phát vấn bằng bộ câu hỏi tự điền. Sự hài lòng của nhân viên y tế đối với công việc theo 7 yếu tố, các tiểu mục thuộc yếu tố Quan hệ đồng nghiệp có mức độ hài lòng cao nhất (tiểu mục sự hỗ trợ của đồng nghiệp trong công việc có trên 86% NVYT hài lòng). Các yếu tố Lương và phúc lợi tăng thêm có mức độ hài lòng thấp nhất, trong đó tiểu mục lương và phúc lợi chỉ có 58% NVYT hài lòng. Tỉ lệ hài lòng chung đối với công việc của NVYT tại Trung tâm Y tế huyện Diên Khánh 78,1%.

Từ khóa: *Sự hài lòng với công việc, Nhân viên Y tế.*

SUMMARY

JOB SATISFACTION OF HEALTH STAFF IN DISTRICT HEALTH CENTRE OF DIEN KHANH DISTRICT, KHANH HOA PROVINCE IN 2014

The cross-sectional study applying quantitative research method was conducted at the district health centre of Dien Khanh district. All health staff who met the selection criteria were surveyed by the self-administered questionnaire. The instrument measuring job satisfaction includes 7 factors, in which all items belong factor Relationship with colleagues had the highest satisfaction proportion, with more than 86% of staff reported being satisfied with the support from their colleagues. By contrast, items belong to factor Salary and additional Income had lowest percentage of health staff who reported satisfaction. Overall, 78.1% of health staff working at the centre reported that they were satisfied with their current job.

[1] *Trường Đại học Y Hà Nội*
[2] *Trung tâm Y tế huyện Diên Khánh, tỉnh Khánh Hòa*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoài Thu
Email: nguyenhoaithu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 30.9.2018
Ngày phản biện khoa học: 19.11.2018
Ngày duyệt bài: 23.11.2018

Key words: *Job Satisfaction, Health staff.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam hiện đang đối mặt với nhiều vấn đề về nhân lực y tế như tình trạng thiếu hụt cả về chất lượng và số lượng; sự phân bố nhân lực không đồng đều giữa các vùng miền; nguồn nhân lực y tế đang có sự dịch chuyển một chiều theo hướng từ tuyến dưới lên tuyến trên, từ nông thôn ra thành thị. Trong khi đó nhu cầu chăm sóc sức khỏe nói chung, khám chữa bệnh nói riêng của người dân đang ngày càng cao đang đặt ra những thách thức lớn đối với nhân lực y tế [1]. Những yếu tố mà nhân viên y tế chưa thực sự hài lòng đối với công việc khác nhau tùy theo nghiên cứu, nhưng tập trung vào lương và thu nhập; điều kiện làm việc; cơ hội học tập và phát triển; quan hệ với bệnh nhân; niềm tin vào giá trị nghề nghiệp. Báo cáo của Trung tâm Y tế huyện Diên Khánh, tỉnh Khánh Hòa trong giai đoạn 2012-2014 cho thấy có sự thiếu hụt về số lượng nhân viên y tế, đặc biệt là bác sỹ, dược sỹ đại học, cán bộ có trình độ chuyên môn sâu. Trung tâm đang đứng trước hàng loạt vấn đề liên quan đến duy trì đủ nguồn nhân lực nhằm đảm bảo cung cấp dịch vụ y tế có chất lượng cho người dân tại địa phương. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm khảo sát sự hài lòng đối với công việc của nhân viên y tế của Trung tâm y tế huyện Diên Khánh tỉnh Khánh Hòa năm 2014.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Toàn thể cán bộ, viên chức y tế (trình độ chuyên môn từ trung cấp trở lên) tại TTYT huyện Diên Khánh, bao gồm các bác sỹ, y sỹ, điều dưỡng, hộ sinh, kỹ thuật viên, dược và NVYT khác.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: từ 12/01/2013 đến 22/12/2013.
- Địa điểm: Trung tâm Y tế huyện Diên Khánh, tỉnh Khánh Hòa

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, sử dụng nghiên cứu định lượng.

2.4. Phương pháp chọn mẫu

2.4.1. Định lượng: Chọn toàn bộ nhân viên y tế tại trung tâm y tế huyện Diên Khánh, đáp ứng các tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn chọn lựa: Toàn bộ nhân viên y tế có thời gian làm việc trên 1 năm tại trung tâm, có trình độ trung cấp trở lên.

Tiêu chuẩn loại trừ: đi học dài hạn, nghỉ hậu sản, phép, ốm và không đồng ý tham gia nghiên cứu. Thực tế đã thực hiện phát vấn được 224 nhân viên y tế.

2.5. Thu thập số liệu: Sử dụng bộ phiếu khảo sát toàn bộ NVYT. Phương pháp phát vấn: tự điền khuyết danh, người tham gia nghiên cứu tự điền vào phiếu điều tra, không trao đổi hoặc tham khảo ý kiến của đồng nghiệp.

2.6. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu được giải thích một cách rõ ràng về mục đích và nội dung của nghiên cứu trước khi tiến hành phát vấn và chỉ tiến hành khi có sự chấp nhận hợp tác tham gia của đối tượng nghiên cứu.

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 chung	N	Tỷ lệ (%)
Giới: Nam	45	20.1
Nữ	179	79.9
Tuổi: < 30	96	42,9
30 – 40	60	26,8
41 – 50	50	22,3
> 50	18	8
Tình trạng hôn nhân		
Có gia đình	149	66,5
Độc thân, ly hôn	75	33,5
Trình độ		
Chuyên khoa I/ Thạc sĩ	11	4,9
Cao đẳng, đại học	13	5,8
Trung cấp	190	84,8
Khác	10	4,46
Là người có thu nhập chính trong gia đình		
+ Có	144	64,3
+ Không	80	35,7
Thu nhập trung bình/tháng (VNĐ)		
< 2.000.000	35	15,6
2.000.000 – 3.000.000	106	46,5
> 3.000.000	85	37,9
Thời gian công tác:< 10 năm	124	55,36
10 – 20 năm	52	23,21
> 20 năm	48	21,43
Chức vụ		
+ PGĐ, trưởng phó khoa, phòng, trưởng phó Trạm Y tế	46	20,54
+ Nhân viên	178	79,46
Thời gian làm việc (hành chính, tham gia trực...)		
+ Giờ hành chính	76	33,9
+ Tham gia trực	148	66,1
Phân loại công việc		
+ Quản lý, nhân viên khác	25	11,2
+ Chuyên môn	199	88,8
Loại lao động: + Viên chức	180	80,4
+ Hợp đồng ngắn hạn	44	19,6

Thông tin chung	N	Tỷ lệ (%)
Được đào tạo trong 2 năm gần đây: + Có		29,0
+ Không		71,0

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu bao gồm 224 nhân viên y tế, trong đó nam giới chiếm tỷ lệ thấp hơn nữ giới, lần lượt là 20,1% và 79,9%. Tỷ lệ người có độ tuổi < 30 chiếm cao nhất 42,9%; thấp nhất là nhóm tuổi ≥ 51 tuổi đạt 8,%. Trình độ chuyên môn, đối tượng có trình độ trung cấp Y Dược, khác có tỷ lệ cao 84,8%; cử nhân, dược sỹ và bác sỹ chiếm 10,7% và chuyên ngành khác là 4,5%. Đối tượng nghiên cứu là người thu nhập chính của gia đình chiếm 64,3%. Thu nhập trung bình/ tháng cho thấy 37,9% có thu nhập trên 3.000.000 VNĐ. Những người có thời gian công tác dưới 10 năm chiếm tỉ lệ cao nhất là 55,4%. Những người làm việc theo giờ hành chính có tỷ lệ 33,9% và những người có tham gia trực có tỷ lệ cao 66,1%. Các đối tượng lao động đã là biên chế chiếm tỷ lệ cao 80,4%, còn lại là hợp đồng trong và ngoài quỹ lương 19,6%. Trong đối tượng nghiên cứu chỉ có 29% được đào tạo trong 2 năm gần đây.

3.2. Sự hài lòng của nhân viên y tế đối với các yếu tố

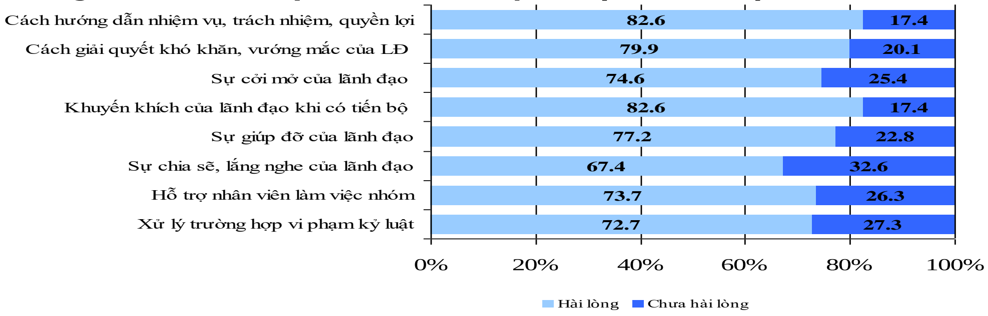
3.2.1. Sự hài lòng của nhân viên y tế đối với yếu tố học tập, phát triển và khẳng định

Trong số 7 tiểu mục của cấu phần này, hai tiểu mục Học tập liên tục và Cơ hội đào tạo nâng cao trình độ có tỉ lệ NVYT hài lòng cao nhất, chiếm 83% và 82%. Tiểu mục có tỉ lệ hài lòng thấp nhất là Quy hoạch cán bộ, với 66,0% NVYT hài lòng. Các tiểu mục khác như Định hướng công việc, Cơ hội thăng tiến, Công bằng trong bình xét thi đua, Nâng cao kinh nghiệm nghề nghiệp có tỉ lệ hài lòng từ 75,0% đến 79,0%.

3.2.2. Sự hài lòng của nhân viên y tế đối với yếu tố môi trường tương tác của cơ quan

Cấu phần môi trường tương tác gồm 8 tiểu mục: Sự nỗ lực của đồng nghiệp, Sự cởi mở chia sẻ, Sự đoàn kết, Sự công bằng đối với mọi người; Công việc đang phụ trách, Lịch trực, Trách nhiệm đối với công việc, Làm việc nhóm. Các tiểu mục này đều có tỉ lệ NVYT hài lòng tương đối cao, từ 72,3% (Sự công bằng; và Lịch trực) đến 85.3% (Sự nỗ lực của đồng nghiệp)

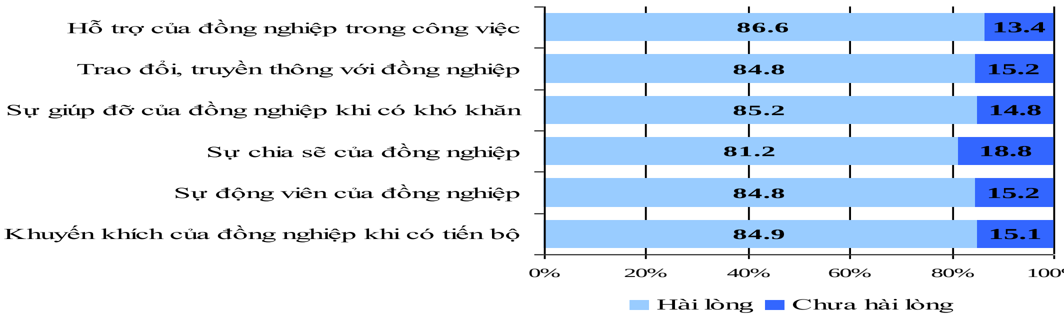
3.2.3. Sự hài lòng của nhân viên y tế đối với mối quan hệ với lãnh đạo



Biểu đồ 1. Sự hài lòng của nhân viên y tế đối với yếu tố mối quan hệ với lãnh đạo

Tỷ lệ nhân viên hài lòng theo các tiểu mục này đạt từ 67,4% (sự chia sẽ, lắng nghe của lãnh đạo khi nhân viên gặp khó khăn) đến 82,6% (tiểu mục khuyến khích của lãnh đạo khi nhân viên có tiến bộ trong công việc).

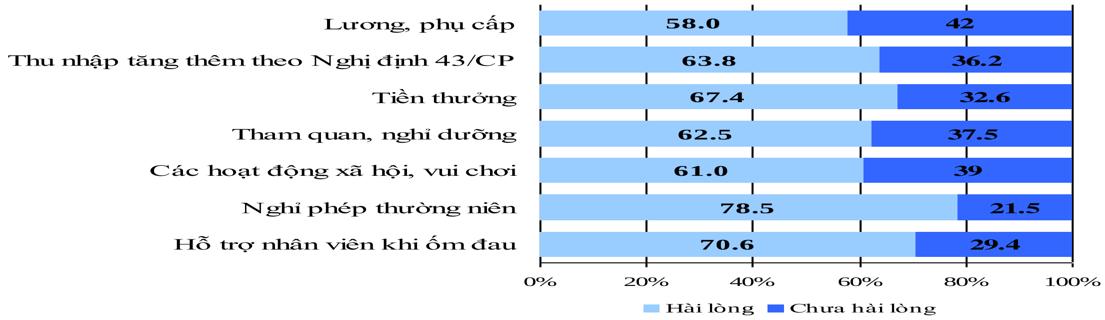
3.2.4. Sự hài lòng của NVYT đối với yếu tố mối quan hệ với đồng nghiệp



Biểu đồ 2. Sự hài lòng của NVYT đối với yếu tố mối quan hệ với đồng nghiệp

Tỷ lệ nhân viên hài lòng theo các tiểu mục này đạt từ 81,2% (sự chia sẽ của đồng nghiệp khi gặp khó khăn) đến 86,6% (tiểu mục sự hổ trợ của đồng nghiệp trong công việc).

3.2.5. Sự hài lòng của nhân viên y tế đối với yếu tố lương và phúc lợi

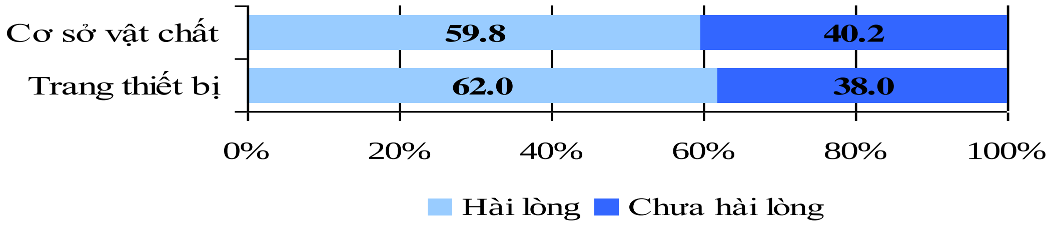


Biểu đồ 3. Sự hài lòng của nhân viên y tế đối với yếu tố lương và phúc lợi

Tỷ lệ nhân viên hài lòng theo các tiểu mục này đạt từ 58% (lương và phụ cấp) đến 78,5% (nghỉ phép thường niên).

3.2.6. Sự hài lòng của nhân viên y tế đối với yếu tố kiến thức, kỹ năng và kết quả công việc: Yếu tố Kiến thức, kỹ năng và kết quả công việc có 4 tiểu mục. Trong đó chỉ có 71% NVYT hài lòng với Kiến thức đang có; 75% hài lòng với Kỹ năng; 79% hài lòng với Tính chủ động, và 80,4% hài lòng với kết quả công việc.

3.2.7. Sự hài lòng của nhân viên y tế đối với yếu tố cơ sở vật chất



Biểu đồ 4. Sự hài lòng của nhân viên y tế đối với yếu tố cơ sở vật chất

Tỷ lệ nhân viên hài lòng theo tiểu mục cơ sở vật chất 59,8% và tiểu mục trang thiết bị là 62,1%.

3.2.8. Tỉ lệ hài lòng chung: Tính trên toàn bộ các cấu phần của thang đo sự hài lòng, tỷ lệ hài lòng chung của nhân viên y tế tại Trung tâm đối với công việc 78,1%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Mối quan hệ với lãnh đạo: Kết quả nghiên cứu cho thấy nhân viên y tế chưa thật sự hài lòng về mối quan hệ với lãnh đạo. Tỷ lệ nhân viên hài lòng theo từng tiểu mục đạt từ 67,4% đến 82,6%. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Lê Thanh Nhuận về sự hài lòng của nhân viên y tế cơ sở huyện Bình Xuyên, tỉnh Vĩnh Phúc tỷ lệ hài lòng chỉ đạt từ 67,6% đến 73,2% [2]. Mối quan hệ tốt giữa lãnh đạo và nhân viên sẽ làm tăng sự hài lòng và qua đó duy trì và phát triển được nguồn nhân lực của cơ quan/đơn vị. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thu Linh cho thấy một trong những lý do NVYT trong cơ sở y tế công có ý định rời khỏi cơ quan là "Không có sự khuyến khích, thưởng, không phát triển" là 36,1% chỉ sau lý do khoản phúc lợi chưa hợp lý 50% [3]. Do đó, để tạo được sự hài lòng của nhân viên y tế, lãnh đạo cần phải cải thiện, xây dựng những tiêu chuẩn, quy trình làm việc phù hợp với từng nhân viên và hoạt động chung của cơ quan. Bên cạnh đó, luôn quan tâm, chia sẽ và động viên nhân viên kịp thời.

4.2. Hài lòng về mối quan hệ với đồng nghiệp: Tỷ lệ nhân viên hài lòng theo các tiểu mục này đạt từ 81,2% đến 86,6%. Kết quả này không cao hơn nhiều kết quả của Lê Thanh Nhuận, với tỷ lệ hài lòng từ 77,5% đến 85,2% [2]. Kết quả này cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu sự hài lòng của bác sỹ tại bệnh viện đa khoa Hưng Yên, khi chỉ có 45% bác sỹ hài lòng với mối quan hệ đồng nghiệp [4]; cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Huy Hoàn (2011), trong đó tỷ lệ NVYT sự hài lòng đối với công việc với đồng nghiệp của mình là 67,4% số NVYT [5]. Mối quan hệ với đồng nghiệp sẽ giúp đỡ nhân viên rất nhiều trong công việc cũng như trong cuộc sống. Nếu quan hệ với đồng nghiệp tốt

đẹp, nhân viên y tế sẽ toàn tâm, toàn ý, giúp đỡ nhau để cùng hoàn thành nhiệm vụ chung. Để có được mối quan hệ tốt đẹp đó, lãnh đạo bệnh viện ủng hộ, động viên, giúp đỡ họ vào những lúc cần thiết. Xây dựng và giữ mối quan hệ tốt đẹp với đồng nghiệp sẽ giúp cho nhân viên trong đơn vị cùng tiến bộ trong công việc.

4.3. Hài lòng về lương và phúc lợi: Sự hài lòng của nhân viên y tế cơ sở đối với yếu tố này là rất thấp. Tỷ lệ nhân viên hài lòng theo các tiểu mục này là: Lương, phụ cấp 58,0%, các hoạt động xã hội, vui chơi 61,0%, tham quan nghỉ dưỡng 62,5%, thu nhập tăng thêm theo Nghị định 43/CP 63,8%, tiền thưởng 67,4%, hỗ trợ khi nhân viên ốm đau 70,6% và nghỉ phép thường niên 78,5%. Tỷ lệ nhân viên hài lòng về tiền lương, phụ cấp thấp 58,0%%, cao hơn so với nghiên cứu tại Vĩnh Phúc và Hưng Yên với sự hài lòng với mức lương đang hưởng là 48,6% [2] và 48,3% [4].

Ngoài sự hài lòng với mức lương, thu nhập của nhân viên nói chung, thu nhập của đội ngũ bác sỹ là việc mà các nhà lãnh đạo phải hết sức lưu tâm. Với thu nhập như hiện tại, nhất là đội ngũ bác sỹ trẻ chưa có điều kiện, thu nhập chỉ trong vào lương trên dưới 2 triệu đồng/tháng, trong khi tiền thuê nhà, giá sinh hoạt không ngừng tăng, khiến cho đời sống của đội ngũ này gặp không ít khó khăn [6].

4.4. Hài lòng về học tập, phát triển và khẳng định: Nhân viên y tế chưa hài lòng với yếu tố học tập, phát triển và khẳng định. Tỷ lệ nhân viên hài lòng theo các tiểu mục này đạt từ 65,4% (quy hoạch cán bộ) đến 83,0% (tạo điều kiện học tập liên tục). Kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hưng Yên với tỉ lệ NVYT hài lòng với cơ hội học tập phát triển dưới 30% [4].

4.5. Hài lòng về môi trường tương tác với cơ quan: Về môi trường làm việc, tỷ lệ hài lòng (72,3%) thấp nhất trong các tiểu mục, tỷ lệ NVYT hài lòng cao nhất với tiểu mục Sự nỗ lực của đồng nghiệp (85,3%) và Trách nhiệm đối với công việc (84,8%). Kết quả này cao hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Thanh Nhuận [2] nhưng thấp hơn rất nhiều so với kết quả khảo sát tại bệnh viện đa khoa Hưng Yên [4]. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nhân viên hài lòng với sự phân công trực chưa cao nhưng họ cố gắng hoàn thành chức trách, nhiệm vụ. Cho dù chưa hài lòng nhưng ngại phản hồi thông tin đến cấp lãnh đạo.

4.6. Hài lòng về kiến thức, kỹ năng và kết quả công việc: Tỷ lệ nhân viên hài lòng của yếu tố này thấp nhất ở tiểu mục Kiến thức đang có (71,0%); Kỹ năng đang có (75,0%); Tính chủ động trong công việc (79,0%); cao nhất với Kết quả công việc (80,4%). Kết quả này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của tác giả Lê Thanh Nhuận, với tỷ lệ nhân viên hài lòng với các tiểu mục là: kiến thức đang có (63,4%), kỹ năng đang có (66,2%), Tính chủ động trong công việc (73,9%) và kết quả công việc (76,8%) [2].

4.7. Hài lòng về cơ sở vật chất*:* Tỷ lệ nhân viên hài lòng theo tiểu mục cơ sở vật chất là 59,8% và tiểu mục trang thiết bị là 62%. Với kết quả trên cho thấy, nhân viên y tế không hài lòng về cơ sở vật chất cũng như trang thiết bị của đơn vị mình. Kết quả này phản ánh đúng với tình hình thực tế, Bệnh viện xây dựng với quy mô 70 giường bệnh nhưng đến nay lưu lượng bệnh nhân nằm lại hàng ngày từ 180 đến 200. Cơ sở, trang thiết bị hạn chế, ít đổi mới đã tác động nhiều đến suy nghĩ và tình cảm của nhân viên, đặc biệt là những người muốn trau dồi kiến thức, nâng cao tay nghề [6].

V. KẾT LUẬN

- Có 78,1% nhân viên y tế thuộc TTYT huyện Diên Khánh hài lòng với công việc hiện tại.
- Trong số 7 yếu tố, yếu tố về Lương và Phụ cấp có tỉ lệ hài lòng thấp nhất, dưới 60%. Yếu tố Quan hệ đồng nghiệp có tỉ lệ cao nhất, với các tiểu mục đều trên 82%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế và Nhóm đối tác y tế** (2009). Báo cáo tổng quan chung ngành y tế. Nguồn nhân lực y tế ở Việt Nam.
2. **Lê Thanh Nhuận** (2008), "*Thực trạng nguồn nhân lực và sự hài lòng đối với công việc của nhân viên y tế cơ sở huyện Bình Xuyên, tỉnh Vĩnh Phúc năm 2008*", Luận văn Thạc sỹ y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
3. **Nguyễn Thu Linh** (2008), Công chức mong muốn điều gì? http:// lanhdao.net//vn/ chuyende/ 123676/ index.aspx. Truy cập ngày 25/12/2013.
4. **Nguyễn Thị Hoài Thu, Vũ Minh Tuấn** (2017). Sự hài lòng đối với công việc của bác sỹ tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hưng Yên và một số yếu tố liên quan năm 2015. *Tạp chí Y học dự phòng, Tập 27, Số 3-2017.*
5. **Nguyễn Huy Hoàn (2011).** *"Đánh giá sự hài lòng và ảnh hưởng của một số chính sách y tế đến sự hài lòng trong công việc của nhân viên y tế dự phòng tuyến cơ sở tỉnh Vĩnh Phúc năm 2011"*. Luận văn thạc sỹ Y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội, 2012.
6. **Bá Hưng** (2011), *"Bác sĩ bỏ việc ra làm ngoài ở Khánh Hòa"*. http://www.tinmoitruong.vn/gia-dinh-xanh/Bac-si-bo-viec-ra-lam-ngoai-o-Khanh Hoa_10_3243_1, Truy cập ngày 12/02/2013.

MỐI TƯƠNG QUAN CỦA BIẾN ĐỔI CHIỀU DÀY LỚP TẾ BÀO HẠCH VỚI CHIỀU DÀY LỚP SỢI THẦN KINH VÀ TỔN THƯƠNG THỊ TRƯỜNG TRUNG TÂM TRONG GLÔCÔM GÓC MỞ NGUYÊN PHÁT

Đỗ Tấn[1], Nguyễn Hoàng Lan Hương[2], Phạm Thị Kim Thanh[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét mối tương quan của biến đổi chiều dày lớp tế bào hạch với chiều dày lớp sợi thần kinh quanh đĩa và tổn thương thị trường trung tâm trên bệnh nhân glôcôm góc mở nguyên phát. ***Đối tượng và phương pháp:*** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 69 mắt của 53 bệnh nhân glôcôm góc mở nguyên phát. Tất cả đều được hỏi bệnh, khám mắt tổng quát, đo khúc xạ, làm thị trường tự động Humphrey 24-2, 10-2, đo chiều dày lớp tế bào hạch + lớp rối trong GCIPL (ganglion cell–inner plexiform layer) và lớp sợi thần kinh RNFL (retinal nerve fiberb layer) bằng máy chụp cắt lớp võng mạc Cirrus HD OCT(Cirrus high-definition optical coherence tomography). ***Kết quả:*** Chiều dày GCIPL có tương quan đồng biến với RNFL trung bình (r = 0,666; p < 0,001). Trên bản đồ độ lệch ở vị trí giải phẫu tương đương với bó gai thị - hoàng điểm có 13 mắt tổn thương GCIPL và 2 mắt tổn thương RNFL. Có 76,3% số mắt bình thường trên thị trường trung tâm 24-2 và 62,5% số mắt bình thường trên thị trường 10-2 có tổn thương ở bản đồ độ lệch của GCIPL. Kết luận: So với RNFL, GCIPL có khả năng phát hiện sớm hơn những tổn thương của bó đĩa thị - hoàng điểm (tương ứng với thị trường trung tâm). Bản đồ độ lệch GCIPL có khả năng chẩn đoán rất sớm bệnh glôcôm ngay cả khi chưa có tổn hại trên thị trường.

Từ khóa: Chiều dày GCIPL, Cirrus HD OCT, glôcôm góc mở, thị trường Humphrey 10-2.

SUMMARY

THE CORRELATION BETWEEN MACULAR GANGLION CELL THICKNESS WITH RETNAL NERVE FIBER LAYER THICKNESS AND CENTRAL VISUAL FIELD DEFECT IN GLAUCOMA

Purpose: To evaluate the correlation between the damage of macular ganglion cell thickness with retinal nerve fiberb layer thickness and central visual field defect in primary open-angle glaucoma. **Methods:** Cross-sectional observational study. Sixty-nine primary open-angle glaucoma eyes (53 subjects) underwent eye examination, visual field (VF) testing and macular cube and optic disc cube scanning with Cirrus HD OCT (Carl Zeiss Meditec, Dublin, CA). **Results:** The average ganglion cell–inner plexiform layer (GCIPL) thickness correlated proportionally with the average retinal nerve fiberb layer RNFL thickness (r = 0.666; p < 0.001). On the GCIPL deviation map coresponding to the optic disc – macula bundle area, GCIPL damage occurred in 13 eyes whereas RNFL damages were detected in only 2 eyes. 76.3% eyes with normal 24-2 VF and 62.5% eyes normal 10-2 VF did show abnomalities on GCIPL deviation map. **Conclusions:** In comparison with RNFL, GCIPL may discover more damages of the optic disc – macular bundle (corresponding to the central VF). The deviation map GCIPL might be able to diagnose glaucoma earlier than VF.

Key words: GCIPL thickness, Cirrus HD OCT, glaucoma, visual field 10-2

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại võng mạc có khoảng 1,2 triệu tế bào hạch trong đó vùng võng mạc trung tâm tập trung đến hơn 50%. Sự phân bố tế bào hạch trong vùng hoàng điểm là tương đối ổn định, ít có sự thay đổi ở người bình thường, trong khi lớp sợi thần kinh (sợi trục của các tế bào hạch này) có sự biến thiên lớn ở các vị trí khác nhau (ví dụ rất mỏng ở vùng thái dương) xung quanh đĩa thị. Đã có rất nhiều nghiên cứu chứng minh mối tương quan chặt chẽ giữa sự giảm chiều dày lớp GCIPL và RNFL với sự tổn hại của thị trường 24-2 hoặc 30-2 tương ứng [1],[2]. Nghiên cứu của Hye-Young Shin và cộng sự trên 213 mắt của 213 bệnh nhân glôcôm cho thấy mối tương quan mạnh nhất là của chiều dày GCIPL và RNFL với trung bình độ nhạy của 12/64 điểm trung tâm của thị trường 24-2 (tương ứng với 10^o trung tâm) [3]. Do đó, những tổn hại thị trường trong glôcôm giai đoạn sớm có thể xảy ra ở vùng trung tâm ± 10° và có thể sẽ bị đánh giá thấp hoặc thậm chí bị bỏ qua với thị trường 24-2 hoặc 30-2. Nghiên cứu của Ali S. Raza năm 2011 cho thấy, chiều dày GCIPL có tương quan chặt chẽ nhất với tổn hại thị trường trong $7,2^o$ trung tâm [4]. Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng Cirrus HD OCT 5000 để đánh giá chiều dày lớp tế bào hạch trong glôcôm góc mở nguyên phát cũng như mối tương quan của nó với lớp sợi thần kinh RNFL và thị trường Humphrey tiêu chuẩn SAP test ngưỡng 10-2.

[1]*Bệnh Viện Mắt Trung Ương*
[2]*Đại Học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Tấn
Email: dotan20042005@yahoo.com
Ngày nhận bài: 4.10.2018
Ngày phản biện khoa học: 22.11.2018
Ngày duyệt bài: 27.11.2018

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Là những bệnh nhân được chẩn đoán glôcôm góc mở nguyên phát (giai đoạn sơ phát, sớm và trung bình) tại Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 12/2014 đến tháng 10/2015.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tuổi ≥ 18; Nhãn áp > 21 mmHg hoặc có tiền sử NA > 21 mmHg đo bằng nhãn áp kế Goldmann; Soi góc tiền phòng mở (soi bằng kính Goldmann); Tổn thương thị trường do glôcôm ở giai đoạn 0-1-2 theo phân loại của Holdapp E., Parrish R.K., Aderson. Nếu tổn hại thị trường giai đoạn 0 hoặc 1 sẽ được ghép lại phân tích chung, gọi là nhóm glôcôm sớm.

Tiêu chuẩn loại trừ: Thị lực sau chỉnh kính tối đa < 20/80; Vẩn đục môi trường trong suốt ảnh hưởng đến chất lượng hình ảnh thu được: sẹo giác mạc trung tâm, đục thủy tinh thể nhiều, vẩn đục dịch kính...; Bệnh nhân có tật khúc xạ cầu >5 diop, loạn thị >3 dio; Những bệnh nhân có các bệnh lý khác của bán phần sau; Glôcôm thứ phát do các nguyên nhân; Bệnh nhân không hợp tác, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Cách thức chụp: Cirrus HD OCT 5000 chụp vùng võng mạc trung tâm bằng 512 x 128 lát cắt và đo lường chiều dày lớp tế bào hạch GCL (Ganglion Cells Layer) và lớp tế bào rối trong IPL ở võng mạc trung tâm trong vùng hình elip quanh hoàng điểm với kích thước 6 x 6 x 2mm, là vùng có số lượng tế bào hạch nhiều nhất. Độ dày lớp sợi thần kinh RNFL của võng mạc được đo dựa trên một đường quét hình tròn quanh đĩa thị giác.

Cách đánh giá trên OCT và thị trường

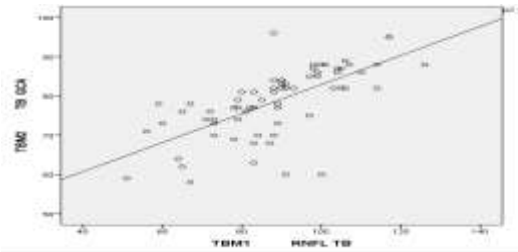
- Đo chiều dày GCIPL trung bình chung, trung bình các góc tính bằng µm: góc mũi trên, góc trên, góc thái dương trên, góc thái dương dưới, góc dưới, góc mũi dưới; Đo chiều dày RNFL trung bình chung, trung bình các góc phần tư tính bằng µm: góc trên, góc dưới, góc mũi, góc thái dương.
- Đánh giá tổn thương GCIPL và RNFL trên bảng mã màu [6]
- Đánh giá tổn thương GCIPL và RNFL trên bản đồ độ lệch [6]
- Tổn thương ở 10° trung tâm của thị trường 24-2: có cụm 3 điểm cạnh nhau < 5% trong đó có ít nhất 1 điểm thuộc 12/64 điểm trung tâm (tức 10 độ trung tâm) [5]. Tổn thương thị trường 10-2: khi có cụm 3 điểm cạnh nhau < 5% [5]
- Đánh giá sự liên quan của tổn thương của GCIPL, RNFL và thị trường theo tương quan vị trí giải phẫu.

Phương pháp nghiên cứu: *Nghiên cứu mô tả cắt ngang, cỡ mẫu n = 57 mắt. Xử lý số liệu bằng SPSS 22.0*

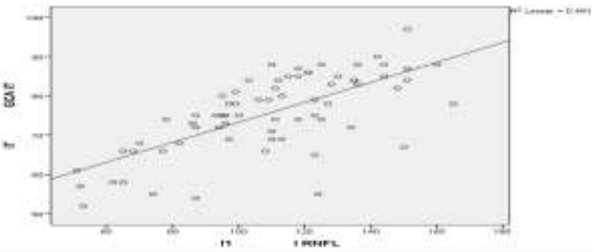
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm của bệnh nhân glôcôm trong nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm glôcôm(n=69)	Glôcôm sớm (n=39)	Glôcôm tiến triển(n=30)
Tuổi	47,8	45,8	50,4
Nam/Nữ	38/31	21/18	17/13
Dầy GCIPL: Trung bình	78,5 ± 8,7	81,0 ± 7,3	75,2 ± 9,4
Mũi trên	82,1 ± 10,5	84,5 ± 8,3	79,0 ± 12,3
Trên	79,1 ± 11,1	82,1 ± 8,7	75,2 ± 12,8
Thái dương trên	76,9 ± 9,9	79,2 ± 8,5	73,8 ± 10,5
Thái dương dưới	75,6 ± 10,1	78,9 ± 8,1	71,4 ± 10,9
Dưới	76,1 ± 8,7	78,7 ± 7,0	72,6 ± 9,6
Mũi dưới	80,1 ± 10,0	82,1 ± 8,5	77,6 ± 11,3
Mũi trên	82,1 ± 10,5	84,5 ± 8,3	79,0 ± 12,3
Dầy RNFL: Trung bình	88,2 ± 15,7	92,9 ± 12,3	81,9 ± 17,7
Trên	105,8 ± 24,2	111,9 ± 10,7	97,9 ± 8,5
Mũi	69,2 ± 13,1	71,2 ± 5,8	66,6 ± 7,1
Dưới	109,3 ± 27,4	117,5 ± 12,4	98,6 ± 10,1
Thái dương	67,3 ± 13,5	69,3 ± 5,8	64,6 ± 8,7



Biểu đồ 1. Tương quan chiều dày GCIPL và RNFL trung bình



Biểu đồ 2. Tương quan chiều dày GCIPL thái dương dưới và RNFL góc dưới

Chiều dày GCIPL và RNFL trung bình có mối tương quan đồng biến tương đối chặt chẽ, hệ số tương quan r = 0,666; p < 0,001.

Về tương quan giữa chiều dày các góc tương ứng của GCIPL với RNFL, chúng tôi nhận thấy, tương quan chặt chẽ nhất là giữa góc thái dương dưới của GCIPL với góc dưới của RNFL (hệ số tương quan r = 0,693), góc mũi trên và mũi dưới GCIPL với RNFL góc mũi (hệ số tương quan lần lượt là r = 0,284; p < 0,05 và r = 0,33; p < 0,01).

Bảng 2. Tổn thương GCIPL và RNFL trên bảng mã màu và bản đồ độ lệch

Tổn thương	Bảng mã màu		Bản đồ độ lệch	
	Có	Không	Có	Không
GCIPL	35	34	55	14
RNFL	36	33	53	16

Tổn thương GCIPL và RNFL trên bảng mã màu và bản đồ độ lệch khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05).

Trong số13 mắt tổn thương GCIPL trên bản đồ độ lệch ở 3 vị trí góc trên, góc mũi trên và góc mũi dưới (tương ứng giải phẫu của bó đĩa thị - hoàng điểm, chúng tôi nhận thấy chỉ có 2 mắt tổn thương RNFL góc thái dương (tương đương bó đĩa thị - hoàng điểm), 3 mắt không tìm thấy tổn thương trên RNFL, còn lại 8 mắt có tổn thương RNFL không tương ứng với GCIPL (ở góc dưới và/ hoặc góc trên).

Trong số 38 mắt chưa có tổn thương trên thị trường trung tâm 24-2 có 17 mắt (chiếm 44,7%) có tổn hại ở thị trường 10-2. Trong số 31 mắt tổn hại trên thị trường trung tâm 24-2 chỉ có 3 mắt (chiếm 9,7%) bình thường trên thị trường 10-2.

Bảng 3. Tương ứng giữa tổn thương thị trường trung tâm 24-2 với hình ảnh OCT

OCT bản đồ độ lệch và thị trường	Có tổn thương trên thị trường		Không tổn thương trên thị trường		Tổng	
	n = 31	%	n = 38	%	n = 69	%
Tương ứng	27	87,1	9	23,7	36	52,2
Không tương ứng	4	12,9	29	76,3	33	47,8

Trong 69 mắt glôcôm, mức độ tương ứng giữa tổn thương trên bản đồ độ lệch và tổn thương trung tâm 10^0 của thị trường 24-2 là 52,2%, không tương ứng là 47,8%.

Bảng 4. Tương ứng giữa tổn thương thị trường 10-2 với hình ảnh OCT

OCT bản đồ độ lệch và thị trường 10-2	Có tổn thương trên thị trường		Không tổn thương trên thị trường		Tổng	
	n = 45	%	n = 24	%	n = 69	%
Tương ứng	41	91,1	9	37,5	50	72,5%
Không tương ứng	4	8,9	15	62,5	29	27,5%

Mức độ tương ứng giữa tổn thương trên bản đồ độ lệch và tổn thương của thị trường 10-2 là 72,5%, không tương ứng là 27,5%.

IV. BÀN LUẬN

Chiều dày GCIPL và RNFL trung bình có mối tương quan đồng biến tương đối chặt chẽ, hệ số tương quan r = 0,666; p < 0,001. Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự K. Nouri-Mahdavi 2013 (hệ số tương quan r = 0,628; p < 0,001) [2]. Về tương quan giữa chiều dày các góc tương ứng của GCIPL với RNFL, chúng tôi nhận thấy, tương quan chặt chẽ nhất là giữa góc thái dương dưới của GCIPL với góc dưới của RNFL. Điều này cũng phù hợp với kết quả góc thái dương dưới của GCIPL và góc dưới của RNFL là nơi tổn hại sớm nhất và nhiều nhất trong bệnh glôcôm [1].

Tổn thương GCIPL và RNFL trên bảng mã màu và bản đồ độ lệch khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Trong số13 mắt tổn thương GCIPL trên bản đồ độ lệch ở 3 vị trí góc trên, góc mũi trên và góc mũi dưới (tương ứng giải phẫu của bó đĩa thị - hoàng điểm, chúng tôi

nhận thấy chỉ có 2 mắt tổn thương RNFL góc thái dương (tương đương bó đĩa thị - hoàng điểm). Điều này có thể gợi ý rằng mặc dù khả năng chẩn đoán của GCIPL và RNFL là như nhau [2], nhưng GCIPL có khả năng phát hiện sớm hơn những tổn thương của bó đĩa thị - hoàng điểm (tương ứng với thị trường trung tâm). Nó cũng phù hợp với một số nghiên cứu trước đây ủng hộ giả thuyết cho rằng tổn hại do bệnh glôcôm có thể xảy ra ở vùng hoàng điểm từ giai đoạn rất sớm của bệnh. Trong số 38 mắt chưa có tổn thương trên thị trường trung tâm 24-2 có 17 mắt (chiếm 44,7%) có tổn hại ở thị trường 10-2. Trong số 31 mắt tổn hại trên thị trường trung tâm 24-2 chỉ có 3 mắt (chiếm 9,7%) bình thường trên thị trường 10-2. Nghiên cứu của Ilana Traynis và cộng sự 2012 trên 100 mắt glôcôm, cho thấy có 53% nửa thị trường 24-2 bất thường (có tổn thương) và 59% nửa thị trường 10-2 có tổn thương [5]. Trong số các mắt có thị trường 24-2 bình thường thì có 22,7% số mắt được tìm thấy tổn thương trên thị trường 10-2. Như vậy có thể thấy nếu chỉ mình thị trường 24-2 có thể bỏ lỡ các tổn thương ở trung tâm phát hiện được trên thị trường 10-2.

Trên 31 mắt có tổn thương trung tâm ở thị trường 24-2, có 27 mắt (87,1%) có tương ứng với hình ảnh OCT. Trong số 45 mắt có tổn thương trên thị trường 10-2, có 41 mắt (91,1%) tương ứng với tổn thương GCIPL trên hình ảnh OCT (bảng 3). Như vậy, mức độ tương ứng của tổn thương GCIPL trên bản đồ độ lệch với tổn hại 10^0 trung tâm của thị trường 24-2 thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với tổn thương trên thị trường 10-2 ($p < 0,01$, kiểm định Chi - square test). Điều này được giải thích bởi 2 lý do: Thứ nhất, do mạng lưới điểm của thị trường 10-2 (các điểm cách nhau 2^o) dày hơn của thị trường 24-2 (các điểm cách nhau 6^o) do đó thị trường 10-2 có khả năng phát hiện tốt hơn những tổn thương ở trung tâm nhất là ở những giai đoạn sớm. Thứ hai, theo quan niệm kinh điển thì phát hiện sớm nhất trên thị trường là những tổn thương cạnh trung tâm (ngoài 10^o trung tâm) nên được xem xét lại. Bởi trong nghiên cứu của chúng tôi, có 38 mắt bình thường trên thị trường trung tâm 24-2 thì có 17 mắt (chiếm 45,2%) phát hiện được tổn hại trên thị trường 10-2. Nghiên cứu của Ali S. Raza và cộng sự năm 2011 cho thấy, trong $7,2^o$ trung tâm, chiều dày GCIPL có tương quan chặt chẽ nhất với tổn hại thị trường ($r = 0,71 - 0,74$), ngoài $7,2^o$ trung tâm thì mức tương quan yếu hơn ($r = 0,53 - 0,65$) [4]. Tác giả Schiefer năm 2010 đã báo cáo rằng có trên 50% mắt glôcôm từ giai đoạn sớm đến trung bình có tổn thương trong 3^o trung tâm [7]. Rõ ràng, những tổn hại thị trường ở glôcôm sớm thường xảy ra ở 10^o trung tâm và tổn hại này có thể bị bỏ qua ở thị trường 24-2 hoặc 30-2. Sự tương quan chặt chẽ giữa tổn thương cấu trúc (GCIPL) và chức năng (thị trương 10-2) có thể khẳng định tổn thương bệnh lý là có thực. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy trong số 38 mắt không có tổn thương trung tâm trên thị trường 24-2, có tới 76,3% có tổn thương trên bản đồ độ lệch của GCIPL, trong số 24 mắt bình thường trên thị trường 10-2, có 15 mắt (62,5%) có tổn thương trên bản đồ độ lệch. Như vậy, OCT có thể phát hiện được tổn thương thực thể tốt hơn so với thị trường. Điều này củng cố thêm cho giả thuyết có đến 50% sự mất các tế bào hạch xảy ra trước khi có bất cứ khiếm khuyết thị trường nào được phát hiện [8]. Như vậy, theo kết quả nghiên cứu, với những trường hợp glôcôm góc mở sơ phát (hoặc tăng nhãn áp đơn thuần), chưa thấy có tổn thương trên thị trường 24-2 và lớp sợi thần kinh trên OCT, chúng ta nên làm thêm thị trường 10-2 và làm OCT lớp tế bào hạch để góp phần khẳng định chẩn đoán.

V. KẾT LUẬN

So với RNFL, GCIPL có khả năng phát hiện sớm hơn những tổn thương của bó đĩa thị - hoàng điểm (tương ứng với thị trường trung tâm). Bản đồ độ lệch GCIPL có khả năng chẩn đoán rất sớm bệnh glôcôm ngay cả khi chưa có tổn hại trên thị trường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **J. W. Jeoung, Y. J. Choi, K. H. Park và các cộng sự. (2013),** "Macular ganglion cell imaging study: glaucoma diagnostic accuracy of spectral-domain optical coherence tomography", *Invest Ophthalmol Vis Sci*, **54(7)**, tr. 4422-9.
2. **K. Nouri-Mahdavi, S. Nowroozizadeh, N. Nassiri và các cộng sự. (2013),** "Macular ganglion cell/inner plexiform layer measurements by spectral domain optical coherence tomography for detection of early glaucoma and comparison to retinal nerve fiber layer measurements", *Am J Ophthalmol*, **156(6)**, tr. 1297-1307 e2.
3. **H. Y. Shin, H. Y. Park, K. I. Jung và các cộng sự. (2013),** "Comparative study of macular ganglion cell-inner plexiform layer and peripapillary retinal nerve fiber layer measurement: structure-function analysis", *Invest Ophthalmol Vis Sci*, **54(12)**, tr. 7344-53.
4. **A. S. Raza, J. Cho, C. G. de Moraes và các cộng sự. (2011),** "Retinal ganglion cell layer thickness and local visual field sensitivity in glaucoma", *Arch Ophthalmol*, **129(12)**, tr. 1529-36.
5. **I. Traynis, C. G. De Moraes, A. S. Raza và các cộng sự. (2014),** "Prevalence and nature of early

glaucomatous defects in the central 10 degrees of the visual field", *JAMA Ophthalmol*, **132(3)**, tr. 291-7.
6. **K. E. Kim, J. W. Jeoung, K. H. Park và các cộng sự. (2015),** "Diagnostic classification of macular ganglion cell and retinal nerve fiber layer analysis: differentiation of false-positives from glaucoma", *Ophthalmology*, **122(3)**, tr. 502-10.
7. **U. Schiefer, E. Papageorgiou, P. A. Sample và các cộng sự. (2010),** "Spatial pattern of glaucomatous visual field loss obtained with regionally condensed stimulus arrangements", *Invest Ophthalmol Vis Sci*, **51(11)**, tr. 5685-9.
8. **R. S. Harwerth, L. Carter-Dawson, F. Shen và các cộng sự. (1999),** "Ganglion cell losses underlying visual field defects from experimental glaucoma", *Invest Ophthalmol Vis Sci*, **40(10)**, tr. 2242-50.

TÌNH TRẠNG XƠ HÓA THỰC QUẢN QUA NỘI SOI Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN SAU ĐIỀU TRỊ BẰNG THẮT BÚI GIÃN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN

Đồng Đức Hoàng*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thắt búi giãn bằng vòng cao su là phương pháp điều trị an toàn và phổ biến hiện nay. Tuy nhiên sau thắt có thể dẫn đến tình trạng xơ hóa gây hẹp thực quản **Mục tiêu** Mô tả tình trạng xơ hóa thực quản qua nội soi và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân xơ gan sau điều trị bằng thắt búi giãn tĩnh mạch thực quản **Phương pháp** Mô tả tiến cứu ngẫu nhiên trên 103 bệnh nhân xơ gan điều trị bằng thắt tĩnh mạch thực quản, theo dõi trong ít nhất 12 tháng, nội soi mô tả tình trạng xơ hóa xuất hiện ở niêm mạc thực quản **Kết quả** Tỉ lệ xơ hóa thực quản dạng nốt chiếm 68.9%, xơ hóa dạng vòng chiếm 25.2%, xơ hóa dạng mạng lưới chiếm 5.9%. Bệnh nhân được thắt các búi giãn gần nhau có tỉ lệ xuất hiện xơ dạng vòng cao hơn với 61.5%, xơ hóa thực quản dạng lưới 66.7%. Xơ hóa thực quản dạng nốt thường xuất hiện sau trung bình 7.15 ± 1.4 ngày, xơ hóa thực quản dạng vòng thường xuất hiện sau trung bình 70.1 ± 66.4 ngày, xơ hóa thực quản dạng mạng lưới thường xuất hiện sau trung bình 335.8 ± 277.4 ngày, sự khác biệt giữa 3 nhóm này đều có ý nghĩa thống kê với p = 0.001. Xơ hóa thực quản dạng nốt thường xuất hiện sau trung bình 1.1 ± 0.2 lần thắt, xơ hóa thực quản dạng vòng thường xuất hiện sau trung bình 2.3 ± 0.5 lần thắt, xơ hóa thực quản dạng mạng lưới thường xuất hiện sau trung bình 3.7 ± 0.8 lần thắt, sự khác biệt giữa 3 nhóm này đều có ý nghĩa thống kê với p = 0.001. **Kết luận** Tình trạng xơ hóa thực quản sau thắt vòng cao su thường xuất hiện khi các búi thắt quá gần. Càng thắt nhiều lần thì tình trạng xơ hóa càng xuất hiện nhiều.

Từ khóa: Thắt vòng cao su, xơ hóa thực quản

SUMMARY

ESOPHAGEAL FIBROSIS FORMATION IN CIRRHOSIS PATIENTS AFTER ERADICATION OF ESOPHAGEAL VARICES BY ENDOSCOPIC BAND LIGATION

Background: Bleeding from the esophageal varices (EV) in cirrhosis patients is a very common complication. Endoscopic band ligation (EBL) is a safe and popular method of treatment today. However, this treatment can lead to fibrous formation that narrow the esophagus and lead to difficulty in treating rebleeding. **Objective** Describe endoscopic esophageal fibrosis and related factors in cirrhosis patients after treatment by EBL. **Methods:** A prospective randomized study of 103 cirrhotic patients treated with EBL, followed up for at least 12 months, described endoscopic fibrosis in the esophagus. **Results:** Fibrous dot formation accounted for 68.9%, 25.2% in ring fibrosis, 5.9% in spider fibrosis. Patients who had EBL that were close to each other had a higher incidence of ring fibrosis with 61.5%, and 66.7% with spider fibrosis. Fibrous dot formation occurs after an average 7.15 ± 1.4 days, fibrous ring formation occurs after 70.1 ± 66.4 days, fibrous spider formation occurs after 335.8 ± 277.4 days, p = 0.001. Fibrous dot formation occurs after an average 1.1 ± 0.2 EBL sessions, fibrous ring formation occurs after 2.3 ± 0.5 EBL sessions, fibrous spider formation occurs after 3.7 ± 0.8 EBL sessions, p = 0.001. **Conclusion:** Esophageal fibrosis after treat by EBL occurs when the rubber bands are too close. The more the endoscopic band ligation, the more sclerosis occurs.

Keyword: Endoscopic Band Ligation, Esophageal fibrous formation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỉ lệ giãn tĩnh mạch thực quản (TMTQ) ở bệnh xơ gan còn bù là 30-40%, tỉ lệ giãn ở bệnh nhân xơ gan mất bù là 60% [6]. Khi vỡ các tĩnh mạch thực quản gây nên biến chứng xuất huyết, nếu không được xử trí đúng cách có thể dẫn tới tử vong. Tỉ lệ xuất huyết vào khoảng 10-15% mỗi năm, mặc dù phương pháp dự phòng có sự phát triển trong những thập kỉ gần đây nhưng tỉ lệ tử vong do biến chứng này vẫn là khoảng 15-

**Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên*
Chịu trách nhiệm chính: *Đồng Đức Hoàng*
Email: *Drhoang85@gmail.com*
Ngày nhận bài: 8.10.2018
Ngày phản biện khoa học: 23.11.2018
Ngày duyệt bài: 29.11.2018

20% [5], với những bệnh nhân suy gan nặng thì tỉ lệ tử vong do xuất huyết cấp khoảng 50% [2].

Có các biện pháp dự phòng như dùng thuốc co mạch, can thiệp nội soi tiêu hóa, TIPS, ngoại khoa [2]. Điều trị nội soi cầm máu thắt búi giãn tĩnh mạch thực quản bằng vòng cao su đang là phương pháp phổ biến để điều trị các trường hợp xuất huyết tiêu hóa cấp cũng như là để dự phòng xuất huyết tái phát [4],[7]. Tuy nhiên một vấn đề mới xuất hiện đó là sau khi thắt mà không kiểm soát tốt bệnh xơ gan thì tình trạng tái xuất hiện các búi giãn sẽ xảy ra, đặc biệt khi tại thực quản xuất hiện tình trạng xơ hóa nhiều thì sẽ rất khó khăn cho việc điều trị xuất huyết tái phát. Mục tiêu của nghiên cứu là: *Mô tả tình trạng xơ hóa thực quản qua nội soi và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân xơ gan sau điều trị bằng thắt búi giãn tĩnh mạch thực quản.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân xơ gan được điều trị bằng thắt búi giãn bằng vòng cao.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* bệnh nhân không nội soi thực quản được.

2.2. Thời gian, địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 12 năm 2014 đến tháng 5 năm 2018. Tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: mô tả
- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu

2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu:

* Công thức cỡ mẫu: sử dụng công thức tính cỡ mẫu ước tính 1 tỉ lệ của quần thể:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{pq}{d^2}$$ *Trong đó:*

- p = 0,56 (theo nghiên cứu của tác giả Mohamed A Elsebaey, tỉ lệ xuất huyết tiêu hóa do vỡ tĩnh mạch thực quản là 56.29%[1]).

- $Z^2_{(1-\alpha/2)}$: hệ số giới hạn tin cậy, chọn mức tin cậy 95% → $Z^2_{(1-\alpha/2)}$ =1,96

- d: độ chính xác mong muốn, chọn d= 0,1

Áp dụng công thức tính:

$$n = 1{,}96^2 x \frac{0{,}56(1-0{,}56)}{0{,}1^2} = 3{,}8416 x \frac{0{,}56 x 0{,}44}{0{,}01} = 94{,}65$$

Chúng tôi chọn ngẫu nhiên được 103 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu.

2.5.Chỉ tiêu nghiên cứu

*Đặc điểm chung: tuổi; giới tính (nam/nữ).

*Chỉ tiêu lâm sàng:

- Nguyên nhân gây xơ gan: do rượu, do virus, không rõ nguyên nhân (biến định tính).

- Mục đích thắt: thắt dự phòng, thắt cấp cứu (biến định tính).

*Chỉ tiêu cận lâm sàng:

- Xét nghiệm máu:

+ Tiểu cầu bình thường từ 200-400 G/l

+ Thời gian Prothrombin bình thường > 70%.

+ ALT (GPT) bình thường là < 40 IU/37°C

+ AST (GOT) bình thường là < 37 IU/37°C

+ Bilirubin toàn phần máu bình thường < 17,1 µmol/l.

+ Albumin máu bình thường từ 35-50 g/l.

+ NH3 máu bình thường < 55 µmol/l.

+ Đánh giá bệnh lí gan mất bù theo bảng điểm Child Pugh 1991.

- Nội soi thực quản – dạ dày (biến định tính):

+ Tỉ lệ xơ hóa thực quản, hình thái, mức độ xơ, vị trí xơ hóa

+ Số lượng, vị trí, hình thái các búi giãn thực quản còn lại, các dấu đỏ trên búi giãn.

+ Số vòng thắt, số lần thắt, đặc điểm thắt TMTQ.

2.6. Kỹ thuật thu thập số liệu

- Mỗi bệnh nhân có một bệnh án theo mẫu bệnh án chung thống nhất. Mỗi bệnh nhân được soi khi tái điều trị, tại các thời điểm: nhập viện lần đầu, trong 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng, trên 12 tháng:

- Khám lâm sàng: Tất cả các bệnh nhân được khai thác tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng theo mẫu bệnh án chung thống nhất.

- Cận lâm sàng: lấy máu tĩnh mạch 2ml vào mỗi ống nghiệm có chất chống đông làm các xét nghiệm công thức máu và đông máu. Lấy 2,5 ml máu tĩnh mạch vào một ống nghiệm không có chất chống đông làm xét nghiệm sinh hóa.

+ Xét nghiệm công thức máu, tỉ lệ prothrombin được thực hiện trên hệ thống máy xét nghiệm Laser, tại khoa Huyết học Bệnh viện TƯ Thái Nguyên.

+ Đo hoạt độ AST (GOT), ALT (GPT), định lượng Bilirubin toàn phần, Albumin, NH3 máu được thực hiện trên máy sinh hóa tự động AU 640 của hãng Olympus, tại khoa Hóa sinh Bệnh viện TƯ Thái Nguyên.

- Nội soi thực quản – dạ dày tại khoa Thăm dò chức năng bằng hệ thống máy Fujinon EPX-2500 – Fujifilm.

- Số liệu thu thập được là các biến số liên quan trực tiếp đến công trình nghiên cứu.

❖ Các bước thu thập số liệu: Bệnh nhân đến viện khám vì có tình trạng xuất huyết tiêu hóa và

có các triệu chứng lâm sàng của bệnh xơ gan. Được chỉ định làm các xét nghiệm đánh giá mức độ nặng theo thang điểm Child-Pugh. Nội soi đánh giá tình trạng tĩnh mạch thực quản, thắt các búi giãn bằng vòng cao su. Sau đó theo dõi đánh giá tình trạng xơ hóa xuất hiện ở thực quản.

2.7. Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		n(103)	%
Tuổi		51.7 ± 9.6	
Giới	Nam	99	96.1
	Nữ	4	3.9
Nguyên nhân	Do rượu	92	89.3
	Do Virus B	6	5.8
	Do Virus C	2	1.9
	Không rõ	3	2.9
Mục đích thắt	Dự phòng	89	86.4
	Cấp cứu	14	13.6

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 51.7 ± 9.6. Tỉ lệ về giới của đối tượng nghiên cứu: nam 96.1%, nữ 3.9%. Nguyên nhân gây bệnh lớn nhất là do rượu có tỉ lệ 89.3%. Tỉ lệ bệnh nhân được thắt TMTQ cấp cứu là 13.6%, thắt dự phòng là 86.4%.

Bảng 2: Kết quả xét nghiệm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		N (103)
Số lượng tiểu cầu		114.3 ± 72.9
AST		131.5 ± 106.8
ALT		49.2 ± 38.9
Bilirubin toàn phần		34.6 ± 28.8
Albumin		29.8 ± 5.7
NH3		89.7 ± 46.1
Prothrombin		70.1 ± 16.5
Cổ trướng	Không	44 (42.7%)
	Ít	9 (8.7%)
	Nhiều	50 (48.6%)
Điểm Child-Pugh		9.5 ± 2.4
Phân loại Child-Pugh	Độ A	10 (9.7%)
	Độ B	38 (36.9%)
	Độ C	55 (53.4%)

Nhận xét: Bệnh nhân có các triệu chứng điển hình của bệnh xơ gan, với các chỉ số đánh giá chức năng gan đều bất thường. Phân loại mức độ nặng theo Child-Pugh: Child A 9.7%, Child B 36.9%, Child C 53.4%.

Bảng 3: Đặc điểm nội soi của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		n(103)	%
Độ giãn TMTQ	Độ 3	27	26.2
	Độ 2	76	73.8
Màu sắc giãn TMTQ	Màu tím	29	28.2
	Màu tím sẫm	74	71.8
Vị trí giãn TMTQ	Giãn 1/3 dưới	88	85.4
	Giãn 1/3 giữa và dưới	15	14.6
Số búi giãn TMTQ	1-3 búi	29	28.2
	4-6 búi	46	44.7
	Rất nhiều búi	28	27.2
Dấu đỏ	Có	71	68.9
	Không	32	31.1
Số vòng thắt sử dụng 1 lần soi		3.95 ± 1.3	
Số lần thắt		1.5 ± 0.8	

Nhận xét: Số vòng thắt sử dụng 1 lần làm thủ thuật cho bệnh nhân trung bình là 3.95 ± 1.3. Số lần thắt trung bình cho mỗi bệnh nhân là 1.5 ± 0.8.

Bảng 4: Đặc điểm xơ hóa thực quản của đối tượng nghiên cứu

Thời gian / Kiểu xơ hóa	10 ngày n(%)	< 1 tháng n(%)	1-3 tháng n(%)	3-6 tháng n(%)	6-12 tháng n(%)	>12 tháng n(%)	Tổng n(%)	% n=103
Xơ dạng nốt	71(100)	0	0	0	0	0	71(100)	68.9
Xơ dạng vòng	0	10 (38.5%)	9 (34.6)	4 (15.4)	3 (11.5)	0	26 (100)	25.2
Xơ dạng lưới	0	0	2(33.3)	0	1(16.7)	3(50)	6(100)	5.9
P	**< 0.001**							

Nhận xét: Bệnh nhân có xuất hiện xơ hóa tại nốt thắt trong vòng 10 ngày sau thắt chiếm tỉ lệ 100%. Kiểu xơ hóa thực quản dạng vòng xuất hiện trong vòng 1 tháng đầu sau thắt chiếm tỉ lệ cao nhất với 38.5%, giảm dần ở các giai đoạn sau. Kiểu xơ hóa dạng mạng lưới chỉ xuất hiện ở thời điểm từ 1-3 tháng sau thắt với 33.3%.

Bảng 5: Liên quan giữa kiểu xơ hóa và đặc điểm thắt

Kiểu xơ hóa / Đặc điểm thắt	Xơ dạng nốt		Xơ dạng vòng		Xơ dạng lưới		$p^{1,2,3}$
	n	%	n	%	n	%	
Thắt gần búi	20	28.2	16	61.5	4	66.7	0.004
Thắt xa búi	51	71.8	10	38.5	2	33.3	
Tổng	**71**	**100**	**26**	**100**	**6**	**100**	

Nhận xét: Bệnh nhân được thắt các búi giãn gần nhau có tỉ lệ xuất hiện xơ dạng vòng cao hơn với 61.5%. Tương tự xơ hóa thực quản dạng lưới cũng xuất hiện nhiều hơn ở các bệnh nhân được thắt các búi quá gần nhau với 66.7%, p=0.004.

Bảng 6: Liên quan giữa kiểu xơ hóa và thời gian xuất hiện

Kiểu xơ hóa	Trung bình (ngày)	P
Xơ dạng nốt 1	7.15 ± 1.4	$P^{1,2}$= 0.001
Xơ dạng vòng2	70.1 ± 66.4	$P^{2,3}$= 0.001
Xơ dạng lưới3	335.8 ± 277.4	$P^{3,1}$= 0.001

Nhận xét: Xơ hóa thực quản dạng nốt thường xuất hiện sau trung bình 7.15 ± 1.4 ngày, xơ hóa thực quản dạng vòng thường xuất hiện sau trung bình 70.1 ± 66.4 ngày, xơ hóa thực quản dạng mạng lưới thường xuất hiện sau trung bình 335.8 ± 277.4 ngày, sự khác biệt giữa 3 nhóm này đều có ý nghĩa thống kê với p = 0.001.

Bảng 7: Liên quan giữa kiểu xơ hóa và số lần thắt

Kiểu xơ hóa	Trung bình (số lần)	P
Xơ dạng nốt 1	1.1 ± 0.2	$P^{1,2}$= 0.001
Xơ dạng vòng2	2.3 ± 0.5	$P^{2,3}$= 0.001
Xơ dạng lưới3	3.7 ± 0.8	$P^{3,1}$= 0.001

Nhận xét: Xơ hóa thực quản dạng nốt thường xuất hiện sau trung bình 1.1 ± 0.2 lần thắt, xơ hóa thực quản dạng vòng thường xuất hiện sau trung bình 2.3 ± 0.5 lần thắt, xơ hóa thực quản dạng mạng lưới thường xuất hiện sau trung bình 3.7 ± 0.8 lần thắt, sự khác biệt giữa 3 nhóm này đều có ý nghĩa thống kê với p = 0.001.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi thấy rằng: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 51.7 ± 9.6, tuổi trung bình của bệnh nhân xơ gan theo Luz GO là 54.48 [4]. Tỉ lệ về giới của đối tượng nghiên cứu: nam 96.1%, nữ 3.9%. Tỉ lệ nam giới của tác giả Park SW là 78%[5], tỉ lệ nam giới theo tác giả Luz GO là 74%[4]. Nguyên nhân gây bệnh lớn nhất là do rượu có tỉ lệ 89.3%, theo tác giả Park SW tỉ lệ xơ gan do rượu là 48%, do virus B là 33.3%, do virus C là 8.1% [5]. Tỉ lệ bệnh nhân được thắt TMTQ cấp cứu là 13.6%, thắt dự phòng là 86.4%. Cũng theo tác giả Park SW tỉ lệ thắt búi giãn với mục đích phòng bệnh ban đầu là 57.7%[5]

Bệnh nhân có các triệu chứng điển hình của bệnh xơ gan, với các chỉ số đánh giá chức năng gan đều bất thường. Phân loại mức độ nặng theo Child-Pugh: Child A 9.7%, Child B 36.9%, Child C 53.4%, tỉ lệ mức độ Child theo Park lần lượt là 40.7% A, 49.6% B, 9.8% C [5]. Theo tác giả Sakai số bệnh nhân xơ gan Child A là 31, Child B là 20 [6].

Bệnh nhân có giãn TMTQ độ 3 có tỉ lệ 26.2%, nghiên cứu của tác giả Park SW tỉ lệ bệnh nhân có giãn độ 2 là 84.6%, giãn độ 3 là 15.4% [5], theo Sakai số bệnh nhân giãn tĩnh mạch độ 1 là 13/51, giãn độ 2 là 25/51, giãn độ 3 là 13/51 [6]. Các búi giãn TMTQ màu tím sẫm chiếm tỉ lệ cao hơn với 71.8%. Vị trí giãn TMTQ ở 1/3 dưới thực quản chiếm tỉ lệ cao hơn với 85.4%. Số búi giãn TMTQ chiếm tỉ lệ lớn nhất là nhóm từ 4-6 búi với 44.7%. Sự xuất hiện dấu đỏ trên các búi giãn gặp ở 68.9% số bệnh nhân, tỉ lệ bệnh nhân có dấu đỏ theo tác giả Park SW là 95.1% [5], tỉ lệ xuất hiện dấu đỏ trên búi giãn theo Luz GO là 92.8% [4], số bệnh nhân có dấu đỏ theo Sakai là 45/51 [6]. Số vòng thắt sử dụng 1 lần làm thủ thuật cho bệnh nhân trung bình là 3.95 ± 1.3, số vòng thắt theo tác giả Park SW là 7.7±3.6. Số lần thắt trung bình cho mỗi bệnh nhân là 1.5 ± 0.8, số lần thắt theo Park SW là 2.3±1.0[5].

Bệnh nhân có xuất hiện xơ hóa tại nốt thắt trong vòng 10 ngày sau thắt chiếm tỉ lệ 100%, thời gian biến mất các búi giãn trung bình theo Park SW là 2.4±1.4 tháng [5], tỉ lệ bệnh nhân có xơ hóa tại búi thắt trong vòng 5 ngày chiếm 78% theo nghiên cứu của Luz GO [4]. Kiểu xơ hóa thực quản dạng vòng xuất hiện trong vòng 1 tháng đầu sau thắt chiếm tỉ lệ cao nhất với 38.5%, giảm dần ở các giai đoạn sau. Kiểu xơ hóa dạng mạng lưới chỉ xuất hiện ở thời điểm từ 1-3 tháng sau thắt với 33.3%. Sau 12 tháng khi tiến hành thủ thuật có 50% xuất hiện xơ dạng mạng lưới. Tỉ lệ xơ hóa dạng nốt chiếm 68.9%, xơ hóa dạng vòng chiếm 25.2%, xơ hóa dạng mạng lưới chiếm 5.9%. Các bệnh nhân có tình trạng xơ hóa thực quản dạng mạng lưới ở mức độ ít mà có xuất huyết tái phát thì chúng tôi có thể tiếp tục cầm máu bằng thắt các búi giãn vỡ. Tuy nhiên có những bệnh nhân xơ hóa thực quản trên diện rộng lúc này thực hiện thủ thuật thắt vòng cao su là rất khó do các tổ chức xơ co kéo vào nhau, không thể hút vào dụng cụ thắt gắn trên đầu ống nội soi được [3].

Bệnh nhân được thắt các búi giãn gần nhau có tỉ lệ xuất hiện xơ dạng vòng cao hơn với 61.5%. Tương tự xơ hóa thực quản dạng lưới cũng xuất hiện nhiều hơn ở các bệnh nhân được thắt các búi quá gần nhau với 66.7%. Xơ hóa thực quản dạng nốt thường xuất hiện sau trung bình 7.15 ± 1.4 ngày, xơ hóa thực quản dạng

vòng thường xuất hiện sau trung bình 70.1 ± 66.4 ngày, xơ hóa thực quản dạng mạng lưới thường xuất hiện sau trung bình 335.8 ± 277.4 ngày, sự khác biệt giữa 3 nhóm này đều có ý nghĩa thống kê với p = 0.001. Xơ hóa thực quản dạng nốt thường xuất hiện sau trung bình 1.1 ± 0.2 lần thắt, xơ hóa thực quản dạng vòng thường xuất hiện sau trung bình 2.3 ± 0.5 lần thắt, xơ hóa thực quản dạng mạng lưới thường xuất hiện sau trung bình 3.7 ± 0.8 lần thắt, sự khác biệt giữa 3 nhóm này đều có ý nghĩa thống kê với p = 0.001.

V. KẾT LUẬN

Trong 103 bệnh nhân xơ gan tỉ lệ nam 96.1%, nữ 3.9%. Tỉ lệ bệnh nhân được thắt TMTQ cấp cứu là 13.6%, thắt dự phòng là 86.4%.

Phân loại mức độ nặng theo Child-Pugh: Child A 9.7%, Child B 36.9%, Child C 53.4%.

Số vòng thắt trung bình 1 lần là 3.95 ± 1.3. Số lần thắt trung bình là 1.5 ± 0.8.

Tỉ lệ xơ hóa dạng nốt chiếm 68.9%, xơ hóa dạng vòng chiếm 25.2%, xơ hóa dạng mạng lưới chiếm 5.9%.

Bệnh nhân được thắt các búi giãn gần nhau có tỉ lệ xuất hiện xơ dạng vòng cao hơn.

Xơ hóa dạng lưới thường xuất hiện sau nhiều ngày nhất.

Xơ hóa dạng lưới thường xuất hiện sau nhiều lần thắt nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mohamed A Elsebaey (2018),** "Predictors of in-hospital mortality in a cohort of elderly Egyptian patients with acute upper gastrointestinal bleeding", *Medicine (Baltimore). 2018 Apr;97(16):e0403. doi: 10.1097/ MD.0000000000010403.*
2. **Yao Chun Hsu (2011)**, "Application of endoscopy in improving survival of cirrhotic patients with acute variceal hemorrhage", *Int J Hepatol. 2011;2011:893973. doi: 10.4061/2011/893973. Epub 2011 Jul 21.*
3. **Bledar Kraja (2017)**, "Predictors of esophageal varices and first variceal bleeding in liver cirrhosis patients", *World J Gastroenterol. 2017 Jul 14; 23(26): 4806–4814.Published online 2017 Jul 14. doi: 10.3748/wjg.v23.i26.4806.*
4. **Gustavo Oliveira Luz (2011),** "Comparison between endoscopic sclerotherapy and band ligation for hemostasis of acute variceal bleeding", *World J Gastrointest Endosc. 2011 May 16;3(5):95-100. doi: 10.4253/wjge.v3.i5.95.*
5. **Seung Woon Park (2016),** "Changes in Cardiac Varices and Their Clinical Significance after Eradication of Esophageal Varices by Band Ligation", *Can J Gastroenterol Hepatol. 2016;2016: 2198163. doi: 10.1155/2016/2198163. Epub 2016 Dec 26.*
6. **Yoshiyuki Sakai (2017),** "Changes in skeletal muscle mass after endoscopic treatment in patients with esophageal varices", *Medicine (Baltimore). 2017 Jun;96(26):e7377. doi: 10.1097/MD.0000000000007377.*
7. **Hidenori Toyoda (2001)**, "Fatal bleeding from a residual vein at the esophageal ulcer base after successful endoscopic variceal ligation", *J Clin Gastroenterol. 2001 Feb;32(2):158-60.*
8. **Christos Triantos (2008),** "Fibrous ring formation in cirrhotics treated with band ligation", *Hepatogastroenterology. 2008 Jan-Feb;55 (81):108-11.*

ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP THUỐC HOÀN CHỈ THỐNG ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA CỘT SỐNG THẮT LƯNG

Nguyễn Vinh Quốc*, Trịnh Thị Hạnh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá hiệu quả điều trị thoái hóa cột sống thắt lưng bằng điện châm kết hợp thuốc Hoàn chỉ thống. ***Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:*** 60 bệnh nhân được chẩn đoán thoái hóa cột sống thắt lưng tình nguyện tham gia nghiên cứu. Nhóm nghiên được điều trị điện châm kết hợp thuốc Hoàn chỉ thống, nhóm đối chứng điều trị bằng điện châm kết hợp uống bài thuốc Độc hoạt ký sinh thang. So sánh kết quả trước và sau điều trị. ***Kết quả:*** điện châm kết hợp thuốc Hoàn chỉ thống có hiệu quả tốt trong điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống, 100% đạt hiệu quả tốt và khá. Chỉ số VAS, độ giãn cột sống thắt lưng, tầm vận động cột sống thắt lưng và chức năng sinh hoạt hàng ngày cải thiện tốt hơn có ý nghĩa so với trước điều trị và tốt hơn so với nhóm đối chứng. ***Kết luận:*** điện châm kết hợp thuốc Hoàn chỉ thống hiệu quả trong điều trị thoái hóa cột sống thắt lưng.

Từ khóa: điện châm, Hoàn chỉ thống, thoái hóa cột sống thắt lưng.

SUMMARY

THE EFFECT OF ELECTRIC ACUPUNCTURE COMBINED WITH "HOAN CHI THONG" ON TREATMENT SPONDYLOSIS OF LUMBAR SPINE

Objective: to assese the effect of electric acupuncture combined with "Hoan Chi Thong" on the treatment spondylosis of lumbar spine. ***Subjects and methods***: 60 volunteered patients diagnosed with spondylosis of lumbar spine, were participated in the study. Researchers combined using electric acupuncture with "Hoan Chi Thong", while the control group was treated by electric acupuncture combined with "Doc hoat ky sinh thang". Comparing the results before and after treatment. ***Result***: the spondylosis of lumbar spine treating method by using the combination of electric acupuncture with "Hoan Chi Thong" worked efficiency, 100% rate of good and effective results. The VAS score, the lumbar spine dilatation, the lumbar spine movement and the ODI score improved better than before treatment and better than control group, difference is statistically significant. *Conclusion*: the treating method using electric acupuncture combined with "Hoan Chi Thong" show pleasing outcome during spondylosis of lumbar spine medication.

Keywords: *electric acupuncture, Hoan chi thong, spondylosis of lumbar spine*

Viện Y học cổ truyền Quân đội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vinh Quốc
Email: quocnguyenvinh@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.10.2018
Ngày phản biện khoa học: 22.11.2018
Ngày duyệt bài: 29.11.2018

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa cột sống thắt lưng (THCSTL) là một triệu chứng bệnh lý khá phổ biến, có thể gặp ở mọi đối tượng, không kể lứa tuổi, giới tính, tầng lớp xã hội và nghề nghiệp lao động với biểu hiện lâm sàng cơ bản là đau. Bệnh ảnh hưởng tới năng suất lao động, chất lượng cuộc sống của người bệnh [1]. Đau thắt lưng do THCSTL không điều trị kịp thời hoặc không điều trị đúng phương pháp có thể để lại các di chứng nặng nề, tạo gánh nặng cho bản thân người bệnh, cho gia đình và xã hội.

Theo Y học cổ truyền (YHCT), THCSTL được biết tới với bệnh danh Yêu thống, thuộc phạm vi chứng Tý... [2]. Điều trị bệnh lý này có rất nhiều phương pháp mang lại hiệu quả khả quan trong đó có dùng thuốc kết hợp châm cứu, xoa bóp bấm huyệt...[2], [3], [4].

Hoàn chỉ thống là chế phẩm thuốc được Viện YHCT Quân đội sản xuất theo đề tài khoa học công nghệ cấp Bộ Quốc phòng. Thuốc có tác dụng chống viêm giảm đau, hiệu quả điều trị khá tốt đối với một số bệnh lý xương khớp [5],[6]. Nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu đánh giá tác dụng của điện châm kết hợp thuốc Hoàn chỉ thống trên bệnh nhân thoái hóa cột sống thắt lưng.

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

2.1. Chất liệu: - Thuốc Hoàn chỉ thống (HCT) bào chế dạng viên hoàn mềm 8,5g/viên được sản xuất tại Khoa Dược/Viện YHCT Quân đội, gồm các vị thuốc: Dây gắm, Dây đau xương, Bạch chỉ, Ngưu tất, Quế chi, Kê huyết đằng. Thuốc đã được Viện kiểm nghiệm thuốc Trung ương – Bộ Y tế thẩm định đạt tiêu chuẩn cơ sở.

- Bài thuốc cổ phương "Độc hoạt kí sinh thang" (gồm Độc hoạt 10g, Tang ký sinh 12g, Quế nhục 04g, Phòng phong 10g, Xuyên khung 12g, Đỗ trọng 12g, Cam thảo 10g, Bạch thược 15g, Đương quy 12g, Tần giao 12g, Tế tân 06g, Ngưu tất 12g, Sinh địa 12g, Nhân sâm 06g, Bạch linh 10g) [7]. Thuốc được sắc và đóng túi tự động 150 ml/túi, 02 túi/thang tại Khoa YHCT/Bệnh viện Quân y 103/Học viện Quân y.

- Máy điện châm KWD - TN09 - T06; Thước đo thang điểm VAS (Visual analogue scale); Thước dây.

- Kim châm cứu 1 lần các cỡ, pince, bông, cồn 70^0.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: 60 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán THCSTL [1], không phân biệt tuổi, giới tính, nghề nghiệp, tình nguyện tham gia nghiên cứu. Được điều trị tại Khoa YHCT/Bệnh viện Quân y 103/Học viện Quân y và các Khoa nội/Viện YHCT Quân đội từ tháng 11/2017 – tháng 7/2018. Không đưa vào nghiên cứu các BN có tiền sử dị ứng, suy gan, suy thận, suy tim, đái tháo đường, phụ nữ có thai.

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng mở. So sánh kết quả trước và sau điều trị và có nhóm đối chứng. Chọn mẫu có chủ đích theo phương pháp ghép cặp đảm bảo tương đồng về tuổi, giới, thời gian mắc bệnh, tính chất khởi phát giữa hai nhóm. Các BN được chia thành 2 nhóm, mỗi nhóm 30 BN:

- Nhóm nghiên cứu (NNC): Điện châm 30 phút/lần/ngày (Phác đồ huyệt: Châm bổ các huyệt Thận du, Đại trường du, Dương lăng tuyền, Tam âm giao; châm tả các huyệt A thị, Giáp tích L1 – L5, Ủy trung) kết hợp uống HCT ngày 04 viên chia 2 lần, mỗi lần 02 viên, sau khi ăn sáng và ăn tối 1 giờ x 20 ngày.

- Nhóm đối chứng (NĐC): điện châm phác đồ như NNC, kết hợp dùng bài thuốc Độc hoạt kí sinh thang dạng sắc, ngày 2 túi chia 2 lần sáng và chiều. Thời gian điều trị như NNC.

2.4. Chỉ tiêu theo dõi và đánh giá

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh, tính chất khởi phát

- Đánh giá kết quả điều trị chung: tính hiệu suất giảm tổng điểm dựa trên các chỉ số VAS, Schober, tầm vận động cột sống thắt lưng, chỉ số ODI sau điều trị so với tổng điểm trước điều trị, phân thành các loại kết quả tốt (tổng số điểm sau điều trị giảm >80% so với trước điều trị); Khá (tổng số điểm sau điều trị giảm 61-80% so với trước điều trị); Trung bình (tổng số điểm sau điều trị giảm 40-60% so với trước điều trị); Không kết quả (tổng số điểm sau điều trị giảm <40% so với trước điều trị) [3],[4].

2.5. Xử lý số liệu: Các số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học bằng phần mềm SPSS 16.0 for Windows. Các thuật toán được áp dụng: Tính tỷ lệ phần trăm, tính số trung bình mẫu, độ lệch chuẩn, so sánh số trung bình theo thuật toán T-Student, so sánh các tỷ lệ bằng kiểm định χ^2, Fisher Exact.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung các đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung các đối tượng nghiên cứu

Chỉ tiêu		NNC(1)		NĐC(2)		p_{1-2}
		Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	
Giới tính	Nam	15	50,0	10	66,7	>0,05
	Nữ	15	50,0	10	33,3	>0,05
Nhóm tuổi	30 – 39	1	3,3	1	3,3	>0,05
	40 – 49	3	10,0	1	3,3	>0,05
	50 – 59	5	16,7	11	36,7	>0,05
	≥ 60	21	70,0	17	56,7	>0,05
Tuổi trung bình		*63,67±11,63*		*63,13±11,68*		*>0,05*
Nghề nghiệp	Lao động nặng	17	56,7	19	63,3	>0,05
	Lao động nhẹ	13	43,3	11	36,7	>0,05
Thời gian mắc bệnh	< 1 tháng	2	6,7	2	6,7	>0,05
	1 - 3 tháng	4	13,3	2	6,7	>0,05
	3 - 6 tháng	5	16,7	2	6,7	>0,05
	> 6 tháng	19	63,3	24	80,0	>0,05
Tính chất khởi phát	Từ từ	18	60,0	19	63,3	>0,05
	Đột ngột	12	40,0	11	36,7	>0,05

Tỷ lệ nam/nữ mắc bệnh là 1/1 ở NNC và 2/1 ở NĐC. Tuổi mắc bệnh trung bình ở NĐC là 63,67 ± 11,63, NNC là 63,13 ± 11,68, chủ yếu tập trung ở lứa tuổi trên 60. Đối tượng thuộc nhóm lao động nặng chiếm tỷ lệ cao (56,7% ở NĐC và 70% ở NNC). Thời gian mắc bệnh trên 6 tháng ở cả 2 nhóm chiếm tỷ lệ cao (63,3% ở NNC và 80% ở NĐC). Đa số đối tượng khởi phát bệnh mang tính chất từ từ, mạn tính (60% ở NNC và 63,3% ở NĐC). Chưa nhận thấy khác biệt giữa các yếu tố tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian mắc bệnh và tính chất khởi phát giữa hai nhóm (p>0,05).

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 2. Điểm lượng giá mức độ đau (VAS) trước và sau điều trị

Thời điểm	NNC$^{(1)}$ (n=30; $\bar{X}$±SD)	NĐC$^{(2)}$ (n=30; $\bar{X}$±SD)	p_{1-2}
$T_0^{(a)}$	2,83±0,38	2,80±0,41	>0,05
$T_1^{(b)}$	1,63±0,49	2,13±0,35	<0,05
$T_2^{(c)}$	0,67±0,48	1,47±0,57	<0,05
p	p_{a-b}; p_{a-c}; p_{b-c} <0,05	p_{a-c}; p_{b-c} <0,05; p_{a-b}>0,05	

Mức độ đau theo thang điểm VAS có xu hướng giảm dần qua các thời điểm theo dõi. Khác biệt tại thời điểm trước điều trị (T_0) và sau điều trị (T_1; T_2) ở NNC có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Hiệu quả giảm đau sau 10 ngày và 20 ngày điều trị của NNC tốt hơn NĐC (p<0,05).

Bảng 3. Cải thiện độ giãn thắt lưng trung bình sau điều trị

Thời điểm	NNC$^{(1)}$ (điểm; $\bar{X}$±SD)	NĐC$^{(2)}$ (điểm; $\bar{X}$±SD)	p_{1-2}
$T_0^{(a)}$	2,97±0,18	3,00±0,12	>0,05
$T_1^{(b)}$	1,53±0,57	2,37±0,56	<0,05
$T_2^{(c)}$	0,30±0,47	0,83±0,65	>0,05
p	p_{a-b}; p_{a-c}; p_{b-c} <0,05	p_{a-c}; p_{b-c} <0,05; p_{a-b}>0,05	

Độ giãn thắt lưng ở cả hai nhóm BN đều cải thiện dần qua các thời điểm, khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Mức độ cải thiện độ giãn thắt lưng tại thời điểm sau 10 ngày điều trị ở NNC tốt hơn NĐC (p<0,05).

Bảng 4. Hiệu quả cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng sau điều trị

Thời điểm	NNC$^{(1)}$ (điểm; $\bar{X}$±SD)	NĐC$^{(2)}$ (điểm; $\bar{X}$±SD)	p_{1-2}
$T_0^{(a)}$	1,43±0,50	1,27±0,79	>0,05
$T_1^{(b)}$	0,40±0,50	0,70±0,47	<0,05
$T_2^{(c)}$	0,07±0,25	0,17±0,38	>0,05
p	p_{a-b}; p_{a-c}; p_{b-c} <0,05	p_{a-b}; p_{a-c}; p_{b-c} <0,05	

Tầm vận động cột sống thắt lưng ở cả hai nhóm BN cải thiện dần qua các thời điểm, khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Mức độ cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng sau 10 ngày điều trị ở NNC tốt hơn NĐC (p<0,05).

Bảng 5. Cải thiện hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày theo bộ câu hỏi ODI

Thời điểm	NNC$^{(1)}$ (điểm; $\bar{X}$±SD)	NĐC$^{(2)}$ (điểm; $\bar{X}$±SD)	p_{1-2}
$T_0^{(a)}$	1,73±0,58	1,90±0,48	>0,05
$T_1^{(b)}$	1,17±0,38	1,33±0,48	>0,05
$T_2^{(c)}$	0,98±0,09	1,03±0,18	>0,05
p	p_{a-b}; p_{a-c}<0,05; p_{b-c} >0,05	p_{a-b}; p_{a-c}<0,05; p_{b-c} >0,05	

Chức năng sinh hoạt hàng ngày sau điều trị cải thiện tốt ở cả hai nhóm BN (p<0,05). Hiệu quả cải thiện chỉ số ODI ở hai nhóm BN là tương đương (p>0,05).

Bảng 6. Hiệu quả chung sau điều trị ở các nhóm bệnh nhân

Kết quả	NNC		NĐC	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Tốt	12	40,0	03	10,0
Khá	18	60,0	14	50,0
Trung bình	0	0	10	30,0
Không kết quả	0	0	03	10,0
Cộng	30	100	30	100
$p_{(Tốt + Khá)\ NNC-(Tốt + Khá)\ NĐC}$ <0,05				

Sau 20 ngày điều trị, tỷ lệ BN đạt kết quả điều trị tốt và khá ở NNC cao hơn NĐC có ý nghĩa với p<0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung các đối tượng nghiên cứu: Về giới tính, tỷ lệ nam/nữ ở hai nhóm không có sự khác biệt. Tỷ lệ nam/nữ chung ở cả hai nhóm là 7/5. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc Bích (2016), tỷ lệ nam/nữ là 3/2 [3]. Nhiều nghiên cứu cho rằng tỷ lệ nữ bị THCSTL nhiều hơn nam do sự thay đổi hormon, đặc biệt sự thiếu hụt hormon estrogen sau mãn kinh làm giảm khả năng hấp thu canxi – thành phần quan trọng tham gia cấu tạo đĩa đệm và xương khớp [1], [3]. Tuy nhiên theo chúng tôi, ngày nay với sự hỗ trợ tích cực của các chương trình chăm sóc y tế dự phòng, chương trình chăm sóc bà mẹ và trẻ em…, đặc biệt phụ nữ hiện nay có ý thức quan tâm tới sức khỏe hơn do đó tình trạng THCSTL ở nữ giới cũng được cải thiện.

Về tuổi và độ tuổi mắc bệnh, kết quả cho thấy tuổi trung bình các đối tượng NĐC là 63,67±11,63 (tuổi), NNC là 63,13±11,68 (tuổi). Nhóm tuổi trên 60 chiếm đa số với tỷ lệ 56,7% ở NNC và 70% ở NĐC. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với nhận định của Nguyễn Thị Ngọc Lan (2010), tình trạng THCSTL là bệnh mạn tính gặp

chủ yếu ở người trung niên và người cao tuổi [1]. Theo lý luận YHCT, vào lứa tuổi này chính khí cơ thể bắt đầu suy giảm, công năng tạng phủ, khí huyết hư suy, dinh vệ, tấu lý sơ hở… tà khí ở bên ngoài dễ xâm nhập gây nên bệnh [2]. Về thời gian mắc bệnh, tỷ lệ mắc bệnh trên 6 tháng chiếm tỷ lệ cao ở cả 2 nhóm (63,3% ở NNC và 80% ở NĐC), tương tự với nhận định của một số tác giả khác [3], [4]. Điều này phản ánh trình độ hiểu biết về bệnh tật, mức độ quan tâm của người bệnh đối với tình trạng sức khỏe của bản thân chưa thực sự cao. Đây là vấn đề cần được quan tâm nhằm nâng cao hiểu biết của cộng đồng trong dự phòng và điều trị THCSTL.

Về tính chất khởi phát, kết quả cho thấy đa số BN đều có khởi phát mang tính chất từ từ (60% ở NNC và 63,3 % ở NĐC). Kết quả này phù hợp với nhận định của Nguyễn Thị Ngọc Lan về hoàn cảnh xuất hiện đau do thoái hóa, BN thường xuất hiện bắt đầu với đau mỏi vùng thắt lưng, tăng khi vận động, lâu dần xuất hiện đau mỏi thường xuyên kèm hạn chế vận động [1].

4.2. Kết quả điều trị: Trong THCSTL, đau là triệu chứng chính khiến người bệnh phải tới bệnh viện khám và điều trị. Đau dẫn tới tình trạng co cứng cơ cạnh sống cũng như dây chằng, hạn chế vận động cột sống thắt lưng, giảm hoặc mất chức năng sinh hoạt hàng ngày [1]. VAS là thang điểm đánh giá mức độ đau được lựa chọn trong nghiên cứu này. Kết quả nghiên cứu cho thấy mức độ đau theo thang điểm VAS có xu hướng giảm dần qua các thời điểm theo dõi, khác biệt trước điều trị và sau điều trị có ý nghĩa thống kê. Hiệu quả giảm đau sau 10 ngày và 20 ngày điều trị của NNC tốt hơn có ý nghĩa so với NĐC. Kết quả này chứng tỏ phương pháp điều trị bằng điện châm kết hợp thuốc HCT đã có hiệu quả giảm đau. Theo YHCT đau do thoái hóa là khí huyết vận hành tại đường kinh bị tắc trệ, điện châm là phương pháp dùng dòng xung điện kích thích vào huyệt vị và kinh lạc có tác dụng hành khí, hoạt huyết, thông kinh hoạt lạc từ đó có tác dụng chỉ thống (giảm đau). Theo Y học hiện đại, điện châm có thể thông qua tác động tại chỗ, phản ứng tiết đoạn và phản ứng toàn thân kích thích phản ứng cơ thể làm giảm hàm lượng Cathecholamin, tăng hàm lượng Achetylcholin và làm sản sinh Endorphin nội sinh, từ đó giúp đạt hiệu quả giảm đau [3], [4]. Mặt khác, cấu trúc bài thuốc HCT được xây dựng từ những vị dược liệu có tác dụng hoạt huyết hóa ứ, giảm đau chống viêm mạnh, kết quả nghiên cứu thực nghiệm cũng đã chứng minh tác dụng giảm đau của HCT [5]. Như vậy, có thể nhận định điện châm kết hợp HCT có hiệu quả tăng cường tác dụng giảm đau rõ rệt.

Kết quả nghiên cứu nhận thấy, độ giãn cột sống thắt lưng, tầm vận động cột sống thắt lưng ở cả hai nhóm BN đều cải thiện dần qua các thời điểm, khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê. Mức độ cải thiện của các chỉ tiêu này tại thời điểm sau 10 ngày điều trị ở NNC tốt hơn có ý nghĩa so với NĐC. Theo chúng tôi, kết quả này là do phương pháp kết hợp điện châm và thuốc HCT đã đạt hiệu quả điều trị kép, một mặt bản thân điện châm giúp thúc đẩy quá trình sản sinh Endorphin nội sinh, mặt khác lại nhờ HCT là thuốc có tác dụng chống viêm giảm đau, từ đó giúp ích cho quá trình phục hồi các tổn thương. Đây cũng là nhận định của nhiều tác giả khác khi đánh giá hiệu quả cải thiện trên các BN THCSTL.

Đau và hạn chế vận động ở BN THCSTL gây ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống và sinh hoạt của người bệnh. Nghiên cứu đã sử dụng bộ câu hỏi ODI của Ủy ban phòng chống đau lưng để đánh giá ảnh hưởng của triệu chứng đau lưng tới chức năng sinh hoạt hàng ngày. Kết quả cho thấy chức năng sinh hoạt hàng ngày được cải thiện tốt hơn trước điều trị ở cả hai nhóm BN nghiên cứu, tuy nhiên hiệu quả cải thiện chỉ số ODI ở hai nhóm BN sau điều trị chưa khác biệt. Theo nhận định của chúng tôi, phần lớn đối tượng trong nghiên cứu đều ở độ tuổi trên 60, do vậy khả năng cải thiện chức năng sinh hoạt hàng ngày trong thời gian ngắn là khó khăn. Cần có thời gian theo dõi và đánh giá dài hơn để có kết luận chính xác và khách quan.

Sau liệu trình điều trị 20 ngày, tỷ lệ BN đạt kết quả điều trị tốt và khá ở NNC (100%), cao hơn có ý nghĩa so với NĐC (60%). Kết quả này tương đồng với Phạm Thị Ngọc Bích, Lê Thành Xuân…[3], [4]. Theo chúng tôi, kết quả này là phù hợp vì với tác dụng điều khí, giúp lưu thông khí huyết nơi kinh lạc bị bế tắc, thúc đẩy quá trình sản sinh Endorphin nội sinh của điện châm kết hợp với tác dụng hoạt huyết hóa ứ, giảm đau chống viêm của thuốc HCT đã góp phần tạo nên hiệu quả điều trị chung đối với các BN NNC.

V. KẾT LUẬN

Điện châm kết hợp thuốc Hoàn chỉ thống có tác dụng giảm đau, cải thiện độ giãn cột sống thắt lưng, cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng tốt hơn có ý nghĩa so với trước điều trị và tốt hơn so với nhóm đối chứng dùng điện châm kết hợp bài thuốc Độc hoạt ký sinh thang. 100% bệnh nhân đạt kết quả tốt và khá sau 20 ngày điều trị. Chức năng sinh hoạt hàng ngày cải thiện không khác biệt so với nhóm đối chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Ngọc Lan (2010).** *Bệnh học cơ xương khớp nội khoa*, NXB Y học, Hà Nội, 138-163, 363-365.
2. **Viện Y học cổ truyền Quân đội (2013).** Bệnh tý. *Một số chuyên đề nội khoa Y học cổ truyền*, NXB Quân đội nhân dân, Hà Nội, 240-273.
3. **Phạm Thị Ngọc Bích, Lê Thành Xuân (2016).** Hiệu quả lâm sàng trong điều trị đau thắt lưng do thoái hóa cột sống bằng điện trường châm kết hợp với bài thuốc độc hoạt tang ký sinh. *Tạp chí nghiên cứu y học*, 103 (5), 32-39.
4. **Lê Thành Xuân (2015).** Tác dụng cải thiện tầm vận động cột sống thắt lưng của điện trường châm kết hợp bài Thân thống trục ứ thang. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 430 (1), 41-44.
5. **Nguyễn Vinh Quốc, Trần Thị Tuyết Nhung (2017).** Đánh giá tác dụng giảm đau của thuốc Hoàn chỉ thống trên thực nghiệm. *Tạp chí Y học thực hành*, 325, 49-52.
6. **Đinh Quốc Hưng (2016).** *Đánh giá tác dụng giảm đau của "Hoàn chỉ thống" trên bệnh nhân thoái hóa khớp gối*, Luận văn tốt nghiệp Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y hà Nội.
7. **Hoàng Duy Tân, Hoàng Anh Tuấn (2009).** Thuốc khu phong thấp. *Phương tễ học*, NXB Thuận Hóa, Huế, 550.

PHÂN TÍCH DANH MỤC THUỐC TRÚNG THẦU TẠI SỞ Y TẾ HÀ NỘI: NGHIÊN CỨU MÔ TẢ CẮT NGANG TẠI VIỆT NAM

Hà Văn Thúy[1], Nguyễn Thị Song Hà[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu phân tích cơ cấu thuốc trúng thầu theo hình thức đấu thầu tập trung tại Sở Y tế Hà Nội năm 2016. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được sử dụng để phân tích danh mục thuốc trúng thầu theo nhóm thuốc được quy định tại Thông tư số 11/2016/TT-BYT, theo xuất xứ của thuốc, theo nhóm tác dụng dược lý và theo công ty trúng thầu. **Kết quả:** Trong số 6 nhóm thuốc, gói thuốc Biệt dược chiếm tỷ lệ trúng thầu về giá trị cao nhất (55,6%). Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy các loại thuốc sản xuất trong nước có số khoản trúng thầu chiếm 49,3% và giá trị trúng thầu chiếm 9,43%. Về cơ cấu thuốc trúng thầu theo nhóm tác dụng dược lý, nhóm KS có giá trị và tổng số khoản trúng thầu lớn nhất, nhóm thuốc có giá trị trúng thầu lớn tiếp theo là nhóm thuốc điều trị ung thư.

Từ khóa: Danh mục thuốc, đấu thầu, đấu thầu tập trung

SUMMARY

ANALYSIS OF LIST OF BID WINNING DRUGS AT HANOI DEPARTMENT OF HEALTH: A CROSS-SECTIONAL STUDY IN VIETNAM

Objective: The aim of this study is to analyze the list of bid winning drugs through concentrated procurement at Hanoi Department of Health in 2016. **Methods**: A cross-sectional study was conducted to categorize and analyze the list of bid winning drugs according to drug categorization of Circular No.11/2016/TT-BYT, the countries of origins, pharmacological groups and manufacturer. **Results**: Out of the six categories, the cost of brand name drugs was highest, at 55.6%. Our findings revealed that domestic bid winning drugs accounted for 49.3% and 9.43% of the quantity of drugs and costs, respectively. Regarding pharmacological classification, the antibiotic group was ranked first in terms of the number of drugs and costs, followed by anticancer drugs.

Keywords: List of drugs, procurement, concentrated procurement.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sở Y tế Hà Nội có 78 cơ sở y tế trực thuộc, trong đó có 15 bệnh viện chuyên khoa, 26 bệnh viện đa khoa, 38 trung tâm y tế, trung tâm phòng kiểm soát bệnh, trung tâm chăm sóc sức khỏe và trung tâm bác sĩ gia đình. Thực hiện chỉ đạo của Ủy ban nhân dân thành phố Hà Nội, từ năm 2014 đến nay, Sở Y tế Hà Nội đã tổ chức đấu thầu thuốc tập trung cho các cơ sở y tế của Hà Nội. Đấu thầu thuốc tập trung đã giúp tiết kiệm thời gian đấu thầu thuốc cho các cơ sở y tế trực thuộc, đồng thời kết quả danh mục thuốc trúng thầu cũng đóng vai trò quan trọng trong việc cung ứng, sử dụng thuốc tại các cơ sở y tế trên địa bàn thành phố Hà Nội. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu phân tích cơ cấu thuốc trúng thầu theo hình thức đấu thầu tập trung tại Sở Y tế Hà Nội năm 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Danh mục thuốc trúng thầu theo hình thức đấu thầu tập trung tại Sở Y tế Hà Nội năm 2016.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được sử dụng để phân tích các thuốc trúng thầu tại Sở Y tế Hà Nội theo số khoản mục và giá trị.

[1]*Bộ Y Tế*
[2]*Trường Đại học Dược Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Hà Văn Thúy
Email: hvthuy@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.10.2018
Ngày phản biện khoa học: 22.11.2018
Ngày duyệt bài: 28.11.2018

2.3. Phương pháp thu thập và phân tích số liệu: Số liệu được thu thập bằng phương pháp hồi cứu dựa trên danh mục thuốc trúng thầu thông qua đấu thầu tập trung tại Sở Y tế Hà Nội. Nghiên cứu phân tích cơ cấu thuốc trúng thầu theo khối cơ sở khám chữa bệnh (KCB), theo gói thầu, theo xuất xứ thuốc, theo công ty trúng thầu và theo nhóm tác dụng dược lý. Các số liệu nghiên cứu được nhập và xử lý trực tiếp trên phần mềm Microsoft Excel 2010.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Cơ cấu thuốc trúng thầu theo khối cơ sở KCB: Phân tích số khoản mục và giá trị đối với danh mục thuốc trúng thầu tập trung tại Sở Y tế Hà Nội năm 2016 theo khối cơ sở KCB (có bệnh viện trực thuộc Bộ Y tế và một số Bộ, Ngành tham gia), kết quả tại Bảng 1.

Bảng 1. Cơ cấu thuốc trúng thầu theo khối cơ sở KCB

Khối cơ sở KCB	Số khoản*	Tỷ lệ (%)	Giá trị (triệu VNĐ)	Tỷ lệ (%)
CSYT Trung ương (Bộ, Ngành)	3.279	55,3	1.007.820	78,3
CSYT trực thuộc SYT Hà Nội	2.650	44,6	280.045	21,7
- Bệnh viện trực thuộc SYT	*1.900*	*32,0*	*262.623*	*20,3*
- TTYT trực thuộc SYT	*750*	*12,6*	*17.421*	*1,4*
Tổng	**5.929**	**100,0**	**1.287.865**	**100,0**

(*) Số khoản: Số khoản thuốc trúng thầu cộng gộp của tất cả các cơ sở y tế

Tổng số khoản trúng thầu là 5.929 khoản (tương ứng với 286 thuốc trúng thầu) với tổng giá trị là 1.288 tỷ đồng. Trong đó, các cơ sở y tế Trung ương trúng thầu chiếm tỷ lệ lớn, với 3.279 khoản, chiếm tỷ lệ 55,3% tổng số khoản trúng thầu cộng gộp của các đơn vị và trị giá 1.008 tỷ, chiếm tỷ lệ 78,3% trị giá trúng thầu. Các cơ sở y tế trực thuộc Sở Y tế Hà Nội trúng thầu chỉ chiếm tỷ lệ thấp với tổng giá trị 280,05 tỷ, chiếm tỷ lệ 21,7% (trong đó, các bệnh viện trực thuộc SYT trúng thầu giá trị là 262,6 tỷ, chiếm tỷ lệ 20,3%, các trung tâm y tế chiếm tỷ lệ nhỏ nhất với 17,4 tỷ, chiếm 1,4%).

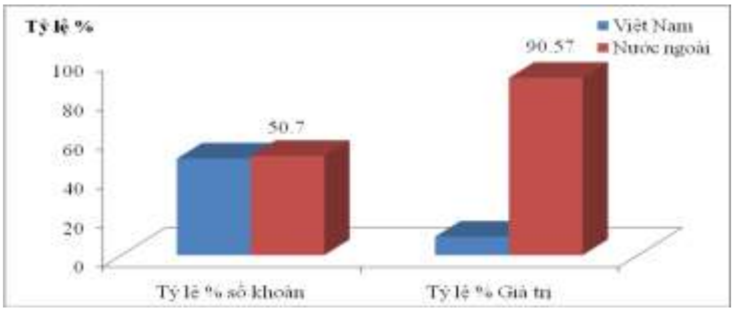
3.2. Cơ cấu thuốc trúng thầu theo nhóm đấu thầu: Kết quả phân tích số khoản và giá trị đối với danh mục thuốc trúng thầu tập trung tại Sở Y tế Hà Nội năm 2016 theo nhóm thuốc đấu thầu được trình bày trong Bảng 2. Thuốc Biệt dược trúng thầu 58 khoản (20,3% số khoản), 716,4 tỷ (55,6% giá trị); thuốc Generic trúng thầu 228 khoản (79,7% số khoản), 571,4 tỷ (44,4% giá trị). Trong các nhóm thuốc Generic trúng thầu, thuốc Nhóm 3 có số khoản trúng thầu cao nhất là 93 khoản (chiếm 32,5% tổng số khoản trúng thầu) nhưng giá trị trúng thầu chỉ chiếm 6,7% tổng giá trị thuốc trúng thầu. Thuốc Nhóm 1 có giá trị trúng thầu cao nhất 400,1 tỷ (chiếm 31,1% tổng giá trị thuốc trúng thầu). Thuốc Nhóm 5 có số khoản trúng thầu và giá trị trúng thầu đều rất thấp 7,9 tỷ (0,6% tổng giá trị thuốc trúng thầu).

Bảng 2. Cơ cấu thuốc trúng thầu theo nhóm thuốc đấu thầu

Nhóm thuốc	Số khoản	Tỷ lệ (%)	Giá trị (triệu VNĐ)	Tỷ lệ (%)
Biệt Dược	58	20,3	716.422	55,6
Generic (G)	228	79,7	571.443	44,4
Nhóm 1G	61	21,3	400.130	31,1
Nhóm 2G	34	11,9	58.279	4,5
Nhóm 3G	93	32,5	85.687	6,7
Nhóm 4G	26	9,1	19.441	1,5
Nhóm 5G	14	4,9	7.904	0,6
Tổng	**286**	**100,0**	**1.287.865**	**100,0**

Nhóm 1G: Thuốc sản xuất trên dây chuyền đạt EU-GMP/PICs-GMP tại cơ sở sản xuất hoặc được phép lưu hành tại nước tham gia ICH và Australia; Nhóm 2G: Thuốc sản xuất trên dây chuyền đạt EU-GMP/PICs-GMP nhưng không thuộc nước tham gia ICH và Australia; Nhóm 3G: Thuốc sản xuất trên dây chuyền đạt WHO-GMP được Bộ Y tế cấp; Nhóm 4G: Thuốc có chứng minh tương đương sinh học do Bộ Y tế công bố; Nhóm 5G: Không thuộc các nhóm trên.

3.3. Cơ cấu thuốc trúng thầu theo xuất xứ quốc gia của thuốc: Kết quả đấu thầu của Sở Y tế Hà Nội (Hình 1) cho thấy, Việt Nam là quốc gia có số khoản trúng thầu nhiều nhất (141 khoản, chiếm tỷ lệ 49,3% về số khoản), gần bằng tổng số khoản của thuốc nhập khẩu từ các nước (50,7%), tuy nhiên giá trị trúng thầu lại thấp (121,4 tỷ, chiếm 9,43% về giá trị), trong khi giá trị trúng thầu của thuốc nước ngoài trúng thầu cao (1.166,4 tỷ, chiếm 90,57% về giá trị).



Hình 1. Tỷ lệ số khoản và tỷ lệ giá trị của thuốc sản xuất trong nước và thuốc nhập khẩu trong danh mục trúng thầu

3.4. Cơ cấu thuốc trúng thầu theo nhóm tác dụng dược lý: Phân tích số khoản và giá trị đối với danh mục thuốc trúng thầu tập trung tại Sở Y tế Hà Nội năm 2016 theo nhóm tác dụng dược lý, kết quả tại Bảng 3.

Bảng 3. Cơ cấu thuốc trúng thầu theo nhóm tác dụng dược lý

Nhóm tác dụng dược lý	Số khoản	Tỷ lệ (%)	Giá trị (triệu VNĐ)	Tỷ lệ (%)
Thuốc điều trị ký sinh trùng, chống nhiễm khuẩn	2.064	34,8	622.639	48,3
Thuốc điều trị ung thư và điều hòa miễn dịch	163	2,7	236.891	18,4
Thuốc giảm đau, hạ sốt; chống viêm không steroid; Thuốc điều trị gút và các bệnh xương khớp	1.169	19,7	122.624	9,5
Thuốc đường tiêu hóa	454	7,7	76.925	6,0
Thuốc tác dụng đối với máu	53	0,9	71.828	5,6
Thuốc tim mạch	779	13,1	57.729	4,5
Hocmon và thuốc tác động vào hệ thống nội tiết	252	4,3	50.323	3,9
Thuốc gây tê, mê	210	3,5	13.198	1,0
Thuốc có tác dụng thúc đẻ, cầm máu sau đẻ và chống đẻ non	174	2,9	11.813	0,9
Dung dịch điều chỉnh nước, điện giải, cân bằng acid-base và các dung dịch tiêm truyền khác	113	1,9	8.312	0,6
Thuốc lợi tiểu	227	3,8	7.992	0,6
Thuốc chống dị ứng và dùng trong các trường hợp quá mẫn	103	1,7	2.617	0,2
Thuốc chống co giật, chống động kinh	42	0,7	2.195	0,2
Thuốc điều trị bệnh mắt, tai mũi họng	78	1,3	1.926	0,1
Thuốc tác dụng trên đường hô hấp	48	0,8	846	0,1
Tổng	**5.929**	**100,0**	**1.287.865**	**100,0**

Các thuốc nhóm kháng sinh có giá trị và tổng số khoản trúng thầu ở tất cả các đơn vị là lớn nhất (622,3 tỷ, chiếm 48,3% tổng giá trị trúng thầu); nhóm thuốc có giá trị trúng thầu lớn tiếp theo lần lượt là nhóm thuốc điều trị ung thư (236,9 tỷ, chiếm 18,4% tổng giá trị trúng thầu); thuốc giảm đau (122,6 tỷ, chiếm 9,5% tổng giá trị trúng thầu); thuốc tiêu hóa 76,9 tỷ, chiếm 6% tổng giá trị trúng thầu). Nhóm thuốc có giá trị trúng thầu thấp nhất là thuốc tác dụng trên đường hô hấp (846 triệu, chiếm 0,1% tổng giá trị thuốc trúng thầu).

3.5. Cơ cấu thuốc trúng thầu theo công ty trúng thầu: Có 63 công ty trúng thầu thuốc theo hình thức đấu thầu tập trung cấp địa phương tại Sở Y tế Hà Nội năm 2016 (Bảng 4). Công ty TNHH một thành viên Dược liệu Trung ương 2 là đơn vị trúng thầu nhiều nhất (648,2 tỷ, chiếm 50,33% về giá trị, 17,9% về số khoản); các công ty có giá trị trúng thầu lớn tiếp theo lần lượt là: Công ty TNHH một thành viên Vimedimex Bình Dương (186,6 tỷ, chiếm 14,49% về giá trị, 6,67% về số khoản); Công ty Cổ phần Dược phẩm Trung ương Codupha (43,7 tỷ, chiếm 3,39% về giá trị, 4,91% về số lượng). Tổng giá trị trúng thầu của 03 công ty nêu trên chiếm gần 70% tổng giá trị thuốc trúng thầu tại Hà Nội.

Bảng 4. Cơ cấu thuốc trung thầu theo công ty trúng thầu

Công ty trúng thầu	Số khoản	Tỷ lệ (%)	Giá trị (triệu VNĐ)	Tỷ lệ (%)
Công ty TNHH một thành viên Dược liệu Trung ương 2	51	17,9	648.273	50,33
Công ty TNHH một thành viên Vimedimex Bình Dương	19	6,67	186.609	14,49
Công ty Cổ Phần Dược phẩm Trung ương Codupha	14	4,91	43.665	3,39
Công ty TNHH Tân Phương Bắc	4	1,40	39.384	3,06
Công ty Cổ phần Dược phẩm Thiết bị Y tế Hà Nội	14	4,91	33.560	2,61

Công ty trúng thầu	Số khoản	Tỷ lệ (%)	Giá trị (triệu VNĐ)	Tỷ lệ (%)
Công ty Cổ phần Dược phẩm Trung ương CPC1	5	1,75	24.719	1,92
Công ty TNHH Dược phẩm U.N.I Việt Nam	5	1,75	19.903	1,55
Công ty Cổ phần Dược phẩm Gia Linh	13	4,56	14.010	1,09
Công Ty Cổ phần Dược - Trang Thiết bị Y tế Bình Định	9	3,16	13.985	1,09
Công ty Cổ phần Dược phẩm Vĩnh Phúc	12	4,21	8.120	0,63
Các công ty khác	140	48,95	255.637	19,84
Tổng	**286**	**100,00**	**1.287.865**	**100,00**

IV. BÀN LUẬN

4.1. Về kết quả trúng thầu theo khối cơ sở KCB: Năm 2016 là năm đầu tiên Sở Y tế Hà Nội thực hiện đấu thầu theo 3 cấp độ quy định tại Thông tư số 11/2016/TT-BYT với 106 hoạt chất đấu thầu cấp địa phương và 05 hoạt chất đấu thầu cấp quốc gia quy định tại Thông tư số 09/2016/TT-BYT (do Bộ Y tế chưa triển khai đấu thầu quốc gia, tương ứng với 351 thuốc). Tất cả các đơn vị dự thầu tại Sở Y tế Hà Nội đã trúng thầu 1.287 tỷ, trong đó khối cơ sở KCB của Trung ương chiếm tới gần 80% giá trị trúng thầu, cao gấp khoảng gần 4 lần giá trị trúng thầu của các cơ sở y tế trực thuộc Sở Y tế Hà Nội. Hà Nội là địa phương duy nhất trên cả nước có số lượng cơ sở KCB của Trung ương lớn, trong đó có những bệnh viện hạng Đặc biệt như Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Bệnh viện Việt Đức. Kết quả khảo sát năm 2015 cho thấy, Sở Y tế Hà Nội đấu thầu tập trung toàn bộ danh mục thuốc của các cơ sở y tế trực thuộc Sở Y tế chỉ có giá trị 878 tỷ.

4.2. Về cơ cấu thuốc trúng thầu theo nhóm thuốc: Gói thuốc Biệt dược chiếm 20,3% về số khoản và 55,6% về giá trị; Gói thuốc Generic chiếm tỷ lệ trúng thầu 44,4% về giá trị, trong đó Nhóm 1G chiếm tỷ lệ cao nhất là 31,1% giá trị trúng thầu và Nhóm 5G chiếm tỷ lệ thấp nhất là 0,6% giá trị trúng thầu. Hà Nội là nơi tập trung nhiều Bệnh viện hạng 1 và hạng Đặc biệt, điều trị các bệnh hiểm nghèo, cần các thuốc chuyên khoa và các thuốc này chủ yếu là thuốc Biệt dược. Tỷ lệ thuốc Nhóm 5 thấp nhất, khác với nghiên cứu về kết quả trúng thầu tại Sở Y tế Hà Nội năm 2015 (Nhóm 5 chiếm tỷ lệ là 6,34% về giá trị trúng thầu, cao hơn nhóm 4 là 1,8%). Năm 2015, Sở Y tế Hà Nội đấu thầu tập trung toàn bộ danh mục thuốc, còn năm 2016 chỉ đấu thầu 111 hoạt chất theo quy định tại Thông tư số 09/2016/TT-BYT và Thông tư số 11/2016/TT-BYT. Hơn nữa, qua một năm sử dụng, thuốc Nhóm 5 không tạo được sự tin tưởng về chất lượng cho cán bộ y tế nên phần nào nhu cầu bị giảm sút.

4.3. Về cơ cấu thuốc trúng thầu theo xuất xứ của thuốc: Kết quả đấu thầu của Sở Y tế Hà Nội cho thấy, Việt Nam là quốc gia có số khoản trúng thầu nhiều nhất (141 khoản, chiếm tỷ lệ 49,3% về số khoản), tuy nhiên giá trị trúng thầu lại thấp (chỉ chiếm 9,43% về giá trị). Kết quả nghiên cứu tương đồng với kết quả trúng thầu tại Sở Y tế Hà Nội năm 2015, phù hợp với chủ trương xây dựng kế hoạch lựa chọn nhà thầu, ưu tiên thuốc sản xuất trong nước.

4.4. Về cơ cấu thuốc trúng thầu theo nhóm tác dụng dược lý: Nhóm thuốc kháng sinh là nhóm có giá trị trúng thầu lớn nhất (48,3%) do Việt Nam là quốc gia có tỷ lệ bệnh nhiễm khuẩn cao với tỷ lệ kháng kháng sinh đáng báo động. Nhóm thuốc ung thư chiếm tỷ lệ cao thứ hai (18,4% trị giá trúng thầu) và có sự khác biệt so với kết quả trúng thầu năm 2015. Năm 2015, tại Hà Nội chỉ có Bệnh viện Ung bướu Hà Nội sử dụng thuốc ung thư là chủ yếu. Tuy nhiên, năm 2016 do có cả tuyến Trung ương tham gia đấu thầu tại Sở Y tế Hà Nội nên nhu cầu sử dụng thuốc ung thư tăng (Bệnh viện K, Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Hữu Nghị, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108). Ngoài ra, thuốc ung thư hầu như là các thuốc độc quyền và có giá cao.

4.5. Về cơ cấu thuốc trúng thầu theo công ty: Công ty TNHH MTV Dược liệu Trung ương 2 và Công ty TNHH MTV Vimedimex Bình Dương trúng thầu nhiều nhất vì đây là các công ty phân phối lớn ở Việt Nam, phân phối các thuốc cho các nhà sản xuất nước ngoài như Astra Zeneca, Pfizer, Glaxo, Bayer, Alcon, Roche. Các thuốc phân phối qua 2 công ty này chủ yếu là các thuốc có uy tín lâu năm, thuốc Biệt dược, thuốc Nhóm 1. Kết quả này tương đồng với kết quả trúng thầu tại Sở Y tế Hà Nội năm 2015.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

- Năm 2016, Sở Y tế Hà Nội trúng thầu tập trung 1.287 tỷ, trong đó các cơ sở y tế của Trung ương trúng thầu giá trị là 1.007 tỷ, chiếm 78,3%, các cơ sở y tế trực thuộc Sở Y tế Hà Nội trúng thầu chỉ chiếm tỷ lệ thấp với tổng giá trị 280 tỷ, chiếm 21,7% (trong đó, các bệnh viện trực thuộc Sở Y tế trúng thầu giá trị là 262,6 tỷ,

chiếm 20,3% và các trung tâm y tế chiếm tỷ lệ nhỏ nhất với 17,4 tỷ, chiếm 1,4%).

- Thuốc Biệt dược chiếm tỷ lệ trúng thầu cao nhất 55,6% tiếp đến là thuốc Nhóm 1 chiếm tỷ lệ 31,1% giá trị trúng thầu, thuốc Nhóm 5 chiếm tỷ lệ thấp nhất là 0,6% giá trị trúng thầu.

- Nhóm thuốc kháng sinh là nhóm có giá trị trúng thầu lớn nhất, chiếm 48,3% trị giá trúng thầu.

- Công ty TNHH MTV Dược liệu Trung ương 2 và Công ty TNHH MTV Vimedimex Bình Dương trúng thầu nhiều nhất.

Để có một danh mục thuốc trúng thầu hợp lý, chúng tôi đề xuất Sở Y tế Hà nội cần cân nhắc nhóm thuốc Biệt dược, có thể chuyển một phần sang Nhóm 1 để giảm chi phí điều trị./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sở Y tế Hà Nội,** *Báo cáo kết quả đấu thầu thuốc theo hình thức tập trung số 1657/SYT-NVD.* 2015.
2. **Sở Y tế Hà Nội**, *Báo cáo công tác đấu thầu thuốc giai đoạn 2013-2014 số 4612/BC-SYT.* 2014.
3. **Bộ Y tế,** *Thông tư số 09/2016/TT-BYT về ban hành danh mục thuốc đấu thầu, đấu thầu tập trung, thuốc được áp dụng hình thức đàm phán giá.* 2016.
4. **Bộ Y tế,** *Thông tư số 11/2016/TT-BYT quy định việc đấu thầu thuốc tại các cơ sở y tế công lập.* 2016.
5. **Thủ tướng Chính phủ,** *Quyết định số 68/QĐ-TTg ngày 10/01/2014 về phê duyệt Chiến lược quốc gia phát triển ngành Dược Việt Nam giai đoạn đến năm 2020 và tầm nhìn đến năm 2030.* 2014.
6. **Le, N.K., et al.**, *High prevalence of hospital-acquired infections caused by gram-negative carbapenem resistant strains in Vietnamese pediatric ICUs: A multi-centre point prevalence survey.* Medicine (Baltimore), 2016. **95**(27): p. e4099.
7. **Tran, G.M., et al.,** *Patterns of antimicrobial resistance in intensive care unit patients: a study in Vietnam.* BMC Infect Dis, 2017. **17**(1): p. 429.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐÌNH CHỈ THAI Ở SẸO MỔ ĐẺ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Nguyễn Duy Ánh*, Nguyễn Công Định*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của một số phương pháp điều trị thai ở sẹo mổ đẻ tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 9 năm 2017 đến tháng 9 năm 2108. ***Kết quả:*** Trong số 217 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị chửa trên vết mổ lấy thai. Hút thai là phương pháp được sử dụng nhiều nhất trên lâm sàng. Điều trị nội khoa bằng MTX ít được sử dụng nhất trên lâm sàng, tuy nhiên tỷ lệ thành công cao. Phương pháp điều trị hút thai kết hợp điều trị MTX có kết quả tốt ở các trường hợp tuổi thai < 8 tuần. Phương pháp hút thai kết hợp chèn bóng (sonde Folley) có tỷ lệ chuyển phẫu thuật cao nhất (15%). Thai trên 8 tuần đình chỉ thành công khi phối hợp nhiều phương pháp điều trị. Các trường hợp băng huyết, truyền máu chủ yếu gặp ở lứa tuổi thai > 8 tuần (71%). ***Kết luận:*** Nên hút thai và kết hợp điều trị MTX cho thai < 8 tuần và nên phối hợp nhiều phương pháp khi thai > 8 tuần.

Từ khóa: Chửa trên sẹo mổ lấy thai, hút thai, chèn bóng, MTX.

SUMMARY

EVALUATION THE RESULT OF SOME METHODS ABORTION IN PATIENTS UNDERGOING ECTOPIC PREGNANCY IN SITE OF INCISION OF UTERUS IN PREVIOUS C-SECTION AT HANOI OBSTETRICS ANG GYNECOLOGY HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of some methods of treatement the patients undergoing ectopic pregnancy in site of incision of uterus in previous caesarean section at the Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from September 2017 to September 2108. ***Results:*** abortion by suction was the most commonly used method in clinical practice. MTX is the least used clinical treatment, but the success rate is high. Suction combined with MTX treatment is effective in cases of gestational age <8 weeks. The combined method of fetal suction (Folley) has the highest surgical rate (15%). Gestational age over 8 weeks of successful suspension when combining multiple treatments. In cases of haemorrhage, blood transfusions were mostly found at > 8 weeks (71%). ***Conclusion:*** It is recommended that the fetus suction be reconstituted with MTX for <8 weeks and should combine several methods of gestation age > 8 weeks.

Keywords: Ectopic pregnancy in site of incision of uterus, fetal suction, MTX.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị thai trên sẹo mổ lấy thai có ý nghĩa quan trọng vì đây là một dạng của chửa ngoài tử cung, do thai làm tổ trong vết sẹo mổ đẻ trên cơ tử cung, tuy hiếm gặp nhưng có thể gây các hậu quả nghiêm trọng ảnh hưởng đến tính mạng bệnh nhân. Phương thức điều trị gồm 4 nhóm chính: (1) điều trị nội khoa, (2) can thiệp ngoại khoa, (3) phối hợp các phương pháp điều trị, (4) chỉ theo dõi không can thiệp. Phương thức điều trị được lựa chọn dựa vào tuổi thai và toàn trạng người bệnh và mong muốn bảo tồn khả năng

**Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Ánh
Email: bsanhbnhn@yahoo.com
Ngày nhận bài: 4.10.2018
Ngày phản biện khoa học: 23.11.2018
Ngày duyệt bài: 29.11.2018

sinh sản [1], [2],[3]. Tại các trung tâm sản phụ khoa lớn, phương thức điều trị vẫn chưa thống nhất, vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu*: Đánh giá kết quả của một số phương pháp điều trị thai ở sẹo mổ đẻ tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 9 năm 2017 đến tháng 9 năm 2108.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân được chẩn đoán có thai ở sẹo mổ đẻ cũ được đến khám và điều trị tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ 01/09/2017 đến 01/09/2018.

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** Các trường hợp được chẩn đoán xác định là thai ở sẹo mổ đẻ với các tiêu chuẩn: Có tiền sử mổ lấy thai trước đó, tuổi thai < 12 tuần, có hình ảnh siêu âm điển hình (túi thai nằm thấp tại vị trí sẹo mổ lấy thai, có thể nằm hoàn toàn trong thành trước tử cung hoặc nằm một phần trong thành trước tử cung, ống cổ tử cung rỗng, buồng tử cung rỗng). Giải phẫu bệnh khi phẫu thuật cắt tử cung: hình ảnh gai rau xâm lấn thành bó vào cơ tử cung tại vị trí sẹo mổ lấy thai.

***Tiêu chuẩn loại trừ**: Các trường hợp thai ở ống cổ tử cung; sẩy thai; thai trên 12 tuần hoặc các trường hợp không đủ thông tin nghiên cứu, không được theo dõi đến khi khỏi bệnh hoàn toàn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

***Thiết kế nghiên cứu*:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả.

***Cỡ mẫu*:** Chọn mẫu toàn bộ, lấy tất cả bệnh án được chẩn đoán chửa vết mổ và được điều trị nội trú tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ 01/09/2017 đến 01/09/2018.

***Cách thức tiến hành:** Tất cả các người bệnh có chẩn đoán có thai trên sẹo mổ cũ được thăm khám trực tiếp, và được điều trị bằng các phương pháp: Nội khoa (tiêm Methotrexate vào khối chửa hoặc đường toàn thân), hút khối chửa và chèn sonde có bóng hoặc phẫu thuật lấy khối chửa kèm theo cắt tử cung hoặc bảo tồn tử cung. Các thông số nghiên cứu được theo dõi trong thời gian điều trị và sau điều trị.

***Xử lý và phân tích số liệu:** Các số liệu thu thập được sẽ được nhập và sử lý bằng phần mềm SPSS 18.0.

*__Đạo đức nghiên cứu__: Các phác đồ can thiệp đều tuân theo hướng dẫn thực hành sản khoa của Bộ y tế, tuân thủ các nguyên tắc về đạo đức trong nghiên cứu y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu và tuổi thai

Các thông số nghiên cứu		Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi (năm)	<25	6	2,76%
	25-34	140	64.52%
	35-44	70	32.26%
	>45	1	0.46%
Số lần mổ đẻ (lần)	1 lần	67	30,88%
	2 lần	130	59,9%
	≥ 3 lần	20	9,22%
Thời gian từ lần mổ gần nhất (năm)	<1 năm	13	5,59%
	1-2 năm	50	23,04%
	> 2 năm	154	70,97%
Tuổi thai theo siêu âm (tuần)	< 6 tuần	143	65,9%
	6-8 tuần	52	23,96%
	>8 tuần	22	10,14%

Nhận xét: Đa số các bệnh nhân tuổi 25-34, mổ đẻ lần 2, thời gian từ lần mổ gần nhất là > 2 năm và tuổi thai < 6 tuần.

Bảng 2. Kết quả điều trị của các phương pháp

	Thành công n (%)	Chuyển phẫu thuật n (%)	Tổng số
Hút thai	164 (96%)	6 (4%)	170
Hút thai +chèn bóng	29 (85%)	5 (15%)	34
Hút thai +MTX	7 (88%)	1(13%)	8
MTX	3 (100%)	0 (0%)	3
Phẫu thuật chủ động	2 (100%)	0 (0%)	2

Bảng 3. Mối liên quan giữa mức độ tăng sinh mạch trên siêu âm và kết quả điều trị

Phương pháp điều trị		Mức độ tăng sinh mạch							
		Nhiều		Ít		Không xác định		Tổng số	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Hút thai	Thành công	6	3,6%	88	53,6%	70	42,8%	164	100%

	Chuyển PT	0	0%	1	16,7%	5	83,3%	6	100%
Hút thai + chèn bóng	Thành công	19	65,5%	4	13,7%	6	21,8%	29	100%
	Chuyển PT	3	60%	0	0%	2	40%	5	100%
Hút thai +MTX	Thành công	4	57,1%	1	14,2%	2	28,7%	7	100%
	Chuyển PT	1	100%	0	0%	0	0%	1	100%
MTX	Thành công	0	0%	2	67%	1	33%	3	100%
	Chuyển PT	0	0%	0	0%	0	0%	0	100%
Phẫu thuật	Chủ động	1	50%	0	0%	1	50%	6	100%
	Tổng số	34	15,6%	96	44,2%	87	41,2%	217	

Bảng 4. Mối liên quan giữa tuổi thai và biến chứng chảy máu, truyền máu

Tuổi thai	Băng huyết		Truyền máu		Tổng số
	n	%	n	%	
< 6 tuần	0	0%	0	0%	143
6-8 tuần	4	8%	2	4%	53
>8 tuần	6	29%	5	24%	21
Tổng số	**10**	**5%**	**7**	**3%**	**217**

IV. BÀN LUẬN

4.1. Bàn luận về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có độ tuổi hay gặp nhất từ 25 – 34 tuổi vì vậy đặt ra yêu cầu các phương pháp điều trị bảo tồn khả năng sinh sản cho bệnh nhân. Có 31% người bệnh có tiền sử mổ lấy thai 1 lần, 60% người bệnh có tiền sử mổ đẻ 2 lần, 9% người bệnh có tiền sử mổ đẻ từ 3 lần trở lên. Kết quả của chúng tôi tương ứng với kết quả của Đỗ Thị Ngọc Lan (tiền sử mổ đẻ 2 lần chiếm 60%). Sự khác biệt này có thể do tỷ lệ mổ lấy thai, phương pháp mổ lấy thai, chất lượng sẹo mổ cơ tử cung, yếu tố dinh dưỡng giữa các nhóm người bệnh khác nhau[5]. Tuổi thai hay gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là dưới 6 tuần chiếm 65,9%, điều này cho thấy giá trị của siêu âm đầu dò âm đạo và trình độ chuyên môn của các bác sỹ tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội, cho phép chẩn đoán sớm bệnh lý này.

4.2.Bàn luận về kết quả và phương pháp điều trị

***Liên quan giữa kết quả điều trị với phương pháp điều trị**

Phương pháp hút thai đơn thuần: chiếm tỷ lệ 78,3% Tỷ lệ thành công của phương pháp này là 96%, có 4% trường hợp chuyển phẫu thuật do băng huyết trong quá trình theo dõi khối âm vang hôn hợp sau điều trị. Phương pháp hút thai + chèn bóng bằng sonde Folley chiếm 15,1% với tỷ lệ thành công 85% và thất bại 15%. Có 8 trường hợp hút thai + MTX chiếm, tỷ lệ thành công của chúng tôi là 88%. Tỷ lệ này tương ứng với nghiên cứu của Đỗ Thị Ngọc Lan và Đinh Quốc Hưng [4],[5]. Phương pháp điều trị nội khoa: có 3 trường hợp. Chỉ định cho các trường hợp thai dưới 7 tuần, người bệnh đồng ý điều trị. Tỷ lệ thành công là 100%. Cần có số liệu lớn hơn để đánh giá hiệu quả của phương pháp này. Phương pháp mổ lấy khối chửa chủ động: 6 trường hợp thai từ 9 -12 tuần phát triển về phía bàng quang, mạch máu tăng sinh nhiều chúng tôi chủ động mổ lấy khối chửa bảo tồn tử cung.

***Liên quan giữa mức độ tăng sinh mạch và kết quả điều trị**

Khi mức độ tăng sinh mạch nhiều: Hút thai đơn thuần được tiến hành 6 trường hợp và đều thành công, điều này có thể lý giải do tuổi thai nhỏ 6-8 tuần. Đối với phương pháp hút thai kết hợp chèn sonde Folley tỷ lệ thành công là 86,3% (19/22 trường hợp). Phương pháp hút thai kèm MTX có tỷ lệ thành công 80%.

Mức độ tăng sinh mạch ít: Hút thai đơn thuần được tiến hành ở 89 trường hợp (tỷ lệ thành công 89,9%). 04 trường hợp được điều tri hút thai và chèn sonde Folley với tỷ lệ thành công 100%. 01 trường hợp điều trị nội khoa thành công. 02 trường hợp hút thai + MTX thành công. Đối với các trường hợp tăng sinh mạch nhiều thì phương pháp điều trị nội khoa là một pháp hữu ích.

Vấn đề truyền máu: Tỷ lệ truyền máu chủ yếu gặp ở lứa tuổi thai >8 tuần, điều này hợp lý khi tỷ lệ chảy máu, chuyển phương pháp (phẫu thuật) chủ yếu gặp ở lứa tuổi thai này.

V. KẾT LUẬN

Kết quả của các phương pháp điều trị đình chỉ thai trên sẹo mổ lấy thai ở Bệnh viện Phụ sản Hà Nội cho thấy: Hút thai là phương pháp được sử dụng nhiều nhất trên lâm sàng. Điều trị nội khoa bằng MTX ít được sử dụng nhất trên lâm sàng, tuy nhiên tỷ lệ thành công cao. Phương pháp điều trị hút thai kết hợp điều trị MTX phù hợp với các trường hợp tuổi thai < 8 tuần. Phương pháp hút thai kết hợp chèn bóng (sonde Folley) có tỷ lệ chuyển phẫu thuật cao nhất (15%). Thai trên 8 tuần nên phối hợp nhiều phương pháp điều trị

để đạt hiệu quả điều trị cao. Các trường hợp băng huyết, truyền máu chủ yếu gặp ở lứa tuổi thai > 8 tuần (71%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **David A, Mc Kenna, MB(**2008) *"The American Institute of Ultrasound in medicin".* Med 2008;27;779-783. 0278-4297/08.
2. **Jurkovic D, Hillaby K, Woelfer B, Lawrence A, Salim R, Elson CJ (2003)**. *First-trimester diagnosis and management of pregnancies implanted into the lower uterine segment Cesarean section scar.* Ultrasound Obstet Gynecol 2003; 21:220–227.
3. **Maymon, et al (2011);** *Fertility performance and obstetric outcomes among women with previous cesarean scar pregnancy,* J. Ultrasound Med. 2011;30:1179-1184.
4. **Đinh Quốc Hưng (2011);** *"Nghiên cứu chửa ở sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương"* Luận văn bác sỹ chuyên khoa II. Trường Đại học Y HN.
5. **Đỗ Thị Ngọc Lan (2012).** *Tình hình điều trị chửa tại sẹo mổ lấy thai cũ tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ tháng 3/2011 đến hết tháng 2/2012.* Tạp chí Phụ Sản số 10. 4-2012; 173-183.

GIÁ TRỊ CỦA CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÃY TRONG CHẨN ĐOÁN DI CĂN HẠCH UNG THƯ TRỰC TRÀNG

Phạm Thái Hạ*, Nguyễn Xuân Hùng, Nguyễn Quốc Dũng*****

TÓM TẮT

Mục tiêu: xác định giá trị của chụp cắt lớp vi tính đa dãy trong chẩn đoán di căn hạch ở bệnh nhân ung thư trực tràng. ***Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:*** gồm 118 bệnh nhân ung thư trực tràng điều trị tại bệnh viện Việt - Đức từ tháng 6/2013 đến 06/2015. Các bệnh nhân có bờ dưới u cách rìa hậu môn <15cm; có chẩn đoán giải phẫu bệnh ung thư trực tràng và được chụp cắt lớp vi tính đa dãy vùng tiểu khung. ***Kết quả nghiên cứu:*** 65,3% bệnh nhân có di căn hạch. Về kích thước hạch: nhiều nhất là 5- 10mm (59,7%), >10mm là 35,1% và <5 mm là 5,2%. Về hình dạng hạch: hiều nhất là hình bầu dục (61,0%), tiếp đến là hình tròn (39,0%). Phân chia giai đoạn hạch thấy N0 là 34,7%; N1 là 28,8% và N2 là 36,4%. Độ nhạy chẩn đoán giai đoạn N của cắt lớp vi tính đa dãy đối với ung thư trực tràng dao động từ 48,7% đến 100,0%; độ đặc hiệu từ 67,5% đến 94,7% và độ chính xác từ 63,5% đến 76,2%. ***Kết luận:*** chụp cắt lớp vi tính đa dãy có độ chính xác cao trong chẩn đoán di căn hạch ở bệnh nhân ung thư trực tràng.

Từ khóa: ung thư trực tràng, cắt lớp vi tính đa dãy, độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác.

SUMMARY

VALUE OF MULTIPLE- SLIDE COMPUTED TOMOGRAPHY IN N-STAGING DIAGNOSTIC OF RECTAL CANCER

Objectives: determine the value of multiple- slide computed tomography in the in N-staging diagnostic of rectal cancer. ***Subjects and methods:*** 118 patients with rectal cancer treated at Viet-Duc Hospital from June 2013 to June 2015. Distance from tumor margin below to anus margin is <15 cm; rectal cancer diagnostic with histopathological staging and multiple-slide computed tomography. ***Results:*** 65.3% patients had nodal metastasis. The lymph nodes size: 5-10mm (59.7%),> 10mm is 35.1% and <5mm is 5.2%. The lymphoid shape: the largest is the oval (61.0%), followed by the circle (39.0%). Division of lymph nodes seen N0 was 34.7%; N1 was 28.8% and N2 was 36.4%. The value of multiple- slide computed tomography in the N-staging diagnostic of rectal cancer is as follows: diagnostic sensitivity from 48.7% đến 100.0%; Specific diagnostic from 67.5% đến 94.7% and diagnostic accuracy from 63.5% đến 76.2%. Conclusions: multiple- slide computed tomography had hight accuracy for the diagnosis of lymph node metastasis in rectal cancer patients.

Key words: rectal cancer, multiple- slide computed tomography, sensitivity, specific, accuracy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng (UTTT) là ung thư thường gặp của đường tiêu hóa, là bệnh phổ biến trên thế giới, đặc biệt là các nước phát triển. Để đạt được hiệu quả cao trong điều trị, chụp cắt lớp vi tính (CLVT), chụp cộng hưởng từ đã được sử dụng để chẩn đoán bệnh và mức xâm lấn tạng, di căn hạch trong UTTT [1], [2], [3], [4].

Chụp CLVT phát hiện được sự lan rộng vào hạch của khung chậu. Hạch có đường kính >10mm được coi là bất thường. 60% hạch được phát hiện bằng CLVT. Hạch lan rộng có thể phát hiện ở mạc treo hoặc sau phúc mạc. Hiếm khi hạch lan rộng có thể quan sát thấy vùng rốn gan. Với di căn hạch, độ chính xác của CLVT từ 35% đến 70%. Trên CLVT không thể phân biệt được hạch lành tính hay hạch ác tính. Hơn nữa, hạch ác tính có thể có đường kính <10mm. Những nhóm hạch thường gặp là hạch quanh trực tràng, hạch trước ụ nhô, hạch mạc treo tràng dưới, hạch quanh các bó mạch chủ chậu. Trong chẩn đoán di căn hạch, chụp CLVT có độ

*Bệnh viện Huyện Thanh Ba, Phú Thọ
**Bệnh viện Hữu nghị Việt- Đức
***Bệnh viện Hữu Nghị Việt Xô
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thái Hạ
Email: thaihalqa@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.10.2018
Ngày phản biện khoa học: 29.11.2018
Ngày duyệt bài: 4.12.2018

nhạy là 80% -85% và độ đặc hiệu là 97% -98% [5], [6], [7], [8]. Đinh Văn Trực (2010) [1] chụp CLVT cho phép chẩn đoán di căn hạch tiểu khung với độ nhạy 53,4 %, độ đặc hiệu 90,9%, độ chính xác 76,9%.

Chụp CLVT đa dãy đã được áp dụng ở nhiều để chẩn đoán UTTT. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục đích: *Xác định giá trị của chụp cắt lớp vi tính đa dãy trong chẩn đoán di căn hạch của ung thư trực tràng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 118 bệnh nhân (BN) UTTT điều trị tại bệnh viện Việt - Đức từ tháng 6/2013 đến 06/2015. Các BN được chẩn đoán UTTT bờ dưới u cách rìa hậu môn <15cm; có chẩn đoán giải phẫu bệnh UTTT và được chụp CLVT đa dãy vùng tiểu khung.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- *Thiết kế nghiên cứu:* mô tả cắt ngang có phân tích.

- Chụp CLVT vùng tiểu khung bằng máy chụp CLVT 64 dãy Dawy GE ligh speed gồm 2CPU và 4 màn hình xuất sứ Mỹ. Chụp từ mào chậu xuống hết nếp bẹn 2 bên 2mm, không và có tiêm thuốc cản quang TM nhằm đánh giá mức độ di căn hạch vùng mạc treo và tiểu khung

- *Giải phẫu bệnh:* hạch được cắt mỏng 2mm ở tiết diện lớn nhất của hạch.

- *Đánh giá di căn hạch:* Nx (không đánh giá được tình trạng hạch vùng), N0 (chưa di căn hạch vùng), N1 (di căn 1 - 3 hạch vùng), N2 (di căn từ 4 hạch vùng trở lên) và N3 (di căn hạch dọc thân mạch chính).

- *Phương pháp xử lý số liệu:* Các số liệu được xử lý bằng phần mềm SSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đánh giá di căn hạch của UTTT qua chụp CLVT đa dãy.

Đánh giá tình trạng hạch		Số BN	Tỷ lệ (%)
Vị trí di căn hạch (n= 118)	Không	41	34,7
	Quanh trực tràng	45	38,1
	Trước ụ nhô	7	5,9
	Mạc treo tràng dưới	17	14,4
	Bó mạch chủ chậu	8	6,8
Kích thước hạch (n = 77)	<5 mm	4	5,2
	5– 10 mm	46	59,7
	>10 mm	27	35,1
Hình dạng hạch (n = 42)	Hình tròn	30	39,0
	Hình bầu dục	47	61,0
Số lượng hạch (n= 118) (giai đoạn N)	Không (N0)	41	34,7
	1- 3 (N1)	34	28,8
	≥4 (N2)	43	36,5

Chụp CLVT đa dãy thấy 77/118 BN (65,3%) di căn hạch, trong đó: hạch quanh trực tràng (38,1%), hạch trước ụ nhô (5,9%), hạch mạc treo tràng dưới (14,4%) và hạch ở bó mạch chủ chậu là 6,8%. Đánh giá ở 77 BN thấy kích thước hạch: nhiều nhất là 5- 10mm (59,7%), >10mm là 35,1% và <5 mm là 5,2%. Về hình dạng hạch thấy nhiều nhất là hình bầu dục (61,0%), tiếp đến là hình tròn (39,0%). Phân chia giai đoạn hạch trên CLVT đa dãy thấy N0 là 34,7%; N1 là 28,8% và N2 là 36,4%.

Bảng 2. Đối chiếu giai đoạn di căn hạch của ung thư trực tràng qua chụp CLVT đa dãy với giải phẫu bệnh.

Giai đoạn N trên GPB	Giai đoạn N trên CLVT (Số BN, %)			Tổng số
	N0	N1	N2	
N0	39 (95,1%)	16 (50,0%)	25 (55,6%)	80 (67,8%)
N1	2 (4,9%)	16 (50,0%)	10 (22,2%)	28 (23,7%)
N2	0	0	10 (22,2%)	10 (8,5%)
Tổng số	**41 (100,0%)**	**32 (100,0%)**	**45 (100,0%)**	**118 (100,0%)**

Đối chiếu giai đoạn di căn hạch của ung thư trực tràng qua chụp CLVT đa dãy với giải phẫu bệnh thấy tỷ lệ phù hợp chẩn đoán của CLVT cao nhất ở giai đoạn N0 (95,1%), tiếp đến là N1 (50,0%) và N2 (22,2%).

Bảng 3. Giá trị chẩn đoán giai đoạn N của CLVT đa dãy.

Giá trị chẩn đoán giai đoạn N của CLVT	Giai đoạn N trên giải phẫu bệnh		
	N0	N1	N2
Độ nhạy (%)	48,7	57,1	100,0

Độ đặc hiệu (%)	94,7	82,2	67,5
Giá trị dự báo dương tính (%)	95,1	50,0	22,2
Giá trị dự báo âm tính (%)	53,2	13,9	0
Độ chính xác	63,5	76,2	70,3

Qua bảng 3 thấy độ nhạy chẩn đoán giai đoạn N của CLVT đa dãy đối với UTTT dao động từ 48,7% đến 100,0%. Độ đặc hiệu từ 67,5% đến 94,7% và độ chính xác từ 63,5% đến 76,2%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả chụp CLVT đa dãy cho 118 BN UTTT thấy 65,3% BN phát hiện di căn hạch. Trong phẫu thuật, chúng tôi nhận thấy những hạch dương tính đều có hình bầu dục, kích thước ≥0,5cm, mật độ cứng chắc, vỏ dày. Trên CLVT, những hạch di căn là những hạch có vỏ tăng tín hiệu, tăng sinh mạch và không đồng nhất. Độ nhạy chẩn đoán giai đoạn di căn hạch của CLVT đa dãy đối với UTTT là 48,7%- 100,0%; độ đặc hiệu: 67,5%- 94,7% và độ chính xác: 63,5%- 76,2%. Kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của các tác giả khác (bảng 4).

Bảng 4. Giá trị chụp CLVT đa dãy trong chẩn đoán di căn hạch.

Chỉ số	Tác giả		N0	N1	N2
Độ nhạy (%)	Sinha R. (2006) [8]	MPR	72,7	82,4	85,7
		Axial	60,6	76,5	71,4
	Ahmetoglu A. (2011) [4]		68,0	100,0	
	Duman M. et al. (2012) [7]		61,1	52,17	12,5
	Dar R. A. (2014) [6]			77,0	
	Abdel-Gawad E. A. (2015) [3]		71,5		
	Bai R. J. và cs. (2017) [5]		88,0	80,0	50,0
	Ngô Thị Hoàng Yến (2013) [2]			74,29	
	Kết quả nghiên cứu (2018)		48,7	57,1	100,0
Độ đặc hiệu (%)	Sinha R. (2006) [8]	MPR	100	75,0	94,0
		Axial	100	62,5	92,0
	Ahmetoglu A. (2011) [4]		100,0	68,0	
	Duman M. et al. (2012) [7]		62,1	66,0	90,7
	Dar R. A. (2014) [6]			87,0	
	Bai R. J. và cs. (2017) [5]		80,8	87,5	98,6
	Abdel-Gawad E. A. (2015) [3]		66,3		
	Ngô Thị Hoàng Yến (2013) [2]			72,73	
	Kết quả nghiên cứu (2018)		94,7	82,2	67,5
Độ chính xác (%)	Sinha R. (2006) [8]	MPR	84,2	77,2	93,0
		Axial	77,2	66,7	89,0
	Ahmetoglu A. (2011) [4]		84,0	84,0	
	Duman M. et al. (2012) [7]		61,64	61,64	83,56
	Dar R. A. (2014) [6]			84,1	
	Abdel-Gawad E. A. (2015) [3]		80,0		
	Đinh Văn Trực (2010) [1]		80,0		
	Kết quả nghiên cứu (2018)		63,5	76,2	70,3

Để nâng cao hiệu quả chẩn đoán di căn hạch, các nghiên cứu còn tiến hành tái tạo ảnh MPR. Sinha R. và cs. (2006) thấy rằng ảnh tái tạo MPR đánh giá di căn hạch tốt hơn là chỉ mặt cắt ngang (axial) đơn thuần. Độ chính xác đánh giá giai đoạn N1 và N2 của MPR (77,2% và 93,0%) cao hơn so với mặt cắt axial đơn thuần (66,7% và 89,0%) [8]. Theo Abdel-Gawad E. A. và cs. (2015) [3], tái tạo ảnh MPR chẩn đoán chính xác giai đoạn N là 80%.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu hình ảnh chụp cắt lớp vi tính đa dãy ở 118 bệnh nhân ung thư trực tràng thấy 65,3% bệnh nhân có di căn hạch. Về kích thước hạch: nhiều nhất là 5- 10mm (59,7%), >10mm là 35,1% và <5mm là 5,2%. Về hình dạng hạch: hiều nhất là hình bầu dục (61,0%), tiếp đến là hình tròn (39,0%). Phân chia giai đoạn hạch thấy N0 là 34,7%; N1 là 28,8% và N2 là 36,4%.

Độ nhạy chẩn đoán giai đoạn N của cắt lớp vi tính đa dãy đối với ung thư trực tràng từ 48,7% đến 100,0%; độ đặc hiệu từ 67,5% đến 94,7% và độ chính xác từ 63,5% đến 76,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đinh Văn Trực (2010),** Nghiên cứu mức xâm lấn của thư trực tràng qua lâm sàng - chụp CT Scan và chụp cộng hưởng từ, Luận án Tiến sĩ y học, Học viện Quân y.

2. **Ngô Thị Hoàng Yến, Nguyễn Thúy Oanh, Trần Minh Hoàng (2013**), "Vai trò của cắt lớp điện toán trong chẩn đoán giai đoạn ung thư trực tràng". Tạp chí y học thành phố Hồ Chí Minh, tập 17, phụ bản số 1, 2013, trang: 36-39.
3. **Abdel-Gawad E. A. et al (2015).** "Local staging of rectal cancer: Diagnostic potential of endorectal contrast agent and MPRs with 64-MDCT compared with the pathologic staging". The Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine (2015) 46, 315–323.
4. **Ahmetoglu A. et al (2011),** "MDCT with multiplanar reconstruction in the preoperative local staging of rectal tumor". Abdomen Imaging (2011) 36:31–37.
5. **Bai R. J., Ren S. H., Jiang H. J. et al. (2017),** "Accuracy of Multi.Slice Spiral Computed Tomography for Preoperative Tumor Node Metastasis (TNM) Staging of Colorectal Carcinoma", Med Sci Monit. 2017 Jul 17;23:3470-3479.
6. **Dar R. A., Chowdri N. A., Parray F.Q. et al. (2014).** "Preoperative staging of rectal cancer using multi-detector row computed tomography with multiplanar reformations: Single center experience". Indian Journal of Cancer, Volume 51, Issue 2, pp. 170- 175
7. **Duman M. et al. (2012),** "Cancer Patients with MDCT", Hepato-Gastroenterology, 2012; 59: 1108- 1112.
8. **Sinha R., Vermaa R., Rajesha A. et al. (2006),** "Diagnostic value of multidetector row CT in rectal cancer staging: comparison of multiplanar and axial images with histopathology". Clinical Radiology (2006) 61, 924-931.

NHẬN XÉT THỰC TRẠNG ĐIỀU TRỊ ĐAU ĐẦU Ở VIỆT NAM: SỐ LIỆU THU THẬP TRÊN 48 TỈNH - THÀNH PHỐ TRONG CẢ NƯỚC NĂM 2015

Nguyễn Văn Chương*, Tạ Hồng Nhung, Nguyễn Huy Ngọc*****

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng điều trị đau đầu ở Việt Nam. ***Đối tượng và phương pháp:*** nghiên cứu mô tả cắt ngang dựa trên bộ câu hỏi có cấu trúc phỏng vấn trên 12.136 người từ 10 tuổi trở lên từ 3.350 hộ gia đình ngẫu nhiên trong cộng đồng ở 50 tỉnh – thành phố trong cả nước. ***Kết quả***: có 68.71% người từng có ít nhất một lần đau đầu trong cuộc đời. Trong đó, phần lớn người bệnh tìm đến nhà thuốc và tự điều trị trước khi tìm đến chuyên gia chăm sóc sức khỏe chiếm 28.99%. và 21.93%. Số người đi khám tại bệnh viện công chỉ có 11.98%. 56.04% người bệnh đi khám bác sỹ trong vòng 1 tháng đầu tiên. Chỉ 52.41% bệnh nhân rất hài lòng và hài lòng với kết quả điều trị. ***Kết luận:*** Đau đầu là một triệu chứng rất thường gặp nhưng sự hiểu biết của người dân về nó còn nhiều hạn chế. Người bệnh tự điều trị và điều trị không căn bản là phổ biến dẫn đến hiệu quả điều trị không cao.

Từ khóa: *đau đầu, dịch tễ học đau đầu, điều trị đau đầu, tỷ lệ đau đầu.*

SUMMARY

SOME REMARKS ON PAIN TREATMENT IN VIETNAM

Purposes: Describes the current situation headaches treatment in Vietnam. ***Subjects and methods***: cross-sectional descriptive study based on a structured questionnaire interview on 12.136 people aged 10 and older at random households in 50 provinces and cities over the country. ***Results:*** 68.71% of people have had a headache at least once in their lives. In particular, the majority of patients sought pharmacies or self-treated before seeking health care professionals accounted for 28.99%. and 21.93%. The patients go to exam at the public hospital only 11.98%. 56.04% of patients go to see a doctor within the first month. Only 52.41% of patients were very satisfied and pleased with the results of treatment. ***Conclusions:*** Headache is a very common symptom but people's understanding of it is limited. Patients self-treatment and non-basic treatment is common leading to effective treatment for headaches is not well.

Keywords: *headache, headache pain, epidemiology of headache, headache treatment, prevalence headache.*

**BVQY 103 - Học viện Quân y*
***BV Việt Đức*
****BV Đa khoa Phú Thọ*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Chương
Email: vanchuong5460@gmail.com
Ngày nhận bài: 4.10.2018
Ngày phản biện khoa học: 26.11.2018
Ngày duyệt bài: 30.11.2018

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau đầu là một triệu chứng rất phổ biến trong đời sống, có thể gặp ở bất cứ ai không phân biệt tuổi tác, giới tính hay chủng tộc. Tổ chức y tế thế giới (WHO) cho biết khoảng 47% người trưởng thành trên thế giới từng trải qua một lần đau đầu trong một năm nhất định. Trong đó, 1.7-4% số người bị nhức đầu kéo dài trên 15 ngày hoặc hơn mỗi tháng. Xã hội ngày càng phát triển khiến tỉ lệ đau đầu ngày càng gia tăng. Trong khi khoảng cách kiến thức trên toàn thế giới đang dần được lấp đầy bởi một loạt các nghiên cứu dịch tễ với chiến dịch toàn cầu chống lại đau đầu của WHO thì các nghiên cứu về tỷ lệ mắc bệnh này vẫn chưa đầy đủ ở nhiều nước đang phát triển. Hầu hết các nghiên cứu về tỷ lệ đau đầu cho đến nay có nguồn gốc từ các nước thu nhập cao ở Tây Âu và Bắc Mỹ. Chỉ có một vài nghiên cứu từ các khu vực khác như châu Phi và các nước Nam Á, phản ánh những khoảng trống đáng kể trong nhận thức

của chúng ta về gánh nặng của đau đầu. Vì vậy, Đề tài "*Nhận xét thực trạng điều trị đau đầu ở Việt Nam*" mục đích xác định tỷ lệ đau đầu trong dân số chung và thái độ điều trị đau đầu của người Việt Nam từ đó tạo thuận lợi cho việc lập kế hoạch và ưu tiên chăm sóc thần kinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 12.136 người theo hộ gia đình ngẫu nhiên trong cộng đồng. Phỏng vấn tất cả thành viên trong 3.350 hộ gia đình từ 10 tuổi trở lên hoặc lấy thông tin từ một người lớn trong gia đình.

- *Tiêu chuẩn chọn:* Những hộ dân sinh ra và lớn lên tại chính địa phương đó, những người trong một gia đình phải có chung huyết thống.
- Tiêu chuẩn loại trừ: Những người dân nhập cư, khách du lịch, bố/mẹ/con nuôi.

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang dựa trên bộ câu hỏi có cấu trúc để phỏng vấn.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

- Thời gian thực hiện: Từ 2014- 2015.
- Địa điểm: 48/63 tỉnh/thành phố trên cả nước.

Xử lý số liệu: Số liệu định lượng được xử lý theo phương pháp thống kê trên phần mềm Excel 2010. Tính tỷ lệ phần trăm (%).

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Tỷ lệ đau đầu: Nghiên cứu với 12.316 người bao gồm 5.747 nam (47.35%) và 6.389 nữ (52.65%). Trong đó có 8.339 người từng có ít nhất một lần đau đầu trong cuộc đời chiếm 68.71%. Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu tại châu Âu, khoảng 64-77% số người bị đau đầu ở một số thời điểm trong cuộc đời của họ. Mỗi năm, trung bình có 46-53% số người bị đau đầu [6,7]. Thấp hơn nghiên cứu tại Nepal, tỷ lệ đau đầu bất kỳ là 85,4 ± 1.5% và tại Oman là 83.6% [5]. Còn theo Mark W.Green, đau đầu là một triệu chứng phổ biến mà 90% dân số thế giới từng trải qua [4]. Như vậy, tỷ lệ đau đầu ở các quốc gia là khác nhau phụ thuộc vào nhiều yếu tố, song đau đầu vẫn là một rối loạn rất thường gặp ở tất cả các nơi trên thế giới.

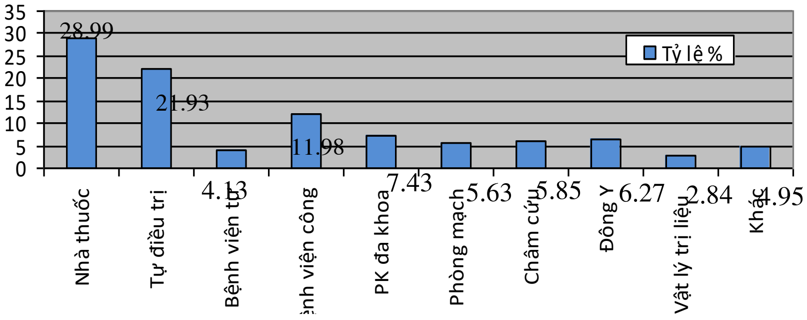
2. Tuổi khởi phát

Bảng 1*. Tuổi khởi phát đau đầu*

Nhóm tuổi	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	>90	Tổng
Số người	1.499	1.748	1.507	1.482	861	583	352	233	75	8.339
Tỷ lệ (%)	17.97	20.96	18.07	17.77	10.32	6.99	4.22	2.8	0.9	100%

Nhận xét: Tuổi khởi phát đau đầu từ 10-49 tuổi là phổ biến nhất chiếm tổng cộng 74.77% tương tự với kết quả nghiên cứu tại Ấn Độ, tỷ lệ xuất hiện đau đầu cao nhất ở độ tuổi 19-45 là 19.9% và tuổi 20-50 ở Châu Âu [1], [7]. Đây là những người trẻ, đang phải tham gia học tập và lao động với cường độ cao, là những đối tượng có đóng góp lớn cho xã hội.

3. Các cách giải quyết đau đầu



Biểu đồ 1*. Các cách giải quyết đau đầu của người bệnh.*

Nhận xét: Phần lớn người bệnh tìm đến nhà thuốc và tự điều trị trước khi tìm đến chuyên gia chăm sóc sức khỏe chiếm 28.99% và 21.93%. Số người đi khám tại bệnh viện công chỉ chiếm 11.98%. Số bệnh nhân điều trị châm cứu, đông y và vật lý trị liệu chiếm tổng cộng 14.96%, con số này cho thấy một tỷ lệ không nhỏ bệnh nhân ngại dùng thuốc Tây y để chữa bệnh. Kết quả có sự khác biệt nhẹ ở nghiên cứu những sinh viên y khoa bị đau đầu tại Oman, chỉ có 23.3% tìm đến sự trợ giúp của y tế, trong đó 80.3% bệnh nhân đã dùng thuốc tuy nhiên chỉ 24.6% dùng thuốc kê đơn, 72.9% dùng thuốc không kê đơn và 2.5% điều trị y học cổ truyền. Trên thế giới ước tính 50% số người bị đau đầu là tự điều trị [2,3]. Điều này có nghĩa là rất nhiều người đau

đầu do các căn nguyên khác nhau không được chăm sóc tối ưu.

4. Tỷ lệ bệnh nhân đau đầu được bác sỹ thăm khám: Theo nghiên cứu, số bệnh nhân đau đầu được bác sỹ thăm khám (không tính lương y) là 3703 người chiếm 44.4%, tương tự với nghiên cứu tại Anh và Mỹ, tỷ lệ này là xấp xỉ 50% và cao hơn tại Ý chỉ có 16.6% bệnh nhân đau đầu nhận được một chẩn đoán của bác sỹ có thể do nghiên cứu này chỉ khu trú ở một tỉnh nên kết quả đánh giá chưa được khách quan [6]. Tuy nhiên những con số trên đã cho thấy còn một số lượng lớn đến rất lớn người bệnh chủ quan với sức khỏe của chính mình.

5. Thời gian từ khi đau đến khi được khám bác sỹ

Bảng 2. Thời gian từ khi đau đến khi được khám bác sỹ

Thời gian	Số người	Tỷ lệ (%)
< 1 tháng	4.211	56.04
1-3 tháng	1.264	16.82
3-6 tháng	526	7.00
6-12 tháng	390	5.18
12-24 tháng	343	4.56
> 24 tháng	782	10.40
Tổng	3.703	100

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy số người bị đau đầu đi khám bác sỹ trong vòng 1 tháng đầu chiếm 56.04%, sau 6-12 tháng là 5.18% và trên 2 năm là 10.40%. Tại một nghiên cứu cụ thể hơn ở Hoa Kỳ và Anh, chỉ một nửa số người bị đau nửa đầu đi khám bác sỹ trong vòng 12 tháng trước đó, còn lại đa số đều chỉ dựa vào thuốc không cần kê đơn [2]. Tại Đông Nam Á chưa thấy nghiên cứu nào về vấn đề này. Vậy thời gian trước khi được khám bệnh bởi chuyên gia chăm sóc sức khỏe thì họ đi đâu và làm gì? Việc điều trị không đúng cách và lạm dụng thuốc giảm đau với các loại đau đầu khác nhau là nguyên nhân dẫn đến đau đầu tái phát. Các cơn đau đầu lặp đi lặp lại làm cho người bệnh lo sợ, ảnh hưởng đến tinh thần, việc làm, năng suất lao động và chi phí tài chính.

6. Kết quả điều trị

Bảng 3*. Bệnh nhân đánh giá kết quả điều trị của bác sỹ*

Đánh giá	Số người (n=3.703)	Tỷ lệ (%)
Rất hài lòng	392	11.98
Hài lòng	1.324	40.43
Không hài lòng	571	17.42
Rất không hài lòng	251	7.65
Không ý kiến	738	22.52
Tổng	**3.703**	**100%**

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân rất hài lòng và hài lòng với kết quả điều trị chiếm 52.41%. Tuy kết quả của điều trị còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố, song 14 nhóm đau đầu với trên 240 loại đau đầu khác nhau, việc chẩn đoán đúng luôn là kim chỉ nam cho việc điều trị đúng. Trên thế giới, chỉ có 40% người bệnh đau nửa đầu hoặc đau đầu căng thẳng được chẩn đoán chính xác, và điều này chỉ có ở 10% đau đầu do lạm dụng thuốc [2]. Thiếu kiến thức giữa các nhà chăm sóc sức khỏe là rào cản chính trong việc đem lại hiệu quả điều trị, kết hợp với việc nhận thức kém của người dân càng làm cho việc điều trị trở nên khó khăn hơn.

V. KẾT LUẬN

- Đau đầu là một triệu chứng rất thường gặp, 68.71% người từng trải qua trong cuộc đời, phổ biến nhất ở độ tuổi 10-49.

- Phần lớn người bệnh tìm đến nhà thuốc và tự điều trị trước khi tìm đến chuyên gia chăm sóc sức khỏe chiếm 28.99%. và 21.93%. Số người đi khám tại bệnh viện công chỉ chiếm 11.98%.

- 44.4% bệnh nhân đau đầu được thăm khám bởi một bác sỹ và 56.04% khám trong vòng một tháng đầu, 52.41% bệnh nhân rất hài lòng và hài lòng với kết quả điều trị.

- Cũng như nhiều nước trên thế giới, việc người bệnh tự điều trị và điều trị không căn bản là phổ biến dẫn đến hiệu quả điều trị không cao làm cho đau đầu dần trở thành gánh nặng về kinh tế và cho xã hội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ***Zarka Amin Masoodi MD, Parvaiz A Shah MD, Irfan Iqbal MS,*** " Prevalence of headache in Kashmir Valley, India", Neurology Asia 2016; 21(2): 145 – 153.
2. **WHO atlas of** Headache disorders 2011.
3. ***Lee Moon Keen,*** "Headaches in Primary Care Practice in Malaysia", Medical Tribune, 2013.
4. ***Mark W.Green,*** "Headache and Facial pain", Current diagnosis & treatment, Neurology 2th edition, 2011, pp.63
5. ***Manandhar K, Risal A, Steiner TJ et al.,*** "The prevalence of primary Headache Disorders in Nepal: a nationwide population-based study", J Headache Pain. 2015;16:95.
6. ***Stovner LJ; Andree C*** "Prevalence of headache in Europe: a review for the Eurolight project.". *Journal of Headache Pain*, 2010, 11 (4): 289–299.
7. ***Stovner LJ, Zwart JA, Hagen K et al,*** "Epidemiology of headache in Europe" , Eur J Neurol. 2006 Apr;13(4):333-45.
8. ***Manzoni GC; Stovner LJ,*** "Epidemiology of headache". Handbook of Clinical Neurology, 2010, 97: 3–22.

NHẬN XÉT TÌNH TRẠNG MỌC RĂNG SỮA CỦA TRẺ TỪ 12-36 THÁNG TUỔI Ở MỘT SỐ NHÀ TRẺ TẠI HÀ NỘI

Đỗ Thị Thu Hiền*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá tình trạng tình trạng mọc răng sữa của trẻ từ 12-36 tháng tuổi tại Hà Nội . **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang, thu thập thông tin qua hỏi và thăm khám. **Kết quả:** Trẻ trai có xu hướng mọc nhóm răng hàm ở hàm dưới sớm hơn so với trẻ gái**.** Sớm nhất trẻ mọc nhóm răng cửa giữa tuổi trung bình 7.35- 7.74 tháng. Muộn nhất là răng hàm sữa thứ 2 là 24.85-25.03 tháng. Trẻ 36 tháng vẫn thiếu răng hàm sữa 2 hàm trên chiếm 18.61%, răng cửa bên hàm dưới là 3.49%, răng hàm sữa 2 hàm dưới là 15.12%. **Kết luận:** Nhóm răng hàm ở hàm dưới và răng hàm thứ nhất hàm trên ở trẻ nam có xu hướng mọc trước trẻ gái. Mỗi nhóm răng sữa trẻ có độ tuổi mọc khác nhau và vẫn có hiện tượng bất thường về mọc răng sữa của trẻ.

Từ khóa:Tuổi mọc răng sữa, Mọc răng ở trẻ 12-36 tháng, tuổi mọc răng sữa ở trẻ tại Hà Hội.

SUMMARY

EVALUATE ERUPTIONAL STATUS OF PRIMARY TEETH OF CHILDREN IN HA NOI

Objective: The study was conducted to evaluate the age primary teeth eruption of children of age from 12 month up to 36 month in Hanoi, 2011. **Methods:** Cross-sectional descriptive, collect information through ask questions and examine. **Results:** The study showed that the mandible molar group erupted in boy early than girl children. Earlies eruption is incisor teeth, mean 7.35-7.74 months. The latest maxillary of primary second molar, mean 24.85- 25.03 months. The children 36 month of age is missing maxillary of second primary molar (18.61%), mandibular lateral incisor (3.49%), mandibular second primary molar (15.2%). **Conclusion**: The group of mandibular molar teeth and the maxilla first of boy children tendency erupt early than girl children. The primary teeth of children erupt at different age group and have unusual cases.

Keywords: Primary tooth eruption age; tooth eruption of child from 12 to 36 months ;primary tooth eruption age of children in Hanoi.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trẻ em luôn là vấn đề quan tâm lớn nhất của mọi gia đình và toàn thể xã hội.Trên thế giới người ta đã nghiên cứu về phát triển thể chất của trẻ từ rất sớm, khoảng giữa thế kỷ XVIII. Riêng về răng sữa của trẻ đã có vài nghiên cứu của Hitchcock N.E [1], Choi N.K [2], Yang K.H [1]. Ở Việt Nam cũng có những nghiên cứu đề cập đến quá trình phát triển thể chất của trẻ em, nghiên cứu về tuổi mọc răng của các tác giả Nguyễn Dương Hồng, Trần Ngọc Thành từ những thời bao cấp kinh tế xã hội chưa phát triển [3]. Tuy nhiên khi kinh tế xã hội phát triển chưa có nghiên cứu lại về tuổi mọc răng sữa của trẻ. Quá trình mọc răng của trẻ chịu rất nhiều yếu tố tác động như chế độ dinh dưỡng (bao gồm các muối khoáng và vitamin), điều kiện kinh tế, môi trường, khí hậu, yếu tố di truyền, các điều kiện địa lý, trình độ hiểu biết của cha mẹ trẻ. Không ít các bậc cha mẹ luôn đặt ra các câu hỏi liệu con mình phát triển như vậy có là bình thường không? Mọc răng ở độ tuổi bao nhiêu thì là bình thường?

Xuất phát từ thực tế nêu trên do vậy tôi tiến hành nghiên cứu: *"Nhận xét tuổi mọc răng sữa của trẻ từ 12-36 tháng tuổi ở một số nhà trẻ tại Hà Nội".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Trẻ em từ 12-36 tháng tuổi tại một số nhà trẻ ở Hà Nội.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Trẻ khoẻ mạnh, hợp tác khám

Tiêu chuẩn loại trừ: Những trẻ không hợp tác khám, bị mắc bệnh mãn tính, bệnh bẩm sinh, những trẻ bị bệnh lý về tâm thần và vận động như: Trẻ bị Down, bại não, những trẻ bị rối loạn nội tiết, suy giáp trạng.

- Thời gian nghiên cứu: 25/3/2011 đến 20/4/2011

2.2. Phương pháp nghiên cứu Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang

- Cỡ mẫu:

Áp dụng công thức: $$n = Z^2_{1-\alpha/2}\frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: là tổng số trẻ cần điều tra

p: trẻ bắt đầu mọc răng có tuổi từ 6-9 tháng chiếm 62,62% [4]

d: Độ chính xác tuyệt đối (= 0,05)

$Z^2_{(1-\alpha/2)}$: hệ số tin cậy, với mức ý nghĩa thống kê = 0,05, tương ứng với độ tin cậy là 95% thì $Z_{(1-\alpha/2)}$ = 1,96.

Thay vào công thức cỡ mẫu tính được là n=370. Đề phòng trẻ nghỉ học hôm khám nên

**Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y HN*
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Thu Hiền
Email: hienhoangthu74@gmail.com
Ngày nhận bài: 14.9.2018
Ngày phản biện khoa học: 9.11.2018
Ngày duyệt bài: 13.11.2018

lấy dư khoảng 5% do đó tổng số trẻ khám cả điều tra và dự phòng là 390 trẻ.

Cách tính tuổi: Theo cách tính tuổi của TCYTTG quy định tính tuổi tròn. Ví dụ: Trẻ sinh ngày 10/4/2011 mà thời điểm nghiên cứu là 09/05/2011 thì tính trẻ 1 tháng tuổi, còn nếu nghiên cứu vào ngày 11/05/2011 thì tính trẻ 2 tháng tuổi.

2.3. Cách chọn mẫu

- Lấy chủ đích năm nhà trẻ thuộc bốn quận nội thành Hà Nội đó là:

+ Trường mầm non 59 - Địa chỉ: 28 Điện Biên Phủ, Hà Nội

+ Trường mầm non Sao Sáng - Địa chỉ: 44 Trần Hưng Đạo, Hà Nội

+ Trường mầm non Vầng Trăng - Địa chỉ: 489 Kim Ngưu, Hà Nội

+ Trường mầm non Ánh Dương - Địa chỉ: 34A Trần Phú, Hà Nội

+ Trường mầm non Quang Trung - Địa chỉ: 88 Trần Quang Diệu, Hà Nội

- Phân làm 5 nhóm, lên danh sách trẻ ở mỗi nhóm tuổi, mỗi nhóm tuổi là một tầng. Sử dung phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên phân tầng. để lấy cho đủ 390 trẻ đưa vào nghiên cứu và dự phòng.

2.4. Các bước nghiên cứu

- Lập kế hoạch, lên danh sách và liên hệ với nhà trẻ để khám cho trẻ.

- Khám lâm sàng: vào thời điểm phù hợp khi bố mẹ đón con về Thu thập thông tin theo mẫu phiếu khám. Hỏi bố mẹ theo bảng câu hỏi.

2.5.Xử lý số liệu: Kết quả được xử lý theo chương trình SPSS 16.0, kiểm định bằng T-test với p=0.05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Bảng phân bố nhóm nghiên cứu theo giới

Giới	Nam N(%)	Nữ N(%)	Tổng N(%)
Trẻ khám	188 (50.81)	182 (49.19)	370 (100)

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu gồm 370 trẻ từ 12-36 tháng trong đó có 188 trẻ nam chiếm: 50.81% và 182 trẻ nữ chiếm: 49.19%, sự khác biệt nam và nữ không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Bảng 3.2. Bảng đánh giá tuổi trung bình mọc răng hàm trên

Tuổi mọc răng (tháng)			Răng		
	Răng cửa giữa	Răng cửa bên	Răng nanh	Răng hàm sữa 1	Răng hàm sữa 2
Trung bình	7.74 ± 2.1	9.58 ± 2.2	17.05 ± 2.4	13.72 ± 2.0	25.03 ± 2.1
Sớm nhất -Muộn nhất	3-15	5-17	10-22	10-24	21-36

Nhận xét: Trẻ mọc sớm nhất là răng cửa giữa hàm trên là 7.74 tháng (trẻ mọc sớm nhất là 3 tháng, trẻ mọc muộn nhất là 15 tháng). Răng hàm sữathứ 2 hàm trên mọc muộn nhất là 25.03 tháng (trẻ mọc sớm nhất là 21 tháng, trẻ mọc muộn nhất là 36 tháng).

Bảng 3.3. Bảng đánh giá tuổi trung bình mọc răng hàm dưới.

Tuổi mọc răng (tháng)			Răng		
	Răng cửa giữa	Răng cửa bên	Răng nanh	Răng hàm sữa 1	Răng hàm sữa 2
Trung bình	7.35 ± 2.0	9.50 ± 2.1	17.10 ± 2.1	13.54 ± 1.8	24.85 ± 2.4
Sớm nhất -Muộn nhất	3.5-14.5	6-18	11-21	10-20	20-36

Nhận xét: Răng cửa giữa hàm dưới mọc sớm nhất là là 7.35 tháng (trẻ mọc sớm nhất là 3.5 tháng, trẻ mọc muộn nhất là 14.5 tháng. Răng hàm sữa thứ 2 mọc muộn nhất là 24.85 tháng (trẻ mọc sớm nhất là 20 tháng, trẻ mọc muộn nhất là 36 tháng)

Bảng 3.4. Tuổi mọc răng hàm trên theo giới *Kiểm định t-test

Răng	Giới		p
	Nam (n= 188)	Nữ(n= 182)	
Răng cửa giữa	7.65 ± 1.8	7.83 ± 2.3	>0.05
Răng cửa bên	9.69 ± 2.3	9.49 ± 2.1	>0.05
Răng nanh	16.90 ± 2.2	17.19 ± 2.6	>0.05
Răng hàm sữa1	13.29 ± 1.6	14.09 ± 2.3	< 0.01
Răng hàm sữa2	24.79 ± 1.9	25.28 ± 2.2	>0.05

Nhận xét: Tuổi trung bình mọc hầu hết các nhóm răng hàm trên giữa trẻ trai và gái gần như giống nhau, không có sự khác biệt về ý nghĩa thống kê (p>0.05). Tuy nhiên ở trẻ trai tuổi trung bình mọc răng hàm sữa thứ nhất vẫn sớm hơn trẻ gái. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p< 0.01.)

Bảng 3.5. Tuổi mọc răng hàm dưới theo giới **Kiểm định t-test*

Răng	Giới	p

	Nam (n= 188)	Nữ (n= 182)	
Răng cửa giữa	7.28 ± 1.8	7.41 ± 2.1	>0.05
Răng cửa bên	9.40 ± 2.1	9.59 ± 2.2	>0.05
Răng nanh	16.88 ± 1.9	17.28 ± 2.2	>0.05
Răng hàm sữa1	13.22 ± 1.8	13.84 ± 1.8	< 0.05
Răng hàm sữa 2	24.20 ± 1.5	25.45 ± 2.8	< 0.01

Nhận xét: Tuổi trung bình mọc hầu hết các nhóm răng ở hàm dưới như răng cửa giữa, cửa bên và răng nanh giữa trẻ trai và gái gần như giống nhau, không có sự khác biệt về ý nghĩa thống kê (p>0.05). Tuy nhiên ở trẻ trai tuổi trung bình mọc răng hàm sữa thứ nhất và thứ hai ở hàm dưới vẫn sớm hơn ở trẻ gái. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p< 0.05).

Bảng 3.6. Tỷ lệ mọc răng hàm trên theo từng nhóm tuổi

Tuổi (tháng)	Trẻ mọc răng				
	Răng cửa giữa N (%)	Răng cửa bên N (%)	Răng nanh N (%)	Răng hàm sữa 1 N (%)	Răng hàm sữa 2 N (%)
12 (n=42)	38 (90.47)	30 (71.42)	2 (4.76)	4 (9.52)	0 (0)
13-18 (n= 85)	85 (100)	75 (100)	14 (16.47)	32 (37.64)	0 (0)
19-24 (n= 75)	75 (100)	75 (100)	66 (88)	75 (100)	0 (0)
25-30 (n= 82)	82 (100)	82 (100)	82 (100)	82 (100)	52 (63.41)
31-36 (n= 86)	86 (100)	86 (100)	86 (100)	86 (100)	70 (81.39)

Nhận xét: Hầu hết trẻ 12 tháng đã có răng cửa giữa trên (tỷ lệ hơn 90%), nhưng vẫn còn trẻ chưa mọc, nhưng sang đến nhóm 13-18 tháng thì 100% trẻ đã mọc đủ răng cửa giữa trên. Răng cửa bên thì ở nhóm trẻ 12 tháng chưa mọc đầy đủ răng cửa bên (71.42%), nhưng sang đến nhóm 13-18 tháng thì 100% đã mọc đủ răng cửa bên hàm trên. Răng nanh trẻ 12 tháng đã mọc răng nanh chiếm (4.76 %), và ở nhóm 25-30 tháng thì 100% đã mọc đủ răng nanh hàm trên. Răng hàm sữa1tỉ lệ chiếm trẻ 12 tháng đã mọc chiếm (9.52%), ở nhóm trẻ 19-36 tháng đã 100% mọc đủ răng hàm sữa 1. Răng hàm sữa 2 thì có những trẻ trong nhóm 25-30 tháng đã mọc răng hàm sữa 2, với tỷ lệ trung bình (63.41%), và có những trẻ 36 tháng vẫn chưa mọc răng hàm sữa2.

Bảng 3.7. Tỷ lệ trẻ mọc răng hàm dưới theo từng nhóm tuổi

Tuổi (tháng)	Trẻ mọc răng				
	Răng cửa giữa N (%)	Răng cửa bên N (%)	Răng nanh N (%)	Răng hàm sữa 1 N (%)	Răng hàm sữa 2 N (%)
12 (n=42)	42 (100)	18 (42.85)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
13-18 (n= 85)	85 (100)	63 (74.11)	13 (15.29)	33 (38.82)	0 (0)
19-24 (n= 75)	75 (100)	74 (98.66)	68 (90.66)	75 (100)	0 (0)
25-30 (n= 82)	82 (100)	78 (95.12)	80 (97.56)	82 (100)	58 (70.73)
31-36 (n= 86)	86 (100)	83 (96.51)	86 (100)	86 (100)	73 (84.88)

Nhận xét: Răng cửa bên hàm dưới thì tỷ lệ phân bố không đều giữa các nhóm tuổi, và ở nhóm tuổi 36 tháng vẫn còn trẻ chưa mọc răng cửa bên hàm dưới, do đó có thể nhận thấy là trẻ có khả năng bị thiếu răng cửa bên hàm dưới. Răng nanh hàm dưới thì nhóm tuổi mọc răng nanh sớm nhất là nhóm 13-18 tháng, nhưng tỷ lệ đó không cao (15.29%), và ở nhóm tuổi 31-36 tháng thì 100% trẻ đã mọc đủ răng nanh. Răng hàm sữa 1 hàm dưới thì nhóm tuổi bắt đầu mọc răng hàm sữa 1 là 13-18 tháng với tỷ lệ 38.82%, và tỷ lệ này cao dần ở các nhóm 19-24 tháng và 25-30 tháng, và ở nhóm 31-36 tháng thì 100% trẻ đã mọc đủ răng hàm sữa1 hàm dưới. Răng hàm sữa 2 hàm dưới thì nhóm tuổi bắt đầu mọc răng hàm sữa 2 là nhóm 25-30 tháng với tỷ lệ 70.73%, và ở nhóm 31-36 tháng thì tỷ lệ này là 84.88%, chưa đạt 100%.

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi nghiên cứu trên 370 trẻ mẫu giáo lứa tuổi từ 12-36 tháng tại một số nhà trẻ tại Hà Nội. Tuổi mọc răng của trẻ chịu sự ảnh hưởng của nhiều yếu tố chủng tộc và môi trường địa lý. Do vậy nó có thể bị thay đổi theo thời gian. Qua nghiên cứu của chúng tôi thấy tuổi mọc răng trung bình của trẻ đối với cửa giữa hàm dưới là 7.35-7,74 tháng thì muộn hơn so với nghiên cứu của Deffez J.P,Robert D tuổi bắt đầu mọc răng là 4-6 tháng, tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi lại sớm hơn so với nghiên cứu của Woodroffe S et al [4], là 8,6 tháng và phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thị Yến [5] đưa ra là 6-9tháng; nghiên cứu của Baykan Z [6], Hitchcock NE [1], Moss Salentijn, Nystrom M et al là 7-8 tháng tuổi [7], và của Bệnh viện Nhi đồng St. Louis (Mỹ) đề xuất thời gian mọc 4 răng

cửa giữa của hàm trên và hàm dưới: 5-8 tháng. Theo các nghiên cứu của các tác giả Việt Nam trong những năm trước ở những trẻ em ở Hà Nội, thì tuổi bắt đầu mọc răng là sau 8 tháng tuổi, muộn hơn so với tuổi mọc răng cửa giữa hàm trên và cửa giữa hàm dưới của chúng tôi. Sở dĩ có sự khác biệt này có thể do điều kiện kinh tế và xã hội ngày càng phát triển, nên phụ nữ mang thai và trẻ em ở giai đoạn đầu phát triển được quan tâm và chăm sóc nhiều hơn trước, kèm theo đó nên khả năng là trẻ sẽ mọc răng sữa sớm hơn. Ở nhóm răng cửa bên hàm trên và hàm dưới kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi mọc răng trung bình là 9,50- 9.58 tháng Kết quả này phù hợp với kết quả của Bệnh viện Nhi đồng St. Louis (Mỹ) đề xuất thời gian mọc 4 răng cửa bênh: 7-10 tháng. Đối với nhóm răng nanh hàm trên và hàm dưới thì: Kết quả của chúng tôi đưa ra là 17.05- 17,10 tháng. Kết quả này phù hợp với kết quả của Bệnh viện Nhi đồng St. Louis (Mỹ) đề xuất thời gian mọc 4 răng nanh: 14-20 tháng. Đối với nhóm răng hàm sữa1 hàm trên và hàm dưới thì: Kết quả nghiên cứu của tôi thấy tuổi trung bình mọc răng là của chúng tôi đưa ra là 13.55-13.72 tháng. Ở nhóm răng hàm sữa 2 hàm trên và hàm dưới thì kết quả của chúng tôi đưa ra là 24.85 - 25.03. Kết quả này phù hợp với kết quả của Bệnh viện Nhi đồng St. Louis (Mỹ) đề xuất thời gian mọc 4 răng hàm sữa 2 là: 20-32 tháng. Kết quả nghiên cứu cho thấy hầu hết trẻ 12 tháng đã có răng cửa giữa trên (tỷ lệ hơn 90%), bình thường tỷ lệ này phải đạt 100%, có sự khác biệt này có thể do chế độ dinh dưỡng hoặc điều kiện sống ảnh hưởng đến tuổi mọc răng của trẻ vì đến nhóm tiếp ngay sau đó 13-18 tháng thì 100% trẻ đã mọc đủ răng cửa giữa trên. Răng cửa bên thì ở nhóm trẻ 12 tháng chưa mọc đầy đủ răng cửa bên (71.42%), có sự khác biệt này có thể do chế độ dinh dưỡng hoặc điều kiện sống ảnh hưởng đến tuổi mọc răng của trẻ vì đến nhóm tiếp ngay sau đó 13-18 tháng thì 100% đã mọc đủ răng cửa bên hàm trên. Về răng nanh thì có những trẻ trong nhóm 12 tháng đã mọc răng nanh, nhưng tỷ lệ đó rất thấp (4.76%), còn ở nhóm 19-24 tháng thì tỷ lệ mọc răng nanh hàm trên là 88%, sở dĩ trẻ mọc răng chậm có thể do chế độ dinh dưỡng hoặc điều kiện sống ảnh hưởng đến tuổi mọc răng của trẻ vì ở nhóm trẻ tiếp ngay sau đó 25-30 tháng thì 100% đã mọc đủ răng nanh hàm trên. Về răng hàm sữa 1 thì có những trẻ trong nhóm 12 tháng đã mọc răng hàm sữa1, nhưng tỷ lệ đó không cao (9.52%), còn ở nhóm trẻ 13-18 tháng thì tỷ lệ mọc răng hàm sữa 1 hàm trên là 37.64%, sở dĩ trẻ mọc răng chậm có thể do chế độ dinh dưỡng hoặc điều kiện sống ảnh hưởng đến tuổi mọc răng của trẻ vì ở nhóm trẻ tiếp ngay sau đó 19-36 tháng đã 100% mọc đủ răng hàm sữa 1. Về răng hàm sữa 2 thì có những trẻ trong nhóm 25-30 tháng đã mọc răng hàm sữa 2 với tỷ lệ 63.41%, và tỷ lệ này ở trẻ 31- 36 tháng là 81.39%, như vậy là vẫn có trẻ 36 tháng tuổi mà vẫn chưa mọc răng hàm sữa 2, có thể thấy rất có khả năng trẻ sẽ bị thiếu răng hàm sữa 2 hàm trên.

Đối với nhóm răng hàm dưới nghiên cứu đã chỉ ra răng cửa giữa hàm dưới trẻ 12 tháng thì 100% đã mọc đủ. Kết quả này hoàn toàn phù hợp với sự phát triển bình thường [8]. Về răng cửa bên hàm dưới thì tỷ lệ phân bố không đều giữa các nhóm tuổi, và ở nhóm tuổi 36 tháng tỷ lệ mọc răng cửa bên hàm dưới chỉ là 96.51%, tỷ lệ này hoàn toàn không phù hợp với những phát triển bình thường [8], do đó có thể nhận thấy là sẽ có những trẻ có khả năng bị thiếu răng cửa bên hàm dưới. Về răng nanh hàm dưới thì nhóm tuổi mọc răng nanh sớm nhất là nhóm 13-18 tháng, nhưng tỷ lệ đó không cao (15.29%), và tỷ lệ ở nhóm 19-24 tháng cũng chưa đạt đủ 100%, sở dĩ trẻ mọc răng chậm có thể do chế độ dinh dưỡng hoặc điều kiện sống ảnh hưởng đến tuổi mọc răng của trẻ vì ở nhóm tuổi 31-36 tháng thì 100% trẻ đã mọc đủ răng nanh. Về răng hàm sữa1 hàm dưới thì nhóm tuổi bắt đầu mọc răng hàm sữa1 là 13-18 tháng với tỷ lệ 38.82%, và tỷ lệ này cao dần ở các nhóm 19-24 tháng và 25-30 tháng nhưng chưa đạt 100%, sở dĩ trẻ mọc răng chậm có thể do chế độ dinh dưỡng hoặc điều kiện sống ảnh hưởng đến tuổi mọc răng của trẻ vì ở nhóm 31-36 tháng thì 100% trẻ đã mọc đủ răng hàm sữa1 hàm dưới. Đối với răng hàm sữa 2 hàm dưới thì nhóm tuổi bắt đầu mọc răng hàm sữa 2 là nhóm 25-30 tháng với tỷ lệ 70.73%, và ở nhóm 31-36 tháng thì tỷ lệ này là 84.88%, chưa đạt 100%, do đó có thể thấy rất có khả năng trẻ sẽ thiếu răng hàm sữa 2. Như vậy có thể thấy là ở những trẻ 36 tháng vẫn còn có trẻ thiếu răng hàm sữa 2 hàm trên là 18.61%, răng cửa bên hàm dưới là 3.49%, răng hàm sữa 2 hàm dưới là 15.12%.

V. KẾT LUẬN

Nhóm răng hàm ngoại trừ răng hàm số 2 ở hàm trên thì trẻ nam có xu hướng mọc trước trẻ gái. Mỗi nhóm răng sữa trẻ có độ tuổi mọc khác nhau sớm nhất là 7,35 tháng mọc răng của giữa hàm dưới muộn nhất là mọc răng hàm sữa lớn thứ hai là 2 hàm trên là 25,03 tháng. Trẻ vẫn có

hiện tượng bất thường về mọc răng hàm sữa thứ hai và răng cửa bên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hitchcock N.E. et al (1984).** *"Australian longitudinal studies of time and order of eruption of primary teeth"* community Dent Oral Epidemiol.
2. **Choi N.K, Yang K.H (2001),** *"A study on the eruption timing of primary teeth in Korean children",* ASDC J Dent child. 68(4), pp 244-249, 228.
3. **Trần Ngọc Thành (1989),** *"Một số nhận xét về phát triển hàm răng sữa ở trẻ em khu vực Hà Nội".* Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội .
4. **Woodroffe S, Mihailidis S, Hughes T, et al (2010),** *"Primary tooth emergence in Australian children: timing, sequence and patterns of asymmetry ",* Aust Dent J , 55(3) , pp 245-251.
5. **Nguyễn Thị Yến (2004).** *"Nghiên cứu sự tăng trưởng của trẻ em từ khi sinh đến 5 tuổi và một số yếu tố ảnh hưởng",* Luận văn tiến sĩ y học.Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Baykan Z, Sahin F, Beyazova U, Ozcasa B, Baykan A, (2004),** *"Experience of Turkish parents about their infants ' teething",* Child Care Health Dev, 30 (4), pp 331-336.
7. **Nystrom M, Peck L , Kleemola-Kujala E, Evalahti M, Kataja M (2000),** *"Age estimation in small children : reference values based on count of deciduos teeth in Finns" ,* Forensic Sci Int , 110 (3), pp 179-188.
8. **Bộ môn Răng Trẻ Em (2001),** *"Hình thể học răng sữa", "Các bất thường trong sự phát triển răng",* Nha khoa trẻ em, Nhà xuất bản y học, Thành phố Hồ Chí Minh, tr 22-27, 74-82.

THỰC TRẠNG VÉC TƠ TRUYỀN BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE KHU VỰC ĐỒNG BẰNG VEN BIỂN NAM BỘ

Trần Kiên*, Trần Quang Trung*

TÓM TẮT

Chúng tôi tiến hành điều tra thực trạng về nguồn gây bệnh sốt xuất huyết Dengue và mối liên quan giữa véc tơ truyền bệnh sốt xuất huyết với biến đổi khí hậu 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 thực trạng véc tơ truyền bệnh sốt xuất huyết Dengue và mối liên quan giữa véc tơ truyền bệnh sốt xuất huyết với biến đổi khí hậu kết quả cho thấy: Muỗi *Aedes aegypti* đóng vai trò chủ yếu trong việc lan truyền bệnh sốt xuất huyết ở đây. Trong cộng đồng phổ biến 10 loại dụng cụ chứa nước là nơi sinh sản của muỗi truyền bệnh sốt xuất huyết. Bọ gậy có nhiều trong chậu cảnh ngoài trời (62,8%) và chum, vại trong nhà (75,2%). Mùa khô, loại muỗi chủ yếu là Anopheles sp (39,74%), muỗi Ae.aegygti (37,28%), muỗi Culex (8,87%), muỗi khác (10,47%). Mùa mưa, loại muỗi chủ yếu là Ae.aegypti (41,1%), muỗi Anopheles sp (39,8 %), muỗi Culex 8,2% và 8,1% là các loại muỗi khác. Chỉ số DI (số muỗi cái Aedes aegypti trung bình trong 1 đơn vị khảo sát) và chỉ số HI (tỷ lệ nhà có muỗi cái Aedes aegypti trưởng thành) của Tiền Giang, Bến Tre và Bạc Liêu là thấp nhất. Chỉ số DI của Trà Vinh, Sóc Trăng và Cà Mau cao hơn 4 tỉnh còn lại. Chỉ số DI Sóc trăng cao nhất; chỉ số HI ở Sóc Trăng, Trà Vinh, Cà Mau và Kiên Giang cao hơn các tỉnh còn lại.

Từ khóa: Véc tơ truyền bệnh, sốt xuất huyết, mùa mưa, mùa khô, liên quan.

**Học viện Quân y*

Chịu trách nhiệm chính: *Trần Kiên*

Email: *kientranhvqy@yahoo.com.vn*

Ngày nhận bài: 18.9.2018

Ngày phản biện khoa học: 8.11.2018

Ngày duyệt bài: 14.11.2018

SUMMARY

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

In 2014, we conducted a survey in seven provinces in Mekong river delta (including: Giang, Ca Mau, Bac Lieu, Soc Trang, Tra Vinh, Ben Tre and Tien Giang) in order to analyze the status of dengue vectors and the relationship between dengue vector and climate change. The results show that Aedes aegypti is the main vector of Dengue. In the community, 10 types of water containers are the breeding grounds for mosquitoes that transmit dengue fever. Larvae were found in open-air pots (62.8%) and jars (75.2%). In the dry season, the main mosquitoes are Anopheles sp (39.74%), Ae.aegygti mosquitoes (37.28%), Culex mosquitoes (8.87%) and others (10.47%). In the rainy season, the main mosquitoes are Ae.aegypti (41.1%), Anopheles sp (39.8%), Culex (8.2%) and others (8.1%). Density index and House index were highest in Tien Giang, Ben Tre and Bac Lieu. The DI numbers in Tra Vinh, Soc Trang and Ca Mau are higher than the other 4 provinces: The highest DI in Soc Trang; HI in Soc Trang, Tra Vinh, Ca Mau and Kien Giang are higher than the other provinces.

Key words: disease vector, dengue fever, rainy season, dry season, relationship.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng biến đổi khí hậu đang ngày càng thể hiện rõ ở trên thế giới và Việt Nam, gây ra nhiều tác động xấu đến con người và môi trường. Những tác động của hiện tượng nóng ấm 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. Sốt dengue (Sốt xuất huyết dengue) do muỗi truyền đang trở thành dịch tại hơn 100

quốc gia, có khoảng 2,5 tỷ người sống trong vùng nguy cơ. Tại Việt Nam, có số mắc và chết do Sốt dengue gia tăng kể từ năm 1994 trở lại đây, năm 1998 có tới 234.920 trường hợp mắc, 337 trường hợp tử vong tại 56 tỉnh/thành phố. Sốt dengue không chỉ ảnh hưởng lên sức khỏe cá nhân mà còn là vấn đề y tế công cộng cần quan tâm, ảnh hưởng tới kinh tế và xã hội. Hiện tại trên thế giới chưa có vắc xin phòng bệnh và cũng chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, do đó biện pháp ngăn ngừa hiệu quả duy nhất chính là kiểm soát véc tơ truyền bệnh trong đó có 2 loài muỗi Aedes aegypti và Aedes albopictus là véc tơ chính. 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, trong đó, bệnh Sốt dengue và sốt rét là hai bệnh chủ yếu và thường có khả năng phát triển mạnh thành dịch. Do vậy, nghiên cứu tập tính, phân bố của các loài muỗi, đặc biệt là các loài muỗi truyền bệnh sốt xuất huyết tại các tỉnh đồng bằng ven biển là rất cần thiết để ngành y tế có kế hoạch phòng chống hai bệnh này hiệu quả.

Mục tiêu nghiên cứu: Phân tích mối liên quan của biến đổi khí hậu đến sự phân bố muỗi truyền bệnh sốt xuất huyết Dengue và các nguồn gây bệnh sốt xuất huyết Dengue tại khu vực đồng bằng ven biển Nam bộ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Muỗi *Ades* truyền bệnh sốt xuất huyết Dengue. Các nguồn gây bệnh sốt xuất huyết dengue. Mối liên quan giữa véc tơ truyền bệnh sốt xuất huyết với biến đổi khí hậu tại khu vực đồng bằng Nam bộ

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: Khảo sát các yếu tố môi trường trên cạn, dưới nước ảnh hưởng tới thủy vực bọ gậy của muỗi truyền bệnh Sốt xuất huyết dengue. Mối liên quan giữa muỗi *Ades* và điều kiện thời tiết khí hậu tại khu vực nghiên cứu.

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

- Các loại dụng cụ chứa nước ngoài trời và trong nhà tại hộ gia đình. Tỷ lệ bọ gậy có trong các loại dụng cụ chứa nước.

- Điều tra muỗi: Mồi người trong nhà; Mồi 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) .

- Mối liên quan giữa véc tơ truyền bệnh sốt xuất huyết với biến đổi khí hậu tại khu vực đồng bằng Nam bộ

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. Diễn biến véc tơ truyền bệnh sốt xuất huyết tại đồng bằng ven biển Nam bộ

Bảng 1. Số muỗi Aedes aegypti và Aedes albopictus bắt được trong 5 năm

Năm	Loài muỗi	
	Aedes aegypti	Aedes albopictus
2010	1.2730	30
2011	2280	20
2012	5.8710	80
1013	5320	50
2014	1.7860	60
Tổng cộng	**9.6900**	**240**

Qua giám sát các vụ dịch trong 5 năm, số muỗi bắt được trong giám sát các vụ dịch cao; Chỉ phát hiện Aedes albopictus trong các vụ dịch với số điểm bắt gặp Aedes albopictus có xu hướng tăng. Aedes aegypti đóng vai trò chủ yếu trong việc lan truyền bệnh sốt xuất huyết Dengue trên địa bàn khu vực đồng bằng ven biển Nam bộ.

2. Thực trạng nguồn gây bệnh sốt xuất huyết Dengue

Bảng 2. Các loại dụng cụ chứa nước tại hộ gia đình

Loại dụng cụ	Số lượng	Tỷ lệ %
Bể >500L	300	2,6
Bể <500L	670	5,9
Phuy	170	1,5
Xô, chậu, thùng	5990	52,4
Chum, vại	1180	10,4
Bể cầu	50	0,4
Lọ hoa	1560	13,7
Chậu cảnh	450	3,9
Bẫy kiến	50	0,4
Phế thải	1010	8,8
Tổng cộng	11430	100

Trong cộng đồng có nhiều dụng cụ chứa nước, là nơi sinh sản của muỗi truyền bệnh sốt xuất huyết Dengue. Chủ yếu có 10 loại dụng cụ chứa nước, theo thứ tự: dụng cụ chậu, thùng (52,4%); đến chum, vại, (10,4%); lọ hoa (13,7%), phế thải (8,8%); các loại dụng cụ chứa nước khác chiếm tỷ lệ ít hơn (từ 0,4% đến 5,9%).

Bảng 3. Tỷ lệ bọ gậy có trong các dụng cụ chứa nước ngoài trời tại các hộ gia đình

Loại dụng cụ	Số lượng	Tỷ lệ

	bọ gậy	**%**
Bể >500L	1000	1,8
Bể <500L	2300	4,0
Phuy	5000	8,7
Chậu cảnh	36000	62,8
Phế thải	13000	22.7
Tổng cộng	**57300**	**100**

Kết quả số liệu trong bảng 3 cho thấy số lượng bọ gậy có trong các loại dụng cụ chứa nước ngoài trời thì chậu cảnh là chiếm tỷ lệ cao nhất 62,8%, tiếp theo đó là phế thải 22,7%, rồi lần lượt đến phuy 8,7%, bể<500L 4,0% và thấp nhất là bể >500L.

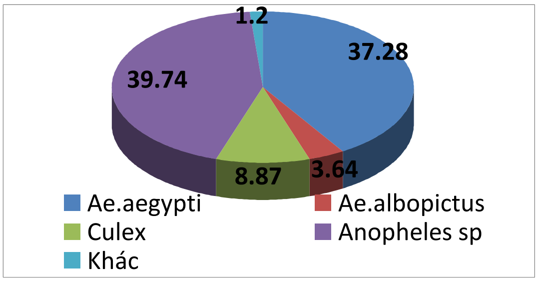
Bảng 4. Tỷ lệ bọ gậy có trong các dụng cụ chứa nước trong nhà tại các hộ gia đình

Loại dụng cụ	**Số lượng bọ gậy**	**Tỷ lệ %**
Xô, chậu, thùng	11000	20,3
Chum, vại	40800	75,2
Bể cầu	490	0,9
Lọ hoa	1050	1,9
Bẫy kiến	900	1,7
Tổng cộng	**54240**	**100**

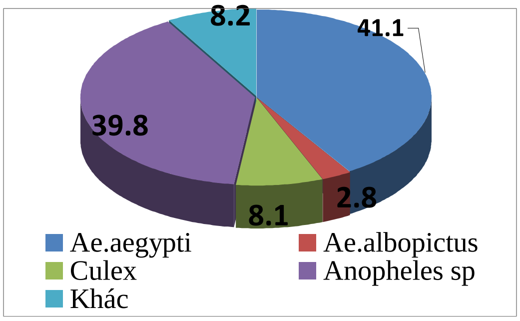
Kết quả số liệu bảng 4 cho thấy số lượng bọ gậy có trong các loại dụng cụ chứa nước trong nhà thì chum, vại chiếm tỷ lệ cao nhất 75,2%, tiếp theo đó là xô, chậu, thùng 20,3%, rồi lần lượt đến lọ hoa 1,9%, bẫy kiến 1,7% và thấp nhất là bể cầu.

3. Mối liên quan giữa véc tơ truyền bệnh sốt xuất huyết với biến đổi khí hậu tại khu vực đồng bằng Nam bộ.

Kết quả biểu đồ 1 cho thấy, vào mùa khô, loại muỗi chủ yếu là Anopheles sp (39,74%), muỗi Ae.aegygti (37,28%). Muỗi Culex (8,87%) và thấp nhất là muỗi Ae.albopictus (3,64%). Còn lại 10,47% số muỗi bắt được là các loài muỗi khác



Biểu đồ 1. Phân loại muỗi vào mùa khô



Biểu đồ 2. Phân loại muỗi vào mùa mưa

Kết quả nghiên cứu vào mùa mưa, tỷ lệ muỗi Ae. aegypti vào mùa này tăng khá cao (41,1%), tỷ lệ muỗi Anopheles sp (39,8%), Muỗi Ae.albopictus có 2,8%, còn lại 8,2% là muỗi Culex và 8,1% là các loại muỗi khác.

Bảng 5. Các chỉ số về mật độ muỗi cái trưởng thành Ae.aegypti vào mùa khô

Chỉ số	**Cà Mau**	**Kiên Giang**	**Trà Vinh**	**Sóc Trăng**	**Bạc Liêu**	**Bến Tre**	**Tiền Giang**
DI	2,12	1,76	3,8	2,92	1,15	1,08	1,02
HI (%)	82	80	88	84	76	72	70

Kết quả phân tích chỉ số DI (số muỗi cái Aedes aegypti trung bình trong 1 đơn vị khảo sát) và chỉ số HI (tỷ lệ nhà có muỗi cái Aedes aegypti trưởng thành) cho thấy, chỉ số DI và HI của Tiền Giang, Bến Tre và Bạc Liêu là thấp nhất. Chỉ số DI của Trà Vinh, Sóc Trăng và Cà Mau cao hơn.

Bảng 6. Các chỉ số về mật độ muỗi cái trưởng thành Ae.aegypti vào mùa mưa

Chỉ số	**Kiên Giang**	**Cà Mau**	**Sóc Trăng**	**Trà Vinh**	**Bạc Liêu**	**Bến Tre**	**Tiền Giang**
DI	3,03	3,19	3,53	3,2	1,28	1,12	1,10
HI (%)	84	83	87	86	70	68	64

Kết quả phân tích chỉ số DI cho thấy, chỉ số DI ở Sóc Trăng cao nhất, thấp nhất là Tiền Giang và Bến Tre. Chỉ số HI cao ở Sóc Trăng, Trà Vinh, Cà Mau và Kiên Giang. Các tỉnh Bạc Liêu Bến Tre và Tiền Giang thấp hơn. Sự chênh lệch về chỉ số này cho thấy, các tỉnh Sóc Trăng, Trà Vinh, Cà Mau và Kiên Giang có độ phổ biến véc tơ Sốt xuất huyết cao hơn.

IV. BÀN LUẬN

Hiện nay, tình trạng biến đổi khí hậu đang ngày càng thể hiện rõ ở trên thế giới và Việt Nam, gây ra nhiều tác động xấu đến con người và môi trường. Những tác động của hiện tượng nóng ấm toàn cầu, mở rộng những vùng có nhiệt độ trung bình trên 16ºC là yếu tố khiến vùng phân bố của muỗi truyền bệnh sốt xuất huyết ngày càng mở rộng. Sốt dengue/Sốt xuất huyết dengue là bệnh nhiễm virus dengue cấp tính do muỗi truyền. Sốt Dengue đang trở thành dịch tại hơn 100 quốc gia, trong đó Đông Nam Á và Tây

Thái Bình Dương là bị ảnh hưởng nghiêm trọng nhất. Có khoảng 2,5 tỷ người sống trong vùng nguy cơ, tỷ lệ tử vong trung bình do sốt Dengue là 5% với khoảng 240.000 trường hợp mỗi năm.

Tại Việt Nam, có số mắc và chết do sốt Dengue gia tăng kể từ năm 1994 trở lại đây, bệnh đã và đang trở thành vấn đề y tế nghiêm trọng. Tình hình diễn biến của dịch ngày càng lan rộng và phức tạp. Hiện tại trên thế giới chưa có vắc xin phòng bệnh và cũng chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, do đó biện pháp ngăn ngừa hiệu quả duy nhất chính là kiểm soát véc tơ truyền bệnh trong đó có 2 loài muỗi Aedes aegypti và Aedes albopictus là véc tơ chính. Mối quan hệ giữa dịch bệnh và biến đổi khí hậu được khẳng định trong các nghiên cứu dịch tễ, khi khí hậu là một trong các yếu tố chính ảnh hưởng đến sự phát triển và phân bố dịch bệnh. 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... Trong đó, bệnh SXHD và sốt rét là hai bệnh chủ yếu liên quan biến đổi khí hậu và thường có khả năng phát triển mạnh thành dịch. Như nghiên cứu của chúng tôi cho thấy muỗi *Aedes aegypti* đóng vai trò chủ yếu trong việc lan truyền bệnh sốt xuất huyết Dengue trên địa bàn khu vực đồng bằng Nam bộ. Vào mùa khô, loại muỗi chủ yếu là Anopheles sp (39,74%). Vào mùa mưa, tỷ lệ muỗi Ae.aegypti vào mùa này tăng khá cao (41,1%), muỗi Anopheles sp (39,8 %).

Những 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. Do vậy, nghiên cứu của chúng tôi tại các tỉnh đồng bằng ven biển Nam bộ là rất cần thiết để ngành y tế có kế hoạch phòng chống bệnh sốt Dengue hiệu quả.

V. KẾT LUẬN

- Muỗi *Aedes aegypti* đóng vai trò chủ yếu trong việc lan truyền bệnh sốt xuất huyết Dengue trên địa bàn khu vực đồng bằng Nam bộ.
- Trong cộng đồng có nhiều dụng cụ chứa nước, là nơi sinh sản của muỗi truyền bệnh sốt xuất huyết Dengue. Chủ yếu có 10 loại dụng cụ chứa nước và chiếm tỷ lệ cao nhất là chậu, thùng (52,4%).
- Dụng cụ chứa nước ngoài trời thì chậu cảnh là có tỷ lệ bọ gậy cao nhất (62,8%). Dụng cụ chứa nước trong nhà chum, vại có tỷ lệ bọ gậy cao nhất (75,2%).
- Vào mùa khô, loại muỗi chủ yếu là Anopheles sp (39,74%). Vào mùa mưa, tỷ lệ muỗi Ae.aegypti tăng khá cao (41,1%), muỗi Anopheles sp (39,8%).
- Kết quả phân tích chỉ số DI (số muỗi cái Aedes aegypti trung bình trong 1 đơn vị khảo sát) và chỉ số HI (tỷ lệ nhà có muỗi cái Aedes aegypti trưởng thành) cho thấy, chỉ số DI và HI của Tiền Giang, Bến Tre và Bạc Liêu là thấp nhất. Chỉ số DI của Trà Vinh, Sóc Trăng và Cà Mau cao hơn.

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.*

SO SÁNH TÁC DỤNG HÓA GIẢI GIÃN CƠ CỦA SUGAMMADEX VỚI NEOSTIGMIN SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Ngô Văn Định*, Nguyễn Mạnh Cường*, Phạm Văn Đông, Nguyễn Trung Kiên***

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh hiệu quả và tác dụng không mong muốn của hóa giải giãn cơ rocuronium của sugammadex với neostigmin sau phẫu thuật nội soi ổ bụng ở người cao tuổi. **Phương pháp:** Nghiên cứu

*Bệnh viện Quân y 103
**Bệnh viện Chợ Rẫy
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Kiên
Email: drkien103@gmail.com
Ngày nhận bài: 6.10.2018
Ngày phản biện khoa học: 23.11.2018
Ngày duyệt bài: 28.11.2018

tiến cứu trên 60 bệnh nhân cao tuổi phẫu thuật nội soi ổ bụng chia làm hai nhóm: nhóm S (n = 30) tiến hành hóa giải giãn cơ bằng sugammadex liều 2mg/kg, nhóm N (n = 30) tiến hành hóa giải giãn cơ bằng neostigmin 30 mcg/kg – atropin 10mcg/kg khi xuất hiện kích thích thứ 2 trong chuỗi 4 kích thích (TOF=2). Theo dõi TOF và các chỉ số huyết động (mạch, huyết áp), hô hấp (SpO_2, Vt, $EtCO_2$, nhịp thở), đánh giá tác dụng phục hồi giãn cơ và các tác dụng không mong muốn khác. **Kết quả:** Liều thuốc rocuronium sử dụng trung bình là 98,50 ± 16,25 mg và 99,14 ± 17,40. Thời gian trung bình hồi phục giãn cơ từ T2 đến khi TOF đạt 0,5; 0,7; 0,9 ở nhóm S lần lượt là 1,29 ± 0,32 phút, 1,71 ± 0,40 phút, 2,15 ± 0,37 phút, ở nhóm N là 5,47 ± 0,92 phút, 7,30 ± 0,95 phút, 11,81 ± 2,41 phút. Thời gian rút ống nội khí quản trung bình của 2 nhóm là 3,73 ± 0,83 phút và 11,85 ± 2,44 phút. Nhóm S không gây ảnh hưởng lên nhịp tim, huyết áp. Trong khi đó, nhịp tim ở nhóm N có sự biến đổi theo xu hướng tăng lên. Nhóm S có 3,3% bệnh nhân buồn nôn, nhóm N có 26,7% bệnh nhân nhịp chậm; 13,3% bệnh nhân tăng tiết đờm dãi; 23,3% bệnh nhân khô miệng; 10% bệnh nhân buồn nôn. **Kết luận:** Hóa giải giãn cơ rocuronium sau phẫu thuật nội soi ổ bụng ở người cao tuổi bằng sugammadex có hiệu quả phục hồi giãn cơ nhanh hơn nhóm neostigmin, ít gây ra các tác dụng không mong muốn hơn nhóm neostigmin.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi ổ bụng, người cao tuổi, rocuronium, sugammadex, neostigmin.

SUMMARY

RANDOMIZED COMPARISON OF SUGAMMADEX WITH NEOSTIGMINE FOR REVERSAL OF ROCURONIUM AFTER LAPAROSCOPIC SURGERY IN THE ELDERLY

Objectives: To compare efficacy and side effects of reversing neuromuscular blockade by sugammadex with neostigmine after laparoscopic surgery in the elderly. **Methods:** The prospective study was conducted in 60 elderly patients who underwent the laparoscopic surgery, we divided into two groups: Group S (n = 30): reversing neuromuscular blockade by sugammadex dose 2mg/kg IV; Group N (n= 30): reversing neuromuscular blockade by neostigmine 30 mcg/kg - atropin 10mcg/kg at the reappearance of the second twich in a TOF=2. Monitoring TOF, the hemodynamic (heart rate, blood pressure), respiratory (SpO_2, Vt, $EtCO_2$, raspitory frequency), assess reversing neuromuscular blockade and other undesirable effects. **Results:** The average dose of rocuronium were 98.50±16.25 mg and 99.14±17.40 mg. The recovery duration from TOF=2 to 0.5; 0.7 and 0.9 in the group S (1.29 ± 0.32 minutes; 1.71 ± 0.40 minutes and 2.15 ± 0.37 minutes) were shorter than that in the group N (5.47 ± 0.92 minutes, 7.30 ± 0.95 minutes, 11.81 ± 2.41 minutes). Average duration of endotracheal extubation time in the two groups were 3.73 ± 0.83 minutes and 11.85 ± 2.44 minutes. Sugammadex did not affect heart rate, blood pressure. Heart rate increased in the group N. The group S had 3,3% nausea patients. The group N had 26.7% bradycardia; 13.3% increased secretion; 23.3% dry mouth; 10% nausea patients. **Conclusion:** Reversing neuromuscular blockade after laparoscopic surgery in the elderly by sugammadex was faster than neostigmine. Sugammadex had less side effect than neostigmine.

Key words: Abdominal laparoscopic surgery, elderly, rocuronium, sugammadex, neostigmine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong gây mê cho phẫu thuật nội soi ổ bụng, thuốc giãn cơ có vai trò rất quan trọng trong quá trình đặt ống nội khí quản cũng như tối ưu hóa tầm nhìn và mở rộng phạm vi phẫu trường [1]. Theo thống kê, tỉ lệ tồn dư thuốc giãn cơ ở giai đoạn hồi tỉnh chiếm tỷ lệ rất cao khoảng 44-57% [2]. Tồn dư giãn cơ sau phẫu thuật có thể gây ra những biến chứng nguy hiểm về hô hấp và tim mạch nhất là ở người cao tuổi. Với sự ra đời của sugammadex, một loại thuốc hóa giải giãn cơ thế hệ mới, có tác dụng hồi phục nhanh và hiệu quả đối với thuốc giãn cơ rocuronium đã góp phần giảm tỷ lệ tồn dư giãn cơ sau mổ và mang lại an toàn cho bệnh nhân. Ở Việt Nam chưa có nghiên cứu được công bố về hóa giải giãn cơ bằng sugammadex trong phẫu thuật nội soi ổ bụng ở người cao tuổi. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *"so sánh hiệu quả hóa giải giãn cơ rocuronium của sugammadex với neostigmin sau phẫu thuật nội soi ổ bụng ở người cao tuổi và đánh giá ảnh hưởng trên tuần hoàn, hô hấp và các tác dụng không mong muốn của phương pháp".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng

+ 60 bệnh nhân (BN) cao tuổi, mổ phiên, phẫu thuật nội soi ổ bụng, ASA II-III, gây mê toàn thể sử dụng thuốc giãn cơ rocuronium từ tháng 10/2017 đến tháng 4/2018 tại Bệnh viện 103.

+ Tiêu chuẩn lựa chọn: BN từ 60 tuổi trở lên, đồng ý tham gia nghiên cứu. Vô cảm bằng gây mê nội khí quản, Mallampati I, II, tiên lượng có thể rút ống nội khí quản sớm sau gây mê.

+ Tiêu chuẩn loại trừ: BN từ chối tham gia nghiên cứu, suy gan, suy thận.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1.Phương pháp nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng tiến cứu, có đối chứng.

2.2. Tiến hành nghiên cứu: Chuẩn bị bệnh nhân: Kiểm tra, đánh giá các xét nghiệm cận lâm sàng và đối chiếu với tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.

- Quy trình kỹ thuật

+ Tiến hành vô cảm: Lắp máy monitoring theo dõi mạch, huyết áp, SpO_2, điện tim, tof-watch theo dõi kích thích thần kinh trụ tại vị trí cơ khép ngón cái. Khởi mê bằng fentanyl 3µg/kg, propofol 2 - 2,5mg/kg, rocuronium 0,6mg/kg, hô hấp nhân tạo bằng thông khí bóp bóng, chờ TOF về "0" tiến hành đặt NKQ. Duy trì mê: thông khí

Vt 8-10 ml/kg, tần số 12 -14 lần/phút, duy trì áp lực đường thở 12–16cm H2O; $EtCO_2$ 25 - 35mmHg; FGF 1,2-2lít/phút. Duy trì mê bằng servofluran. Theo dõi độ giãn cơ sâu bằng TOF scan.

+ Tiến hành giải giãn cơ: BN sau phẫu thuật ngắt thuốc mê servofluran, sau đó tiếp tục được theo dõi TOF 15 giây 1 lần trong 60 phút. Giải giãn cơ: nhóm S (n = 30) tiến hành hóa giải giãn cơ bằng sugammadex liều 2mg/kg, nhóm N (n = 30) tiến hành hóa giải giãn cơ bằng neostigmin 30mcg/kg – atropin 10mcg/kg khi TOF=2. Tại phòng hồi tỉnh đo TOF 15 giây/lần, theo dõi thời gian hồi phục giãn cơ ở các thời điểm TOF=0,5 ; 0,7; 0,9, rút ống NKQ khi BN tỉnh táo, tự thở >7 nhịp/phút, Vt>5ml/kg, SpO2 >95%; TOF>0,9

2.3 Các tiêu chí và thông số đánh giá

+ Các chỉ tiêu chung: Tuổi, giới tính, chiều cao (cm), cân nặng (kg)

+ Đặc điểm phẫu thuật và vô cảm : phân loại phẫu thuật, thời gian phẫu thuật; thời gian gây mê (phút). Đánh giá chất lượng phẫu trường theo mức độ hài lòng của phẫu thuật viên, áp lực bơm CO_2 trung bình (mmHg).

+ Đặc điểm hồi phục giãn cơ: thời gian từ khi tiêm sugammadex ở nhóm S hoặc neostigmin - atropin ở nhóm N đến khi TOF đạt 0,5, thời gian khi TOF đạt 0,7, thời gian khi TOF đạt 0,9. Giá trị TOF tại các thời điểm T0, T1, T2, T3, T4, T5, T6, T7, T8, T9, T10, T11, T12, T13, T14 tương ứng các thời điểm trước giải giãn cơ và sau giải giãn cơ 15 giây, 30 giây, 1 phút, 2 phút, 3 phút, 4 phút, 5 phút, 6 phút, 8 phút, 10 phút, 20 phút, 1 giờ, 12 giờ, 24 giờ

+ Tiêu chí đánh giá tác dụng không mong muốn của sugammadex và neostigmin: theo dõi mạch, huyết áp, tần số thở, SpO_2, Vt, $EtCO_2$ và các tác dụng không mong muốn khác.

3. Xử lý số liệu: Các kết quả nghiên cứu được xử lý theo phương pháp thống kê Y học bằng phần mền SPSS 22.0.

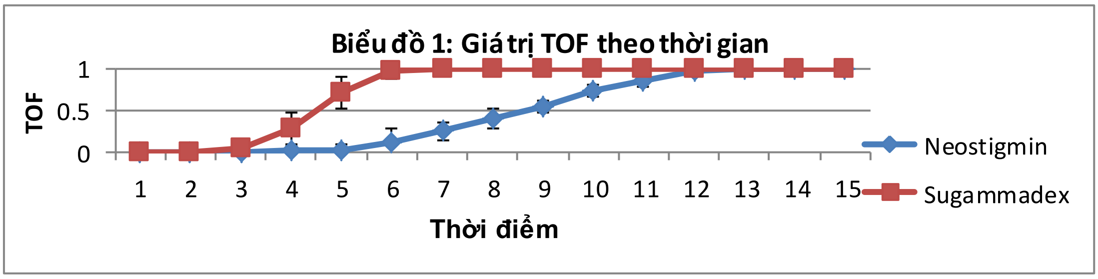
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu:

Bảng 1: Các chỉ tiêu chung ($\bar{X} \pm$ SD, n, %)

Chỉ tiêu	Nhóm S (n=30)	Nhóm N (n=30)	p
Tuổi (năm)	71,03 ± 7,49	67,07 ± 6,02	>0,05
Giới (Nam/Nữ)	21/9	20/10	>0,05
Chiều cao (cm)	158,60 ± 6,81	158,93 ± 7,74	>0,05
Cân nặng (kg)	53,30 ± 8,73	54,11 ± 6,48	>0,05
Bệnh kèm theo: Tăng huyết áp	7(23,3)	4 (13,3)	>0,05
Đái tháo đường	1(3,3)	1 (3,3)	>0,05
Bệnh lý khác	1(3,3)	1 (3,3)	>0,05
Không	21(70)	24 (80)	>0,05
Các phẫu thuật thực hiện			
Cắt đoạn dạ dày	9(30)	10 (33,3)	>0,05
Cắt đoạn đại tràng	8(26,7)	6 (20)	>0,05
Cắt túi mật	12(40)	11 (36,7)	>0,05
Cắt khối tá tụy	1(3,3)	3 (10)	>0,05
Thời gian gây mê (phút)	169,43 ± 56,70	173,37 ± 60,38	>0,05
Thời gian phẫu thuật (phút)	156,17 ± 54,29	160,18 ± 59,12	>0,05
Tổng lượng rocuronium (mg)	98,50 ± 16,25	99,82 ± 18,83	>0,05
Số lần tiêm thuốc giãn cơ	3,57 ± 0,89	3,75 ± 0,79	>0,05
Mức độ hài lòng			
Hài lòng	30(100)	30(100)	>0,05
Không hài lòng	0(0)	0(0)	>0,05
Áp lực bơm CO_2 (mmHg)	10,73 ± 1,28	14,00 ± 0,00	<0,05

2. Hiệu quả giải giãn cơ:



Bảng 2: Hiệu quả giải giãn cơ ($\overline{X} \pm$ SD, n, %)

Chỉ tiêu	Nhóm S (n=30)	Nhóm N (n=30)	p
Thời gian đạt TOF ≥ 0,5	1,29 ± 0,32	5,47 ± 0,92	<0,05
Thời gian đạt TOF ≥ 0,7	1,71 ± 0,40	7,30 ± 0,95	<0,05
Thời gian đạt TOF ≥ 0,9	2,15 ± 0,37	11,81 ± 2,41	<0,05
Thời gian rút ống nội khí quản	3,73 ± 0,83	11,85 ± 2,44	<0,05
Thời gian tiêm giãn cơ lần cuối – giải giãn cơ	41,83 ± 8,64	42,71 ± 10,14	>0,05

3.Tác dụng không mong muốn

- Nhịp tim trung bình của nhóm N cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm S tại các thời điểm sau 2 phút, 5 phút, 10 phút giải giãn cơ với p < 0,05.

- Huyết áp, tần số thở, độ bão hòa oxy, áp lực CO_2 cuối thì thở ra tại các thời điểm ổn định.

- Các tác dụng không mong muốn khác:

Bảng 3. Các tác dụng không mong muốn (n, %)

Tác dụng phụ	Nhóm S (n=30)	Nhóm N (n=30)	p
Nhịp chậm	0	8 (26,7)	<0,05
Tăng tiết đờm dãi	0	4 (13,3)	<0,05
Khô miệng	0	7 (23,3)	<0,05
Buồn nôn	1(3,33%)	3 (10)	<0,05

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung: Các bệnh nhân trong nghiên cứu đều cao tuổi, tuổi trung bình của bệnh nhân ở nhóm S là 71,03 ± 7,49 tuổi, nhóm N là 67,07 ± 6,02 tuổi. Độ tuổi trung bình cao hơn với kết quả nghiên cứu của G.Geldner (2012) khi so sánh tác dụng hóa giải giãn cơ rocuronium của sugammadex với neostigmine sau phẫu thuật nội soi ổ bụng với nhóm hóa giải giãn cơ bằng neostigmin là 51 ± 14 tuổi, nhóm sugammadex là 51 ± 16 tuổi [2]. Vấn đề gây mê hồi sức phải đặc biệt quan tâm đến những đặc điểm sinh lý, bệnh lý của người già: đó là các chức năng sinh lý giảm, thể trạng yếu, kèm theo nhiều bệnh kết hợp, vì vậy, việc sử dụng giãn cơ sâu có ý nghĩa quan trọng, làm giảm ảnh hưởng của việc bơm CO_2 tạo phẫu trường cũng như giảm áp lực ổ bụng trong mổ, giảm ảnh hưởng lên cơ quan hô hấp, tuần hoàn. Tuy nhiên, vấn đề hồi phục chức năng các cơ hô hấp sau hồi tỉnh gặp nhiều khó khăn.

Từ kết quả nghiên cứu thấy rằng tỷ lệ bệnh nhân nam và nữ, chiều cao bệnh nhân trung bình và trọng lượng trung bình giữa 2 nhóm khác nhau không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân béo phì, BMI của hai nhóm là tương đương nhau.

Kết quả nghiên cứu cho thấy các phẫu thuật dạ dày, đại tràng, phẫu thuật cắt túi mật chiếm đa số, phẫu thuật cắt khối tá tụy chiếm tỷ lệ nhỏ. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ các loại phẫu thuật giữa hai nhóm (p>0,05). Thời gian phẫu thuật trung bình ở nhóm S là 156,17 ± 54,29 phút (nhanh nhất là 40 phút, lâu nhất là 255 phút), ở nhóm N là 160,18 ± 59,12 phút với sự khác nhau ở hai nhóm là không có ý nghĩa thống kê. Trong nghiên cứu, mức độ hài lòng của phẫu thuật viên về điều kiện phẫu trường là 30/30 ở cả hai nhóm. Áp lực bơm CO_2 trung bình trong nghiên cứu ở nhóm S là 10,73 ± 1,29mmHg. Khuyến cáo hiện tại cho áp lực trong ổ bụng khi phẫu thuật nội soi ổ bụng là nhỏ hơn 15mmHg và phần lớn các phẫu thuật nội soi được thực hiện với áp lực này trong phạm vi 12-15mmHg.

Hiệu quả giải giãn cơ: Bệnh nhân được giải giãn cơ khi có đủ các tiêu chuẩn xuất hiện kích thích thứ 2 trong chuỗi 4 kích thích TOF, mạch < 100 lần/phút, huyết áp tối đa > 90mmHg; nhiệt độ ≥ 35,5^{0}C, không có dấu hiệu chảy máu, không có rối loạn toan kiềm, rối loạn điện giải. Kết quả của nghiên cứu cho thấy nhóm bệnh nhân được nhận liều sugammadex 2 mg/kg có thời gian hồi phục TOF nhanh hơn có ý nghĩa thống kê với nhóm bệnh nhân nhận liều 30µg/kg neostigmin kết hợp atropin 0,01mg/kg. Sau 2

phút giải giãn cơ có 19,23% bệnh nhân ở nhóm S đạt TOF ≥ 0,9 không có bệnh nhân đạt TOF ≥ 0,9 ở nhóm N, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Sau 4 phút tiêm sugammadex có 100% bệnh nhân đạt TOF ≥ 0,9, không có bệnh nhân nào đạt TOF ≥ 0,9 sau 4phút tiêm neostigmin. Sau 10 phút tiêm giải giãn cơ, 100% bệnh nhân nhóm S đạt TOF ≥ 0,9, con số này ở nhóm N là 23,07%. Thời gian rút nội khí quản ở nhóm sử dụng sugammadex để hóa giải giãn cơ là 2,26 ± 0,47 phút ngắn hơn so với nhóm neostigmine với thời gian hóa giải giãn cơ là 11,83 ± 2,07phút (p<0,05).

Giải thích cho sự chậm hồi phục chỉ số TOF ở người cao tuổi so với người trẻ, có thể là do ở người cao tuổi có sự suy giảm tuần hoàn, do đó làm chậm sự phân phối của sugammadex; ở người cao tuổi cũng có sự thay đổi tưới máu trong cơ, do đó làm thay đổi sự phân phối và tỷ lệ phân phối lại của rocuronium, sugammadex và phức hợp rocuronium - sugammadex. Rõ ràng, ở người cao tuổi, thời gian onset của rocuronium và thời gian phong bế thần kinh cơ chậm hơn có ý nghĩa thống kê, thời gian tác dụng lâm sàng cũng dài hơn so với người trẻ do giảm dòng máu đến cơ và sự tăng thể tích phân bố ở người cao tuổi.

Thời gian từ khi ngừng thuốc mê đến khi rút ống nội khí quản của nhóm sugammadex trong nghiên cứu là 3,67 ± 0,72 phút ngắn hơn so với nhóm hóa giải giãn cơ bằng neostigmin là 11,89 ± 2,09 phút, khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Neriman Gulec (2015) so sánh tác dụng hóa giải giãn cơ rocuronium của sugammadex với neostigmin sau gây mê toàn thân bằng desflurane cũng cho nhận xét thời gian từ khi ngừng thuốc mê đến khi rút ống nội khí quản của nhóm sugammadex là 2,17±1,81 phút, nhóm neostigmin là 11,15 ± 2,25phút [7]. Neostigmin là thuốc giải giãn cơ đã được sử dụng từ lâu và phổ biến trong lâm sàng. Thuốc gây bất hoạt enzym acetyl cholinesterase thông qua quá trình carbamyl hóa không hồi phục. Neostigmin không hóa giải được giãn cơ khi mức phong bế thần kinh cơ còn sâu. Trong nghiên cứu, nhóm bệnh nhân được cho liều neostigmin 30µg/kg kết hợp với atropin 0,01mg/kg có thời gian trung bình hồi phục TOF ≥ 0,7 là 7,45 ± 0,91 phút, bệnh nhân có thời gian đạt TOF ≥ 0,7 chậm nhất là sau 9,4 phút; thời gian trung bình hồi phục TOF ≥ 0,9 là 11,83 ± 2,07 phút, bệnh nhân chậm nhất là sau 17,58 phút. Rõ ràng, sugammadex không chỉ mang lại hiệu quả về hóa giải giãn cơ, giúp rút ngắn thời gian giải giãn cơ, thời gian rút ống nội khí quản mà còn có giá trị đặc biệt trong những hoàn cảnh "không thể đặt được ống nội khí quản và không thể thông khí" khi đã sử dụng rucoronium. Với cơ chế tác dụng trực tiếp qua tương tác hóa học nhanh, sugammadex tạo phức hợp bền vững với các thuốc giãn cơ không khử cực steroid.

Ảnh hưởng đến tuần hoàn: thấy rằng nhịp tim của nhóm giải giãn cơ bằng sugammadex ổn định hoặc biến đổi không đáng kể, nhịp tim ở nhóm hóa giải giãn cơ bằng neostigmin và atropin có sự biến đổi theo xu hướng tăng lên. Tác giả Yasemin Isik cũng cho nhận xét tương tự [8]. Các thuốc chống cholinesteraza kích thích tim mạch có thể được ngăn ngừa bằng các thuốc kháng cholinergic. Được kết hợp với neostigmin (liều atropine là một nửa so với neostigmine), nó sẽ làm tăng nhịp tim ban đầu. Huyết áp trung bình của nhóm sugammadex và nhóm neostigmin ổn định sau giải giãn cơ.

Ảnh hưởng đến hô hấp: tần số thở trung bình của nhóm ổn định tại các thời điểm ngay sau giải giãn cơ. Độ bão hòa ôxy máu mao mạch của các nhóm thay đổi không có ý nghĩa thống kê giữa các thời điểm trước và sau giải giãn cơ với p > 0,05.

Tác dụng không mong muốn khác. Tỷ lệ bệnh nhân buồn nôn sau mổ ở nhóm hóa giải giãn cơ bằng neostigmin là 10%, trong khi ở nhóm sử dụng sugammadex là 3,3% bệnh nhân. Trong nghiên cứu, ở nhóm hóa giải giãn cơ bằng neostigmine và atropine có 23,3% bệnh nhân có triệu chứng khô miệng sau phẫu thuật, 13,3% bệnh nhân tăng tiết đờm dãi, trong khi ở nhóm sử dụng sugammadex không ghi nhận trường hợp nào. Triệu chứng khô miệng chủ yếu là do tác dụng của atropin thuốc có tác dụng kháng muscarinic.

Sugammadex là một loại thuốc hóa giải giãn cơ thế hệ mới, có tác dụng hồi phục nhanh chóng và hiệu quả đối với thuốc giãn cơ rocuronium. Đồng thời thuốc cũng đã được chứng minh an toàn, ít tác dụng phụ, sử dụng sugammadex để giải giãn cơ có thể tránh được các tác dụng không mong muốn trên tim mạch và hô hấp do sử dụng thuốc đối kháng cholinesterase và kháng muscarinic

V. KẾT LUẬN

Hóa giải giãn cơ bằng sugammadex cho hiệu quả tốt, thời gian hồi phục giãn cơ nhanh hơn neostigmin. Sugammadex không gây ảnh hưởng lên nhịp tim, huyết áp, ít gây ra các tác dụng không mong muốn hơn neostigmin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kính, N.Q.,** Gây mê hồi sức cho phẫu thuật nội soi. 2013: Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam.
2. **G. Geldner,P.** Laurila,V. Mizikov, M. Hu¨bler, G. Beck, H. Rietbergen and E. Nicolayenko, A randomised controlled trial comparing sugammadex and neostigmine at different depths of neuromuscular blockade in patients undergoing laparoscopic surgery. Original Article, 2012. 67: p. 991-998.
3. **Illman, H.L., et al.,** The duration of residual neuromuscular block after administration of neostigmine or sugammadex at two visible twitches during train-of-four monitoring. Anesth Analg, 2011. 112(1): p. 63-8.
4. **Thảo, D.T.P.,** Đánh giá hiệu quả giải giãn cơ và một số tác dụng không mong muốn của sugammadex ở bệnh nhân cao tuổi sau phẫu thuật. luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học y Hà Nội, 2017.
5. **Reid JE, B.D.e.a.**, Neostigmin anatgonism of rocuronium block during anesthesia with sevofluran, isofluran or propofol. Can J Anaesth, 2001. 48: p. 351-355.
6. **McDonagh, M.D.D.L., et al.**, Efficacy, Safety, and Pharmacokinetics of Sugammadex for the Reversal of Rocuronium-induced Meeting Abstracts in Elderly Patients. Anesthesiology, 2011. 114(2): p. 318-329.
7. **Neriman Gulec, C.M.S., Ayse Nur Yeksan, Sibel Oba**, Comparison of decurarization using sugammadex and neostigmin after rocuronium during desflutan anesthesia. Arastirma Yazisi, 2015: p. 48-53.
8. **Yasemin Isik, O.P.**, Bilal Muhammed Cegin,Ugur Goktas, and Ismail Kati, Effects of Sugammadex and Neostigmine on Renal Biomarkers. Medecine Sience Monitor, 2016. 22: p. 803–809.

NGHIÊN CỨU HOẠT TÍNH ESTROGEN CỦA CHẾ PHẨM PHYTOESTROGEN TRÊN ĐỘNG VẬT THỰC NGHIỆM

Đỗ Thị Hoa Viên*, Nguyễn Trọng Thông, Đậu Thùy Dương**, Đặng Thị Thu Hiên****

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá hoạt tính estrogen của chế phẩm Phytoestrogen trên chuột nhắt cái trưởng thành sau cắt buồng trứng. Chuột nhắt trắng trưởng thành, giống cái sau cắt buồng trứng hai bên được uống Phytoestrogen với 2 liều 10mg/kg/ngày và 30mg/kg/ngày trong 07 ngày. Phytoestrogen cả 2 mức liều đều làm tăng trọng lượng tử cung khô và ướt có ý nghĩa thống kê, đồng thời có sự cải thiện trên hình thái mô bệnh học. Kết quả nghiên cứu cho thấy Phytoestrogen thể hiện hoạt tính estrogen ở 2 liều 10mg/kg/ngày và 30mg/kg/ngày trên chuột nhắt cái trưởng thành sau cắt buồng trứng.

Từ khóa: Phytoestrogen, chuột nhắt cái cắt buồng trứng, hoạt tính estrogen.

SUMMARY

OESTROGENIC PROPERTIES OF PHYTOESTROGEN IN EXPERIMENTAL ANIMAL

The present study evaluated the oestrogenic properites of Phytoestrogen in the ovariectomised mature female mice. The ovariectomised female mice were administered per oral Phytoestrogen at the dose of 10 mg/kg b.w/day and 30mg/kg b.w/day for 7 days. Phytoestrogen at 2 dose increased both the wet and blotted uterus weights, and improved the histopathological structrure of the uterine. The results showed that Phytoestrogen had oestrogenic properties at the doses of 10 mg/kg b.w/day and 30 mg/kg b.w/day in the ovariectomised female mice.

Keywords: phytoestrogen, oestrogenic properties, ovariectomised female mice

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy giảm nồng độ estrogen, một hormon sinh dục ở nữ giới, làm giảm đáng kể chất lượng cuộc sống và ảnh hưởng bất lợi lên chức năng của nhiều hệ cơ quan khác nhau trong cơ thể. Hiện nay, bên cạnh các phương pháp điều trị theo y học hiện đại, các nhà khoa học ở Việt Nam cũng như trên thế giới có xu hướng đi tìm và phát hiện các thuốc điều trị có nguồn gốc từ dược liệu để cải thiện tình trạng suy giảm nồng độ estrogen. Phytoestrogens là hợp chất isoflavon được chiết xuất tự nhiên có nguồn gốc từ thực vật. Các nghiên cứu khoa học cho thấy phytoestrogens có hoạt tính estrogen yếu, giúp điều hòa nội tiết tố estrogen và cải thiện các triệu chứng do suy giảm hormon sinh dục nữ trong cơ thể. Đậu tương (tên khoa học là *Glycine max* (L.) Merill), thành phần chính của chế phẩm Phytoestrogen, được xem là có hàm lượng tương đối cao hợp chất phytoestrogens [1],[3]. Ở nước ta, cho đến nay vẫn chưa có nhiều nghiên cứu về đậu tương cũng như hợp chất phytoestrogens. Vì vậy, để bước đầu cung cấp bằng chứng cho tác dụng của chế phẩm Phytoestrogen trong điều trị suy giảm sinh sản nữ giới, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Nghiên cứu hoạt tính estrogen của chế phẩm Phytoestrogen trên chuột nhắt cái trưởng thành sau cắt buồng trứng.*

*Trường Đại học Bách Khoa Hà Nội

**Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đậu Thùy Dương

Email: thuyduong8479@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.10.2018

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2018

Ngày duyệt bài: 23.11.2018

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Thuốc nghiên cứu: Chế phẩm Phytoestrogen do nhóm nghiên cứu thực hiện đề tài ĐTĐL.CN-28/15 thuộc Viện Công nghệ Sinh học và Công nghệ Thực phẩm, Đại học Bách Khoa Hà Nội bào chế. Dạng bào chế: dạng bột (độ ẩm < 4%), màu vàng nhạt có nguồn gốc từ đậu tương. Liều dùng dự kiến trên người lớn: Ngày 2 viên, mỗi viên chứa 20mg isoflavon (Phytoestrogens).

2.1.2. Động vật thí nghiệm: Chuột nhắt trắng chủng *Swiss* giống cái, khỏe mạnh, 6-8 tuần tuổi do Viện vệ sinh dịch tễ Trung Ương cung cấp. Chuột được nuôi được 7 ngày trước khi tiến hành nghiên cứu để thích nghi điều kiện chăn nuôi của phòng thí nghiệm. Trước và trong suốt quá trình nghiên cứu, chuột được ăn uống đầy đủ, uống nước tự do.

2.1.3. Thuốc và hóa chất phục vụ nghiên cứu: Viên nén Ethinyl estradiol hàm lượng 0,05mg, Cloral hydrat liều 350 mg/kg và kháng sinh amikacin.

Chỉ tự tiêu, các hoá chất xét nghiệm và làm tiêu bản mô bệnh học, cân phân tích Nhật - chính xác đến 0,001g, bộ dụng cụ mổ chuột, kính lúp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hoạt tính estrogen trên chuột nhắt trắng giống cái, trưởng thành, sau cắt buồng trứng. Tiến hành nghiên cứu theo hướng dẫn 440 của OECD [6]. Chia chuột ngẫu nhiên vào 5 lô:

– Lô 1 (Lô chứng sinh học – không cắt buồng trứng): uống dung môi pha thuốc, với thể tích 10 ml/kg/ngày cùng thể tích nhóm uống thuốc.

– Lô 2 (Lô mô hình – cắt buồng trứng, không dùng thuốc): uống dung môi pha thuốc, với thể tích 10 ml/kg/ngày.

– Lô 3 (Cắt buồng trứng và dùng thuốc chứng dương): uống ethinyl estradiol với liều 0,9mg/kg/ngày.

– Lô 4 (Cắt buồng trứng và dùng Phytoestrogen liều thấp): uống Phytoestrogen liều 10 mg/kg/ngày (liều có tác dụng tương đương liều dùng dự kiến trên người, tính theo hệ số 12).

– Lô 5 (Cắt buồng trứng và dùng Phytoestrogen liều cao): uống Phytoestrogen liều 30 mg/kg/ngày.

Cắt buồng trứng 2 bên của chuột ở các lô 2, 3, 4, 5 (riêng lô 1 không cắt). Sau cắt tiêm dự phòng kháng sinh amikacin 0,1ml/10g. Cho chuột nghỉ 14 ngày sau cắt buồng trứng. Kiểm tra sau cắt buồng trứng (đã cắt hết các mô buồng trứng hay chưa) bằng cách quan sát tế bào biểu mô lấy từ âm đạo trong 5 ngày liên tiếp (từ ngày thứ 10 đến hết ngày thứ 14). Loại những chuột có dấu hiệu cắt sót buồng trứng.

Cân trọng lượng chuột trước khi bắt đầu cho uống thuốc. Chuột được cho uống thuốc thử hoặc dung môi mỗi ngày 1 lần vào buổi sáng, trong vòng 07 ngày. Đến ngày thứ 7 (24 giờ sau khi uống liều thuốc cuối cùng), cân trọng lượng chuột, sau đó giết chuột. Tiến hành phẫu tích chuột.

Bóc tách tử cung của chuột (tránh làm mất dịch trong vòi tử cung). Cân trọng lượng tử cung khi ướt (còn chứa dịch) và trọng lượng tử cung đã thấm khô (sau khi đã ép hết dịch trong vòi bằng giấy thấm). Ngâm tử cung trong formalin, làm tiêu bản hình thái mô học tử cung. So sánh kết quả trọng lượng tử cung khi ướt, trọng lượng tử cung đã thấm khô và hình ảnh mô bệnh học tử cung.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được nhập và xử lý bằng phương pháp và thuật toán thống kê y sinh học trên phần mềm Microsoft Excel. Số liệu được biểu diễn dưới dạng $\bar{X}$±SD. Kiểm định các giá trị bằng t-test Student. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi p ≤ 0,05.

*,**,***: Khác biệt so với lô chứng sinh học với p < 0,05; p < 0,01; p < 0,001

$^{\Delta}$, $^{\Delta\Delta}$, $^{\Delta\Delta\Delta}$: Khác biệt so với lô mô hình với p < 0,05; p < 0,01; p < 0,001.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Ảnh hưởng của Phytoestrogen lên trọng lượng tử cung chuột nhắt cái trưởng thành sau cắt buồng trứng

Bảng 3.1. *Ảnh hưởng của Phytoestrogen lên trọng lượng tử cung ướt của chuột nhắt cái trưởng thành sau cắt buồng trứng*

Lô chuột (n = 9)	**Trọng lượng tử cung ướt (mg/10g thể trọng)**
Lô 1 (Uống dung môi)	8,64 ± 2,81
Lô 2 (Mô hình)	5,73 ± 1,61**
Lô 3 (Ethinyl estradiol)	25,71 ± 7,47$^{\Delta\Delta\Delta}$
Lô 4 (Phytoestrogen **10** mg/kg/ngày)	7,97 ± 2,27$^{\Delta}$
Lô 5 (Phytoestrogen **30** mg/kg/ngày)	10,28 ± 3,21$^{\Delta\Delta\Delta}$
p5-4	p > 0,05

Kết quả bảng 3.1 cho thấy:

– Trọng lượng tử cung ướt ở lô 2 (mô hình chuột nhắt cái trưởng thành cắt buồng trứng) giảm rõ rệt so với lô chứng sinh học (p < 0,01).

– Lô chuột nhắt đã cắt buồng trứng được dùng ethinyl estradiol 0,9mg/kg/ngày, trọng lượng tử cung ướt tăng rõ rệt so với lô mô hình (p < 0,001).

– Lô chuột dùng Phytoestrogen ở 2 mức liều (liều thấp 10mg/kg/ngày và liều cao 30 mg/kg/ngày) trong 7 ngày làm tăng trọng lượng tử cung ướt có ý nghĩa thống kê so với lô mô hình (p < 0,05 và p < 0,001).

– Không có sự khác biệt có ý nghĩa về trọng lượng tử cung ướt giữa 2 lô uống Phytoestrogen (p > 0,05).

Bảng 3.2. *Ảnh hưởng của Phytoestrogen lên trọng lượng tử cung khô của chuột nhắt cái trưởng thành cắt buồng trứng*

Lô chuột (n = 9)	**Trọng lượng tử cung khô (mg/10g thể trọng)**
Lô 1 (Uống dung môi)	5,47 ± 1,36
Lô 2 (Mô hình)	3,89 ± 1,24*
Lô 3 (Ethinyl estradiol)	15,11 ± 3,61$^{\Delta\Delta\Delta}$
Lô 4 (Phytoestrogen **10** mg/kg/ngày)	6,45 ± 1,40$^{\Delta\Delta}$
Lô 5 (Phytoestrogen **30** mg/kg/ngày)	7,01 ± 2,19$^{\Delta\Delta}$
p5-4	p > 0,05

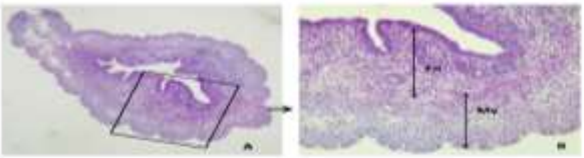
Kết quả ở bảng 3.2 cho thấy:

– Sau cắt buồng trứng ở lô mô hình (lô 2), trọng lượng tử cung khô giảm có ý nghĩa thống kê so với lô chứng sinh học (p < 0,05).

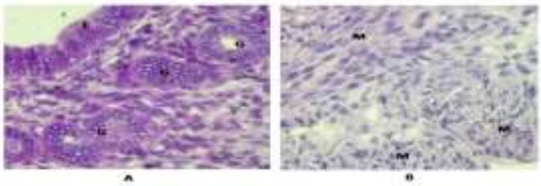
– Lô chuột dùng ethinyl estradiol 0,9mg/kg/ngày và Phytoestrogen ở 2 mức liều 10mg/kg/ngày và 30mg/kg/ngày, làm tăng rõ rệt trọng lượng tử cung khô có ý nghĩa thống kê so với lô mô hình (p < 0,001 và p < 0,01).

– Không có sự khác biệt giữa lô uống Phytoestrogen liều cao (30 mg/kg/ngày) và lô uống Phytoestrogen liều thấp (10 mg/kg/ngày) (p > 0,05).

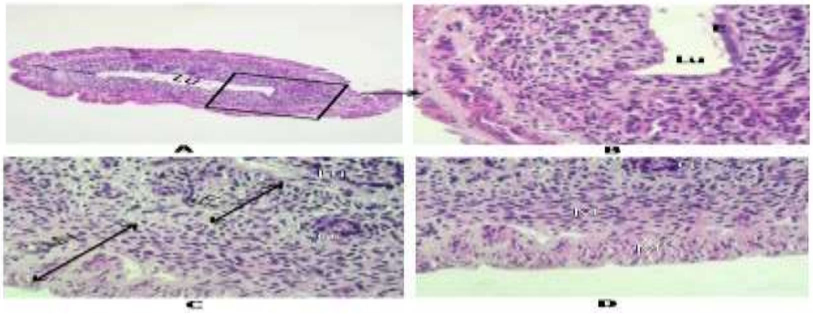
3.2. Thay đổi về mô bệnh học sau 1 tuần uống thuốc



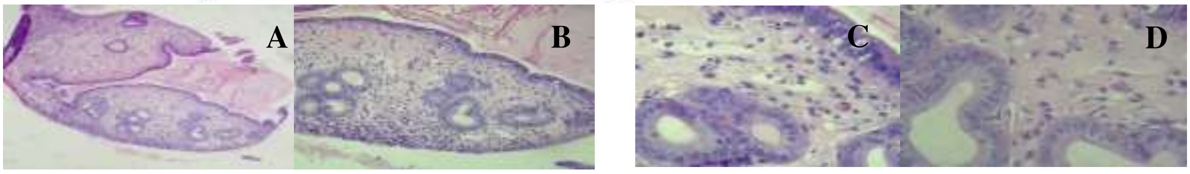
Hình 2.1: Cấu trúc tử cung chuột lô chứng sinh học. *A: Vật kính 4X; B: Vật kính 10X*
En: Tầng niêm mạc My: Tầng cơ



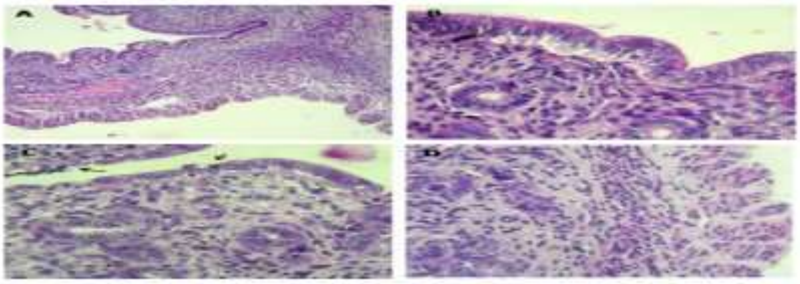
Hình 2.2: Cấu trúc thành tử cung chuột lô chứng sinh học ở vật kính 40X
A: Biểu mô và lớp đệm B: Tầng cơ
G: tuyến dưới niêm mạc; E: biểu mô; M: cơ trơn



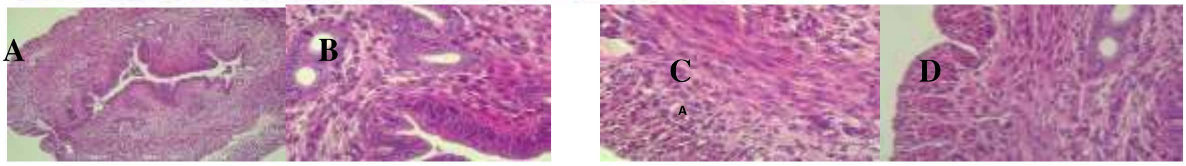
Hình 2.3: Cấu trúc thành tử cung chuột lô mô hình
A: Vật kính 4X B, C, D: Vật kính 10X
Lu: Lòng tử cung; En: Tầng niêm mạc; My: Tầng cơ;G: Tuyến dưới niêm mạc; M: Cơ trơn



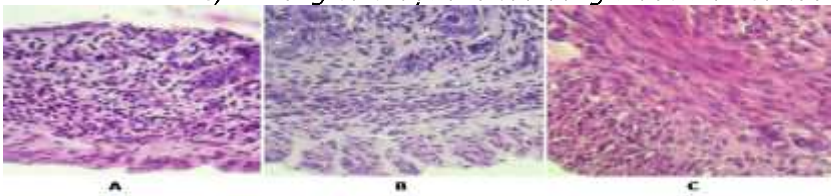
Hình 2.4: Cấu trúc tử cung chuột ở lô uống ethinyl estradiol
A, B: Vật kính 10X; C, D: vật kính 40X;



Hình 2.5: Cấu trúc tử cung chuột ở lô 4 : Phytoestrogen 10 mg/kg
A: Vật kính 10X; B: vật kính 40X; C: vật kính 40X; D: vật kính 40X "→": tế bào biểu mô thoái hóa



Hình 2.6: Cấu trúc thành tử cung chuột dùng thuốc thử liều cao
A, B: Tầng niêm mạc chuột sau dùng thuốc thử liều cao (vật kính 40X)
C, D: Tầng cơ chuột ở lô sau dùng thuốc thử liều cao (vật kính 40X)



Hình 2.7: Cấu trúc thành tử cung chuột *(vật kính 40X)*
A: Lô mô hình B: Lô thuốc thử liều thấp C: Lô thuốc thử liều cao

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này đánh giá hoạt tính estrogen của chế phẩm Phytoestrogen áp dụng theo hướng dẫn của OECD. Đây là một phương pháp thực nghiệm có giá trị và được áp dụng phổ biến để sàng lọc hoạt tính estrogen của các hóa chất hoặc thuốc thử [6].

Điều kiện để thực hiện là nồng độ estrogen nội sinh trong máu chuột cái thấp, trục dưới đồi – tuyến yên – tuyến sinh dục không có khả năng bù trừ thông qua cơ chế feedback, khả năng đáp ứng của mô là cao nhất (ở đây là sự đáp ứng của các cơ quan đích, tức là các cơ quan sinh dục phụ với estrogen) [6]. Do đó, nghiệm pháp này sử dụng chuột nhắt cái sau cắt buồng trứng, việc cắt bỏ buồng trứng ở chuột nhắt cái sẽ giúp loại bỏ sự khác biệt lớn nồng độ estrogen giữa các chuột với nhau, từ đó, làm giảm số lượng chuột để sàng lọc hoạt tính estrogen so với các mô hình khác.

Dưới tác dụng của estrogen, tử cung của chuột đáp ứng tăng sinh nhanh và mạnh. Làm tăng kích thước và khối lượng tử cung, kích thích sự phát triển các tuyến trong nội mạc. Các chỉ số đánh giá trong nghiên cứu là trọng lượng tử cung ướt tương đối, trọng lượng tử cung khô tương đối và hình ảnh mô bệnh học.Trong nghiên cứu này có thể thấy rõ ở các lô chuột dùng ethinyl estradiol – một estrogen tổng hợp dùng đường uống (lô chứng dương), trọng lượng tử cung ướt tương đối và trọng lượng tử cung khô tương đối tăng lên rất rõ. Mô bệnh học có sự cải thiện rõ rệt so với lô mô hình (lô cắt buồng trứng – không dùng thuốc).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, Phytoestrogen đã thể hiện hoạt tính estrogen rõ rệt thông qua việc làm tăng trọng lượng tử cung ướt và khô có ý nghĩa thống kê so với lô mô hình. Trên 2 lô chuột sử dụng thuốc thử Phytoestrogen với 2 mức liều khác nhau 10 mg/kg/ngày và 30 mg/kg/ngày trong 7 ngày liên tục, hình ảnh mô bệnh học tử cung so sánh với lô mô hình có sự khác biệt (lớp biểu mô không có tế bào thoái hóa, tương tự với cấu trúc của tế bào biểu mô lô chứng, lớp dưới niêm mạc các tuyến khá phong phú. Các tế bào biểu mô vuông đơn phủ thành tuyến có nhân hình cầu, sáng màu. Ở tầng cơ: Các sợi cơ trơn phong phú tập hợp thành 2 lớp rất rõ ràng. Lớp trong hướng vòng và lớp ngoài hướng dọc). Do đó, cho thấy vai trò có lợi của Phytoestrogen trong việc cải thiện triệu chứng do thiếu hụt hormon sinh dục estrogen.

Tác dụng của Phytoestrogen trên tử cung chuột là nhờ sự có mặt của các hợp chất phytoestrogens đặc biệt là các isoflavon có trong đậu tương. Phytoestrogens là hợp chất có nguồn gốc từ thực vật có cấu trúc tương tự estrogen. Các phytoestrogens gồm nhiều nhóm khác nhau trong đó isoflavon là nhóm có hoạt tính estrogen mạnh nhất [8]. Cơ chế tác động của phytoestrogens đến nay chưa được hiểu biết rõ ràng song có bằng chứng chỉ ra rằng, phytoestrogens có thể tác động vào receptor của estrogenvà thể hiện các tác dụng tương tự estrogen ở động vật và người [2],[4],[5].

V. KẾT LUẬN

Chế phẩm Phytoestrogen liều 10 mg/kg/ngày uống trong 7 ngày thể hiện hoạt tính estrogen trên mô hình chuột nhắt trắng cái trưởng thành cắt buồng trứng (làm tăng trọng lượng tử cung khô và ướt có ý nghĩa thống kê và cải thiện trên hình thái mô học tử cung).

Chế phẩm phytoestrogen liều 30 mg/kg/ngày uống trong 7 ngày thể hiện hoạt tính estrogen trên mô hình chuột nhắt trắng cái trưởng thành cắt buồng trứng (tăng rõ rệt trọng lượng tử cung ướt, trọng lượng tử cung khô và cải thiện rõ rệt hình thái mô học tử cung tương tự như chuột bình thường ở lô chứng sinh học trên chuột nhắt cái trưởng thành cắt buồng trứng).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Tất Lợi (2015).** *Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam.* Nhà xuất bản Y học, 930.
2. **Adlercreutz H, Mazur W (1997).** Phytoestrogens and western diseases. *Ann Med*, **29,** pp. 95-120.
3. **Christopher Robin, Celine Zimmermann, Serge Nef (2012)**. Soy, phytoestrogens and their impact on reproductive health. *Molecular and Cellular Endocrinology,* **35 (2),** pp. 192-200
4. **Degen GH, Janning P, Deiel P, et al (2002).** Estrogenic isoflavones in rodent diets. *Toxicol Lett*, **128 (1-3),** pp. 145-57.
5. **Ginsburg J, Prelevic GM (2000).** Lack of significant hormonal effects and controlled trials of phytoestrogens. *Lancet*, **355,** pp.163 - 164.
6. **OECD (2007).** Guideline for the testing of chemicals, Uterotrophic Bioassay in Rodents: A short-term screening test for oestrogenic properties.
7. **Teruhiko Tayama (2005).** Phytoestrogens and reproductive biology. *Reproductive Medicine and Biology*, **4(4),** pp**. 225-229.**
8. **Vitale DC, Piazza C, Melilli B, et al (2013).** Isoflavones: estrogenic activity, biological effect and bioavailability**.** *Eur J Drug Metab Pharmacokinetic,* **38(1),** pp.15-25.

THỰC TRẠNG Ô NHIỄM NITRIT, NITRAT VÀ HÓA CHẤT BẢO VỆ THỰC VẬT TRONG MỘT SỐ LOẠI THỰC PHẨM Ở HAI CHỢ ĐẦU MỐI TẠI THÀNH PHỐ THÁI NGUYÊN

Trương Thị Thùy Dương*, Trần Thị Huyền Trang*, Trần Thị Hồng Vân*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng ô nhiễm nitrit, nitrat và hoá chất bảo vệ thực vật trong một số loại thực phẩm ở hai chợ đầu mối tại thành phố Thái Nguyên năm 2018. ***Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:*** Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả, với thiết kế cắt ngang trên 88 mẫu thực phẩm chế biến sẵn (xúc xích, lạp sườn, giò, nem chua) và các loại rau củ (mồng tơi, cần tây, cải thìa, cà chua). Kỹ thuật định tính nitrit, nitrat và hoá chất bảo vệ thực vật được thực hiện bằng bộ test của Bộ Công An và đánh giá theo tiêu chuẩn được quy định của Bộ Y tế. ***Kết quả:*** Tỷ lệ các mẫu xét nghiệm ô nhiễm và vượt quá giới hạn tối đa cho phép với nitrit và nitrat đều cao lần lượt là 30,0% và 45,8%. Các mẫu xét nghiệm ô nhiễm với hoá chất bảo vệ thực vật chiếm tỷ lệ khá cao (41,7%). Tỷ lệ các mẫu ô nhiễm và vượt quá giới hạn cho phép với nitrit và nitrat ở chợ Thái cao hơn chợ Đồng Quang, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê (p > 0,05). ***Khuyến nghị:*** Cần thiết phải tiến hành thêm nhiều nghiên cứu về an toàn thực phẩm đối với các thực phẩm chế biến sẵn cũng như các loại thực phẩm thông dụng, kết hợp truyền thông giáo dục sức khoẻ về an toàn thực phẩm đối với người chế biến và kinh doanh.

Từ khóa: Nitrit, nitrat, hoá chất bảo vệ thực vật, thực phẩm chế biến sẵn, rau củ.

SUMMARY

THE STATUS OF NITRITE, NITRATE AND INSECTICIDES CONTAMINATION IN FOODS OF TWO CENTRAL MARKETS AT THAI NGUYEN CITY

Objectives: Description about the contamination of nitrite, nitrate and insecticides in foods in two Central markets at Thai Nguyen city. **Research subjects and methods:** A cross-sectional study was carried out on 88 samples of ready-to-eat foods (sausage, Chinese sausage, steamed pork roll, fermented pork roll) and vegetables (vine spinach, celery, bok choy, tomato). The study was conducted by technical qualitative using the Ministry of Public Security test kits and evaluated the results according to Ministry of Health. **Results:** The rate of contaminating and exceeding the maximum allowable limits for nitrite and nitrate on ready-to-eat foods was high, accounting for 30.0% and 45.8%, respectively. Samples tested positive for insecticides were high rate of 41.7%. The rate of positive and exceeding the maximum allowable limits for nitrite and nitrate at Thai market was higher than that in Dong Quang market, but the difference wasn't statistically significant (p> 0,05). **Recommendations:** The more studies about safety of ready-to-eat foods as well as common foods need to be carried. The authors have proposed Food Safety programme for producers, trade business by health education and communication.

Key words: Nitrite, nitrate, insecticides, ready-to-eat foods, vegetables.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay vấn đề sử dụng hóa chất trong thực phẩm vẫn đang là mối lo ngại của tất cả chúng ta. Trong số các hóa chất mà người ta dùng để sản xuất, bảo quản thực phẩm thì muối nitrat, muối nitrit và hoá chất bảo vệ thực vật được sử dụng phổ biến. Tuy nhiên nếu hàm lượng của chúng vượt quá tiêu chuẩn cho phép trong thực phẩm sẽ ảnh hưởng nghiêm trọng tới sức khỏe.

Nghiên cứu của Lê Thị Kim Tiến và cộng sự (2012) nhằm phân tích và đánh giá hàm lượng nitrat, nitrit trong một số thực phẩm chế biến lưu hành ở thành phố Huế, kết quả cho thấy tất cả các mẫu phân tích đều dương tính với nitrit và nitrat [4]. Vậy tại thành phố Thái Nguyên tình hình sử dụng nitrit, nitrat trong chế biến và bảo quản thực phẩm cũng như sự tồn dư hóa chất bảo vệ trong một số loại rau quả như thế nào? Cần phải nghiên cứu vấn đề này nhằm đưa ra các giải pháp hợp lý nhằm góp phần đảm bảo an toàn vệ sinh thực phẩm. Thực tế nghiên cứu về việc lạm dụng sử dụng nitrit, nitrat trong thực phẩm và thực phẩm còn tồn dư HCBVTV tại Thái Nguyên còn rất ít. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mô tả thực trạng tồn dư nitrit, nitrat và hoá chất bảo vệ thực vật trong một số loại thực phẩm ở hai chợ đầu mối tại thành phố Thái Nguyên năm 2018, từ đó cung cấp thêm cơ sở để đánh giá chất lượng an toàn vệ sinh trong một số thực phẩm chế biến sẵn và rau củ tại 2 chợ đầu mối.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

+ Thực phẩm chế biến sẵn: xúc xích, lạp sườn, giò, nem chua.

+ Các loại rau củ: mồng tơi, cần tây, cải thìa, cà chua.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Chợ Thái và chợ Đồng Quang,

**Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên*
Chịu trách nhiệm chính: Trương Thị Thùy Dương
Email: *thuyduongydtn@gmail.com*
Ngày nhận bài: 4.10.2018
Ngày phản biện khoa học: 23.11.2018
Ngày duyệt bài: 28.11.2018

Thành phố Thái Nguyên.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 3 đến tháng 8 năm 2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp và thiết kế nghiên cứu: *Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả, thiết kế cắt ngang.*

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu: Chủ đích chọn 88 mẫu.

Phương pháp chọn mẫu: Thành phố Thái Nguyên có hai chợ chợ đầu mối lớn, do vậy chúng tôi chia đều số mẫu, mỗi chợ 44 mẫu. Tại mỗi chợ chúng tôi lấy 4 loại thực phẩm ăn sẵn (xúc xích, lạp sườn, giò, nem chua) và 4 loại rau củ (mồng tơi, cần tây, cải thìa, cà chua); Với mỗi loại thực phẩm chúng tôi lấy 5 mẫu để xét nghiệm nitrit, 3 mẫu để nghiệm nitrat và 3 mẫu để xét nghiệm tồn dư hóa chất bảo vệ thực vật. Tổng mẫu xét nghiệm nitrit ở mỗi chợ là 12 mẫu, nitrat là 6 mẫu, hóa chất bảo vệ thực vật là 6 mẫu.

2.2.3. Chỉ số nghiên cứu

+ Số lượng mẫu dương tính và vượt quá giới hạn tối đa cho phép của nitrit, nitrat trong một số loại thực phẩm chế biến sẵn.

+ Số lượng mẫu dương tính với hóa chất bảo vệ thực vật trong một số loại rau củ.

2.2.4. Tiêu chuẩn đánh giá chỉ số nghiên cứu

**Với mẫu xét nghiệm nitrit:* - Nếu sau 5 phút dung dịch chuyển màu hồng giống như vạch mẫu chuẩn trên tem hoặc nhạt hơn: lượng nitrit thấp hơn mức cho phép (theo tiêu chuẩn của WHO).

- Nếu dung dịch chuyển màu hồng đậm hơn vạch màu chuẩn trên tem: lượng nitrit cao hơn mức cho phép (tức là > 150 mg/kg thực phẩm theo tiêu chuẩn của WHO).

**Với mẫu xét nghiệm nitrat:*

- Nếu màu xanh đen xuất hiện ngay lập tức, trong vòng 1 phút đã rõ nét, ổn định hoàn toàn thì hàm lượng Nitrat có trong mẫu cao hơn 500 mg/kg, vượt mức tối đa cho phép hiện nay (theo tiêu chuẩn của WHO).

- Nếu màu xanh đen xuất hiện sau 3 - 4 phút và sau 8 - 9 phút mới rõ nét và ổn định hoàn toàn thì hàm lượng Nitrat có trong mẫu khoảng 500mg/kg, là mức tối đa cho phép hiện nay (theo tiêu chuẩn của WHO).

- Nếu màu xanh đen xuất hiện sau 7 - 8 phút và sau 25 - 30 phút mới rõ nét và ổn định hoàn toàn thì hàm lượng Nitrat có trong mẫu nhỏ hơn 500 mg/kg, nhỏ hơn mức tối đa cho phép hiện nay (theo tiêu chuẩn của WHO).

**Với mẫu xét nghiệm hóa chất bảo vệ thực vật:*

- Mẫu thực phẩm được đánh giá là dương tính với hóa chất bảo vệ thực vật nếu trong vòng 4 phút giấy thử vẫn giữ màu xanh.

- Mẫu thực phẩm được đánh giá là âm tính với hóa chất bảo vệ thực vật nếu nếu sau 4 phút giấy thử có màu trắng.

2.2.5. Kỹ thuật thu thập và xét nghiệm mẫu thực phẩm: Lấy mẫu một số thực phẩm chế biến sẵn và rau quả ở chợ theo quy trình của Bộ Y tế. Kỹ thuật định tính nitrit, nitrat và hoá chất bảo vệ thực vật bằng bộ test của Bộ Công An, tại phòng xét nghiệm của bộ môn Dinh Dưỡng và An toàn vệ sinh thực phẩm - Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.

2.2.6. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch, nhập trên phần mềm Epi Data 3.1 và xử lý trên phần mềm SPSS 22.0 với test thống kê thích hợp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Thông tin chung thực phẩm được nghiên cứu

Địa điểm / Mẫu thực phẩm	Chợ Thái (SL = 44)	Chợ Đồng Quang (SL= 44)
Xúc xích	8	8
Lạp sườn	8	8
Giò	8	8
Nem chua	8	8
Mồng tơi	3	3
Cà chua	3	3
Cần tây	3	3
Cải thìa	3	3
Tổng số	**44**	**44**

Nhận xét: 4 loại thực phẩm được lấy mẫu xét nghiệm để tiến hành kỹ thuật định tính nitrit, nitrat là xúc xích, lạp sườn, giò và nem chua. Mỗi loại thực phẩm lấy 8 mẫu ở mỗi chợ. 4 loại thực phẩm được lấy mẫu xét nghiệm để tiến hành kỹ thuật định tính hoá chất bảo vệ thực vật là rau mồng tơi, cà chua, cần tây và cải thìa. Mỗi loại thực phẩm lấy 3 mẫu mỗi chợ.

Bảng 3.2. Kết quả xét nghiệm dương tính và vượt qua giới hạn tối đa cho phép với nitrit trong một số thực phẩm ở chợ Thái và chợ Đồng Quang

Địa điểm lấy mẫu / Mẫu thực phẩm	Chợ Thái (SL= 20)		Chợ Đồng Quang (SL= 20)	
	SL	%	SL	%
Xúc xích	01	20,0	01	20,0
Lạp sườn	01	20,0	01	20,0

Giò	02	40,0	01	20,0
Nem chua	03	60,0	02	40,0
Tổng số	**07**	**35,0**	**05**	**25,0**

Nhận xét: Tỷ lệ các mẫu xét nghiệm dương tính và vượt quá giới hạn tối đa cho phép với nitrit ở chợ Thái và chợ Đồng Quang đều cao. Trong đó, nitrit có trong xúc xích và lạp sườn chiếm tỷ lệ 20,0%, trong thực phẩm giò có từ 20,0% đến 40,0%, trong nem chua có từ 40,0% đến 60,0%.

Bảng 3.3. Kết quả xét nghiệm dương tính và vượt quá giới hạn tối đa cho phép với nitrat trong một số thực phẩm ở chợ Thái và chợ Đồng Quang

Địa điểm lấy mẫu / **Mẫu thực phẩm**	**Chợ Thái (SL=12)**		**Chợ Đồng Quang (SL= 12)**	
	SL	**%**	**SL**	**%**
Xúc xích	01	33,3	01	33,3
Lạp sườn	01	33,3	01	33,3
Giò	02	66,7	01	33,3
Nem chua	02	66,7	02	66,7
Tổng số	**06**	**50,0**	**05**	**41,7**

Nhận xét: Kết quả bảng 3.3 cho thấy, tỷ lệ các mẫu xét nghiệm dương tính và vượt quá giới hạn tối đa cho phép với nitrat đều chiếm tỷ lệ cao ở chợ Thái và chợ Đồng Quang. Trong đó, nitrat có trong thực phẩm xúc xích và lạp sườn đều chiếm tỷ lệ 33,3% ở cả 2 chợ. Nitrat dương tính và vượt quá giới hạn tối đa cho phép trong thực phẩm giò tại chợ Thái và chợ Đồng Quang chiếm tỷ lệ lần lượt là 66,7% và 33,3%. Tỷ lệ dương tính cao nhất với nitrat được tìm thấy ở nem chua (66,7%).

Bảng 3.4. Kết quả xét nghiệm tồn dư hóa chất bảo vệ thực vật trong một số loại thực phẩm tại chợ Thái và chợ Đồng Quang

Địa điểm lấy mẫu / **Mẫu thực phẩm**	**Chợ Thái (SL=12)**		**Chợ Đồng Quang (SL= 12)**	
	SL	**%**	**SL**	**%**
Mồng tơi	01	33,3	02	66,7
Cần tây	01	33,3	01	33,3
Cải thìa	02	66,7	01	33,3
Cà chua	01	33,3	01	33,3
Tổng số	**05**	**41,7**	**05**	**41,7**

Nhận xét: Kết quả phân tích tồn dư hoá chất bảo vệ thực vật của 24 mẫu rau các loại (gồm 06 mẫu rau mồng tơi, 06 mẫu rau cần tây, 06 mẫu rau cải thìa và 06 mẫu cà chua) cho thấy, số mẫu rau mồng tơi và cải thìa phát hiện dư lượng hoá chất bảo vệ thực vật chiếm tỷ lệ từ 33,3% đến 66,7%. Tỷ lệ số mẫu rau cần tây và cà chua dương tính với hoá chất bảo vệ thực vật là 33,3% ở cả hai chợ.

Bảng 3.5. Kết quả nghiên cứu nitrit, nitrat và tồn dư hoá chất bảo vệ thực vật trong một số loại thực phẩm tại hai chợ

Địa điểm lấy mẫu / **Mẫu thực phẩm**	**Chợ Thái**[1] (*SL mẫu nitrit = 20, SL mẫu nitrat = 12, SL mẫu HCBVTP = 12)*		**Chợ Đồng Quang**[2] (*SL mẫu nitrit = 20, SL mẫu nitrat = 12, SL mẫu HCBVTP = 12)*		**Chung** (*SL mẫu nitrit = 40, SL mẫu nitrat = 24, SL mẫu HCBVTP = 24)*		$p_{1,2}$
	SL	**%**	**SL**	**%**	**SL**	**%**	
Nitrit*	07	35,0	05	25,0	12	30,0	p > 0,05
Nitrat*	06	50,0	05	41,7	11	45,8	p > 0,05
Tồn dư HCBVTV**	05	41,7	05	41,7	10	41,7	p > 0,05

***Dương tính với mẫu xét nghiệm tồn dư hóa chất bảo vệ thực vật.*
**Dương tính và vượt quá giới hạn tối đa cho phép với nitrit và nitrat.*

Nhận xét: Kết quả bảng 3.5 cho thấy, tỷ lệ chung các mẫu nghiên cứu dương tính và vượt quá giới hạn tối đa cho phép với nitrit và nitrat đều cao, với tỷ lệ tương ứng lần lượt là 30,0% và 45,8%; 41,7% số mẫu nghiên cứu dương tính với hoá chất bảo vệ thực vật. Trong đó, tỷ lệ các mẫu xét nghiệm dương tính và vượt quá giới hạn tối đa cho phép với nitrit và nitrat ở chợ Thái cao hơn chợ Đồng Quang, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Tỷ lệ các mẫu xét nghiệm tồn dư với hoá chất bảo vệ thực vật ở cả hai chợ là tương đương nhau (41,7%).

IV. BÀN LUẬN

Theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Chí Công và cộng sự (2016) cho thấy có tới 45,6%

sản phẩm thực phẩm tỉnh An Giang có sử dụng chất phụ gia trong quá trình sản xuất, bảo quản và vận chuyển [5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, có tới 30% mẫu xét nghiệm dương tính và vượt quá giới hạn tối đa cho phép với nitrit, 45,8% mẫu thực phẩm dương tính và vượt quá giới hạn tối đa cho phép đối với nitrat. Kết quả nghiên cứu của một số tác giả trong nước cũng cho thấy tỷ lệ cao thực phẩm dương tính với nitrit, nitrat như nghiên cứu của chúng tôi. Nghiên cứu của Lê Thị Kim Tiến và cộng sự (2012) nhằm phân tích và đánh giá hàm lượng nitrat, nitrit trong một số thực phẩm chế biến lưu hành ở thành phố Huế, kết quả phân tích 9 mẫu xúc xích bò Vissan, 9 mẫu lạp sườn Vissan và 9 mẫu thịt ba rọi xông khói Le Gourmet qua 3 đợt lấy mẫu của nghiên cứu cho thấy tất cả các mẫu phân tích đều dương tính với nitrit và nitrat, với hàm lượng nitrat và nitrit khác nhau đáng kể qua các lần lấy mẫu [4], nhưng vẫn nằm trong giới hạn cho phép của Bộ Y tế quy định [1]. Kết quả nghiên cứu của tác giả Trương Thị Kim Lai (2009) tại hai địa điểm là siêu thị Coop mark quận 9 và chợ đầu mối nông sản Thủ Đức, thành phố Hồ Chí Minh trên các mẫu thịt và sản phẩm từ thịt (xúc xích Việt Hương, nem Vissan, nem Việt Hương, thịt xông khói Vissan, thịt xông khỏi Việt Hương) cho thấy: Hàm lượng nitrit trong sản phẩm thịt chế biến cao hơn trong thịt tươi, tuy nhiên vẫn nằm trong ngưỡng cho phép khi so sánh với tiêu chuẩn việt nam. Hàm lượng nitrit trong mẫu thịt bò dao động từ 456 đến 1343 μg/kg, thấp hơn so với hàm lượng nitrit trong mẫu nem chua Visan (1596 μg/kg), thịt xông khói Việt Hương (2231 μg/kg), nem chua Việt Hương (4259 μg/kg), xúc xích Heo (4259 μg/kg) [6]. Tuy nhiên điểm khác biệt ở các nghiên cứu trên so với nghiên cứu của chúng tôi là các mẫu thực phẩm chế biến sẵn xét nghiệm đều là các mẫu được đóng gói bao bì sẵn, trong khi nghên cứu của chúng tôi các mẫu thực phẩm xét nghiệm là thực phẩm do người chế biến tự sản xuất.

Kết quả xét nghiệm với tồn dư hoá chất bảo vệ thực vật cho thấy tỷ lệ cao thực phẩm dương tính với hoá chất bảo vệ thực vật (41,7%), trong đó mồng tơi và cải thìa là hai loại thực phẩm có tỷ lệ dương tính cao nhất. Kết quả nghiên cứu xác định dư lượng thuốc bảo vệ thực vật trong rau do nông dân Hà Nội sản xuất của Hoàng Hà (2009) thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi, có 39,29% mẫu rau phát hiện có dư lượng thuốc bảo vệ thực vật, trong đó cải xanh và đậu đũa chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ tương ứng là 43,8% và 62,5%, kết quả phân tích của nghiên cứu còn chỉ ra 02/16 mẫu rau cải xanh có dư lượng HCBVTV vượt quá dư lượng cho phép từ 5,1 đến 13 lần [3]. Ngoài ra nghiên cứu còn tiến hành lấy mẫu rau bán tại các siêu thị, cửa hàng, chợ trên địa bàn Hà Nội có nguồn gốc từ các tỉnh khác, kết quả phân tích cho thấy 56,6% số mẫu dương tính với HCBVTV, chiếm tỷ lệ dương tính cao nhất là cải xanh (88,9%), tiếp đến là cà chua (50%), cải bắp (44,5%) [3]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Bùi Lân (2013) thực hiện tại Khánh Hoà với tỷ lệ 55,45% mẫu rau xét nghiệm có dương tính với HCBVTV, trong đó 19,09% mẫu rau vượt quá mức giới hạn tối đa cho phép và 36,36% mẫu rau chưa vượt mức dư lượng tối đa cho phép. Mẫu rau có dư lượng HCBVTV vượt quá giới hạn cho phép là rau cải xanh (28,6%), rau ngót (23,8%), rau xà lách (23,8%) cải thảo (14,3%), bắp cải và rau muống (9,5%), chưa phát hiện mẫu rau mồng tơi nào dương tính với HCBVTV [2].

Qua kết quả nghiên cứu cho thấy, tình trạng sử dụng nitrit, nitrat và HVBVTV trong một số loại thực phẩm còn khá phổ biến ở Thái Nguyên cũng như nhiều địa phương khác. Đây là vấn đề rất đáng lo ngại, do đó việc tăng cường các công tác tuyên truyền, phổ biến sâu rộng các kiến thức, thực hành về sử dụng thực phẩm, phụ gia thực phẩm và các hoá chất bảo vệ thực phẩm một cách an toàn, đảm bảo sức khoẻ cho người tiêu dùng là hết sức cần thiết.

V. KẾT LUẬN

- Các mẫu xét nghiệm dương tính và vượt quá giới hạn tối đa cho phép với nitrit và nitrat chiếm tỷ lệ cao, lần lượt là 30,0% và 45,8%.
- Tỷ lệ cao các mẫu xét nghiệm dương tính với hoá chất bảo vệ thực vật chiếm 41,7%.
- Tỷ lệ các mẫu xét nghiệm dương tính và vượt quá giới hạn tối đa cho phép với nitrit và nitrat ở chợ Thái cao hơn chợ Đồng Quang. Tỷ lệ mẫu xét nghiệm tồn dư với hoá chất bảo vệ thực vật ở hai chợ là tương đương nhau với tỷ lệ 41,7%.

Khuyến nghị: Cần tích cực tuyên truyền, khuyến khích người dân sản xuất và sử dụng rau quả sạch, chế biến thực phẩm đảm bảo an toàn vệ sinh. Cần tăng cường công tác quản lý An toàn vệ sinh thực phẩm, truyền thông và phổ biến sâu rộng về tác hại của tồn dư nitrit, nitrat và hoá chất bảo vệ thực vật đối với sức khoẻ, từ đó nâng cao hiểu biết, ý thức của người dân trong chế biến và bảo quản thực phẩm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, quyết định số 3742/2001/QĐ-BYT, *Quyết định của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban*

hành "Quy định danh mục các chất phụ gia được phép sử dụng trong thực phẩm".

2. **Bùi Lân (2013),** "Đánh giá thực trạng dư lượng thuốc bảo vệ thực vật, phân bón của rau trên địa bàn tỉnh Khánh Hoà và giải pháp hạn chế", *Luận văn thạc sỹ, trường Đại học Nha Trang.*
3. **Hoàng Hà (2009),** "Thực trạng dư lượng thuốc bảo vệ thực vật trong một số loại rau trên địa bàn Hà Nội và đề xuất một số giải pháp quản lý thuốc bảo vệ thực vật*", Luận văn thạc sỹ, trường Đại học Nông Nghiệp Hà Nội.*
4. **Lê Thị Kim Tiến, Nguyễn Văn Ly (2012),** "Phân tích và đánh giá hàm lượng nitrat, nitrit trong một số loại thực phẩm chế biến lưu hành ở thành phố Huế", *Tạp chí Khoa học*, Đại học Huế, tập 74B, số 5, tr 185-191.
5. **Nguyễn Chí Công, Nguyễn Thị Mỹ Duyên (2016),** "Đánh giá thực trạng, việc sử dụng phụ gia trong thực phẩm trên địa bàn tỉnh An Giang năm 2015-2016", *Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm,* tập 12, số 6 (1), tr 85-89.
6. **Trương Thị Kim Lai, Lý Minh thơ (2009),** "Xác định hàm lượng nitrit trong thịt", *Báo cáo nghiên cứu khoa học,* trường Đại học sư phạm kỹ thuật thành phố Hồ Chí Minh.

THỰC TRẠNG NGHIÊN CỨU KHOA HỌC TẠI MỘT SỐ CƠ SỞ NGHIÊN CỨU LĨNH VỰC SỨC KHỎE TẠI VIỆT NAM

Nguyễn Đức Thành[1], Vũ Thị Hoàng Lan[2], Bùi Thị Thu Hà[2], Bùi Tú Quyên[2], Nguyễn Thị Kim Ngân[2]

TÓM TẮT

Nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu rà soát thực trạng quản lý và tiến hành NCKH trong 3 lĩnh vực Lâm sàng, Dược, và YTCC tại Việt Nam năm 2016-2017 nhằm cung cấp số liệu cho các chính sách đẩy mạnh chất lượng và ứng dụng thực tiễn của NCKH trong lĩnh vực sức khỏe. Nghiên cứu áp dụng thiết kế cắt ngang, tiến hành tại 6 tỉnh, đại diện cho 3 miền Bắc, Trung, Nam Mẫu nghiên cứu bao gồm cả đơn vị quản lý nghiên cứu và các đơn vị tiến hành nghiên cứu. Tổng số có 24 cơ sở/đơn vị quản lý và tiến hành nghiên cứu và 584 nghiên cứu viên tham gia nghiên cứu. Kết quả nghiên cứu cho thấy hầu hết các đơn vị đều có quy trình kiểm soát chất lượng nghiên cứu khoa học (83,3%), tuy nhiên quy trình của các đơn vị có khác nhau. Trung bình số đề tài ở các đơn vị là 2,4 đề tài/đối tượng; trung bình số đề tài tham gia với vai tròchủ nhiệm/nghiên cứu viên chính là 0,8 và 0,7 đề tài/đối tượng; Trung bình số bài báo là 6,3 bài báo/đối tượng, trong đó 1,5 bài báo đứng tên đầu. Nghiên cứu cho thấy quy trình kiểm soát chất lượng NCKH chưa đồng bộ ở các cơ sở nghiên cứu trong lĩnh vực sức khỏe. Số lượng và chất lượng NCKH cũng khác biệt rõ rệt giữa các sở sở nghiên cứu và giữa các nhà nghiên cứu trong cùng cơ sở nghiên cứu

Từ khóa: *Nghiên cứu khoa học, Khoa học sức khỏe, xuất bản phẩm, kiểm soát chất lượng.*

SUMMARY

CURRENT SCIENTIFIC RESEARCHS IN A HEALTH AND MEDICAL INSTITUTIONS IN VIET NAM

This research aims to review reviewing the situation of management and implementation of research in the three areas of Clinical, Pharmaceutical and Public Health in Vietnam in 2016-2017 to provide data for research promotion policies. and practical application of scientific research in the field of health. Cross-sectional design studies were conducted in six provinces, representing the three areas of Vietnam, northern, central and southern provinces. A total of 24 facilities/units managed and conducted research and 584 researchers participated in the study. The results show that most of the units have scientific quality control procedures (83.3%), but the process of the units is different. Average number of research per participants is 2.4; On average, the average number of research in which participants act as principal investigator/senior researcher is 0.8 and 0.7; The average number of publications is 6.3 articles per subject, average number of first-author article is 1,5. Research shows that the process of controlling quality of research is not synchronized in research institutes in the field of health. The quantity and quality of research also varies significantly among institutions and among researchers in the same institution.

Keywords: *publication, research quality, quality assurance, health research.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mỗi quốc gia, dù trong giai đoạn phát triển nào, đều phải theo đuổi nghiên cứu chất lượng cao trong điều kiện kinh tế cho phép. Khái niệm chất lượng nghiên cứu khoa học (NCKH) vẫn rất trừu tượng và không được thống nhất ở các lĩnh vực nghiên cứu và các bối cảnh khác nhau[1,2]. Trên Thế giới, chất lượng công trình nghiên cứu thường được đánh giá thông qua số lượng ấn phẩm khoa học được công bố trên các tập san khoa học Quốc tế có hệ thống bình duyệt (peer reviewed journals) và chất lượng của chúng. Trong những năm gần đây, NCKH của Việt Nam có nhiều chuyển biến tích cực như nhiều nghiên cứu hơn, số lượng bài báo đăng trên các tạp chí

[1]Bộ Y tế
[2]Trường Đại học Y tế công cộng
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Thành
Email: nguyenthanh03@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.10.2018
Ngày phản biện khoa học: 23.11.2018
Ngày duyệt bài: 28.11.2018

quốc tế tăng lên; hợp tác nghiên cứu trong và ngoài nước cũng được tăng cường. Tính tổng số công bố quốc tế trong giai đoạn 2011-2015, Việt Nam xếp thứ 59 trên thế giới (so với thứ 66 trong giai đoạn 2006-2010 và thứ 73 giai đoạn 2001-2005) và thứ 4 của Đông Nam Á, sau Singapore (thứ 32 thế giới), Malaysia (thứ 38) và Thái Lan (thứ 43)[3, 4]. Tuy nhiên, so với các nước Đông Nam Á thì số bài báo của Việt Nam chỉ cao hơn Indonesia và Philippines, thấp hơn nhiều so với các nước khác; chỉ bằng 15% số bài của Singapore, 28% của Thái Lan trong cùng thời gian [5].

NCKH trong lĩnh vực sức khỏe có tầm quan trọng rất lớn. Thực tế đã chứng minh ứng dụng của nghiên cứu trong việc phát triển kiến thức chuyên môn, nâng cao và sự an toàn của các dịch vụ chăm sóc, đẩy mạnh thực hành dựa vào bằng chứng, hay tăng cường hiệu quả chi phí trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe. Tuy nhiên, hiện tại chưa có các nghiên cứu cung cấp số liệu về thực trạng NCKH trong lĩnh vực cụ thể này. Nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu rà soát thực trạng chất lượng NCKH trong 3 lĩnh vực Lâm sàng, Dược, và YTCC tại Việt Nam năm 2016-2017 nhằm cung cấp số liệu cho các chính sách đẩy mạnh chất lượng và ứng dụng thực tiễn của NCKHtrong lĩnh vực sức khỏe.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu áp dụng thiết kế cắt ngang, sử dụng bảng kiểm và phiếu phỏng vấn để thu thập các thông tin về hoạt động quản lý NCKH tại các cơ sở và hoạt động NCKH trong nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu trong 3 lĩnh vực: lâm sàng, Dược, và Y tế công cộng (YTCC). Nghiên cứu được tiến hành tại 6 tỉnh, đại diện cho 3 miền Bắc, Trung, Nam Mẫu nghiên cứu bao gồm cả đơn vị quản lý nghiên cứu (Sở y tế, Sở Khoa học công nghệ) và các đơn vị tiến hành nghiên cứu (Bệnh viện, Viện nghiên cứu, Trường Đại học). Tổng số có 24 cơ sở/đơn vị quản lý và tiến hành nghiên cứu và 584 nghiên cứu viên tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu được sự đồng ý của Hội đồng Đạo đức Trường ĐH YTCC.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu: Thông tin chung của 584 đối tượng trong nghiên cứu được trình bày trong bảng 1. Trong nghiên cứu này chủ yếu các đối tượng đến từ các trường đại học (chiếm khoảng 50%), tiếp theo là các nghiên cứu viên đến từ các bệnh viện (khoảng 32%), số các đối tượng đến từ các sở, viện nghiên cứu chiếm tỷ lệ không nhiều (chỉ khoảng 18%). Trong nghiên cứu, chủ yếu các đối tượng trả lời có trình độ thạc sỹ (chiếm 56,2%), tiếp theo là tiến sỹ (26,5%), số đối tượng đạt trình độ đại học chỉ chiếm tỷ lệ nhỏ (16,4%). Nam giới là thạc sỹ chiếm tỷ lệ nhiều hơn nữ giới (61,8% và 52,8%) trong khi ở trình độ đại học và tiến sỹ, tỷ lệ nữ giới trong nghiên cứu này cao hơn so với nam giới. Có đến hơn 90% đối tượng chưa được phong học hàm, còn lại chỉ có khoảng 8% có học hàm phó giáo sư và khoảng 0,5% có học hàm giáo sư tham gia nghiên cứu. Trong số những người trả lời, có khoảng 3,5% là lãnh đạo các cơ quan/đơn vị, khoảng 20% là các trưởng khoa/bộ môn, tỷ lệ đối tượng tham gia là trưởng phòng hoặc đảm nhiệm chức vụ quản lý NCKH lần lượt là 6,7% và 1,7%.

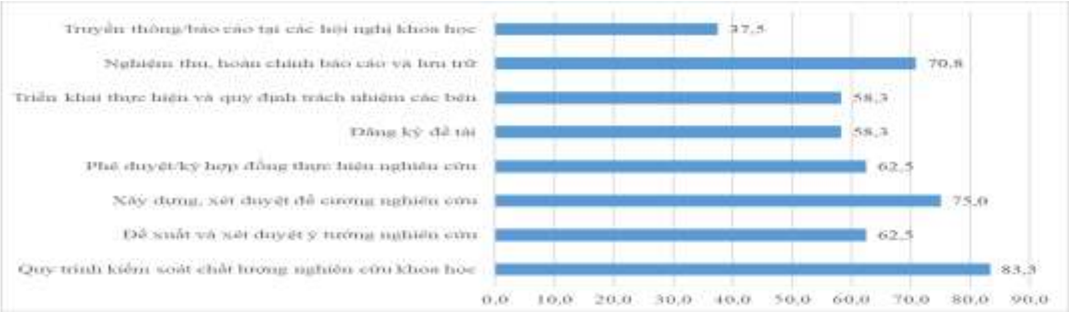
Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Nữ (318; 54,5%) n (%)	Nam (259; 44,3%) n (%)	Tổng 584 n (%)
Loại cơ sở : Trường Đại học	143 (45,0)	135 (52,1)	284 (48,6)
Sở Y tế	22 (6,9)	18 (6,9)	40 (6,8)
Sở KHCN	3 (0,9)	3 (1,2)	6 (1,0)
Bệnh viện	117 (36,8)	68 (26,3)	186 (31,8)
Viện Pasteur	17 (5,3)	17 (6,6)	34 (5,8)
Khác	16 (5,0)	18 (6,9)	34 (5,8)
Lĩnh vực nghiên cứu chính: Lâm sàng	167 (62,5)	89 (42,8)	257 (53,3)
Dược	59 (24,8)	58 (29,3)	123 (27,8)
Y tế công cộng	80 (31,7)	88 (40,4)	168 (35,2)
Học vị cao nhất: Đại học	60 (18,9)	35 (13,5)	96 (16,4)
Thạc sỹ	168 (52,8)	160 (61,8)	328 (56,2)
Tiến sỹ	90 (28,3)	59 (22,8)	155 (26,5)
Nghiên cứu sinh	0 (0,0)	5 (1,9)	5 (0,9)
Học hàm hiện nay: Giáo sư	3 (1,0)	0 (0,0)	3 (0,6)
Phó giáo sư	20 (6,9)	18 (7,9)	40 (7,6)
Chưa được phong học hàm	268 (92,1)	211 (92,1)	484 (91,8)

Chức vụ của đối tượng			
Lãnh đạo cơ quan/đơn vị	13 (5,3)	3 (1,4)	16 (3,4)
Trưởng khoa/bộ môn	59 (23,3)	36 (16,4)	95 (19,8)
Trưởng phòng	15 (6,0)	17 (7,6)	32 (6,7)
Quản lý NCKH	3 (1,2)	5 (2,3)	8 (1,7)

Thực trạng quản lý chất lượng nghiên cứu khoa học ở các cơ sở nghiên cứu trong mẫu điều tra

Các đơn vị tham gia cung cấp thông tin đều được phỏng vấn về các bước cụ thể có trong quy trình quản lý chất lượng NCKH hiện có tại đây. Kết quả tại biểu đồ 1 cho thấy hầu hết các đơn vị đều có quy trình kiểm soát chất lượng nghiên cứu khoa học (83,3%), tuy nhiên không phải các quy trình của các đơn vị đều có đầy đủ các bước như nhau. Cụ thể, các bước: xây dựng, xét duyệt đề cương nghiên cứu, cũng như nghiệm thu, hoàn chỉnh báo cáo và lưu trữ là hai bước có tỷ lệ xuất hiện ở các đơn vị nhiều nhất (lần lượt 75,0% và 70,8%). Tiếp đến là các bước: đề xuất và xét duyệt ý tưởng nghiên cứu và phê duyệt/ký hợp đồng thực hiện nghiên cứu (cùng chiếm tỷ lệ 62,5%). Việc truyền thông/báo cáo tại các hội nghị khoa học là bước có tỷ lệ xuất hiện thấp nhất trong quy trình quản lý chất lượng NCKH tại các đơn vị (chỉ có 37,5% tổng số đơn vị có bước quản lý này).



Biểu đồ1. Thực trạng các bước quản lý chất lượng NCKH tại các cơ sở được điều tra

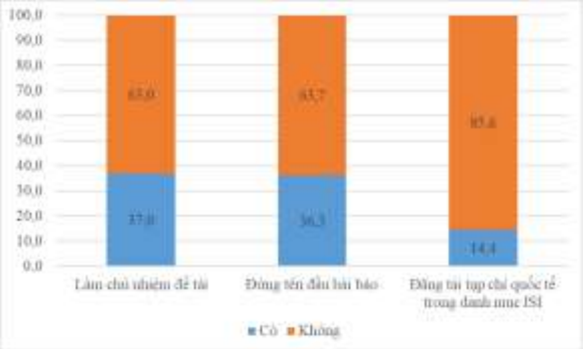
Thực trạng hoạt động nghiên cứu khoa học tại các đơn vị nghiên cứu: Bảng 2 trình bày thực trạng hoạt động NCKH tại tất cả các cơ sở trong mẫu nghiên cứu. Trung bình số đề tài (của cả 4 cấp: cơ sở, Thành phố, Bộ, Nhà nước) được thực hiện ở các đơn vị là 2.4 đề tài/đối tượng (độ lệch chuẩn 4,5), trong đó trung vị số đề tài là 0 đề tài/đối tượng. Trung bình số đề tài tham gia với vai trò: chủ nhiệm/ nghiên cứu viên chính/nghiên cứu viên của mỗi đối tượng đều thấp hơn 1, lần lượt là 0,8, 0,7 và 0,9 đề tài/đối tượng. Trung bình số bài báo trên mỗi đối tượng trong nghiên cứu này là 6,3 bài báo/đối tượng, trong đó chỉ có 1,5 bài báo được đứng tên đầu/đối tượng, số bài báo đăng trên tạp chí quốc tế trong danh mục ISI chỉ là 0,5 bài báo/đối tượng.

Bảng 2. Thực trạng hoạt động nghiên cứu khoa học chung tại các đơn vị nghiên cứu (n=584)

Đặc điểm	Trung bình (độ lệch chuẩn)	Trung vị	Giá trị nhỏ nhất – lớn nhất
Tổng số đề tài đã thực hiện ở 4 cấp (cơ sở, TP, Bộ, Nhà nước)	2,4 (4,5)	0	0 – 43
Tổng số đề tài tham gia với vai trò chủ nhiệm	0,8 (1,6)	0	0 – 12
Tổng số đề tài tham gia với vai trò nghiên cứu viên chính	0,7 (2,1)	0	0 – 29
Tổng số đề tài tham gia với vai trò nghiên cứu viên	0,9 (2,4)	0	0 – 17
Tổng số bài báo đã thực hiện	6,3 (10,3)	2	0 – 58
Trong đó, số bài báo: *Đứng tên đầu*	1,5 (4,5)	0	0 – 65
Đăng trên tạp chí quốc tế trong danh mục ISI	0,5 (1,8)	0	0 – 13
Đăng trên tạp chí quốc tế không có trong danh mục ISI	0,1 (0,5)	0	0 – 7

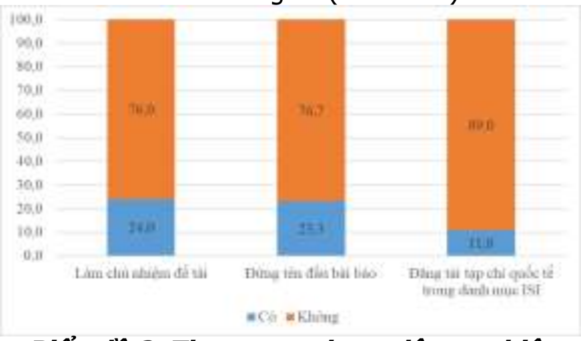
Xét riêng trong các trường đại học, trung bình số đề tài tham gia với vai trò chủ nhiệm trên mỗi đối tượng nghiên cứu là 1 đề tài (±1,8). Trung bình số đề tài mà các đối tượng tham gia với vai trò nghiên cứu viên chính hoặc nghiên cứu viên đều chỉ khoảng 0,7 đề tài/cá nhân. Số bài báo trung bình đã được thực hiện bởi các đối tượng đến từ trường đại học là 9 bài, trong đó có khoảng 1,9 bài đứng tên đầu/cá nhân, trung bình số bài báo đăng trên tạp chí quốc tế trong danh mục ISI vào khoảng 1 bài/2 cá nhân. Có đến hơn 1/3 tổng số đối tượng đến từ các

trường đại học đã từng làm chủ nhiệm đề tài NCKH, tỷ lệ tương tự với việc đứng tên đầu các bài báo (36,3%). Tỷ lệ các đối tượng từ trường đại học có đăng tải trên các tạp chí quốc tế trong danh mục ISI là 14,4% (Biểu đồ 2).



Biểu đồ 2. Thực trạng hoạt động nghiên cứu khoa học tại các cơ sở nghiên cứu là trường Đại học (n=284)

Với đối tượng nghiên cứutừ các viện nghiên cứu/bệnh viện, họ chủ yếu tham gia các nghiên cứu với vai trò nghiên cứu viên (1,1 đề tài/cá nhân), trung bình số lượng đề tài mà họ tham gia với vai trò chủ nhiệm hoặc nghiên cứu viên chính đều chỉ khoảng 0,6 đề tài/cá nhân. Số bài báo được thực hiện bởi các cá nhân từ các viện nghiên cứu/bệnh viện cũng thấp hơn so với các trường đại học, chỉ khoảng 3,7 bài/cá nhân. Trong đó có 1,1 bài/cá nhân có đứng tên đầu, số bài báo đăng trên tạp chí quốc tế trong danh mục ISI chỉ khoảng 2 bài trên mỗi 5 cá nhân. Trong tổng số 300 cá nhân đến từ các viện nghiên cứu/bệnh viện, tỷ lệ đối tượng đã từng làm chủ nhiệm đề tài hoặc từng đứng tên đầu bài báo đều chỉ khoảng 24% và tỷ lệ đối tượng có đăng tải trên tạp chí quốc tế trong danh mục ISI chỉ là 11% trên tổng số (Biểu đồ 3).



Biểu đồ 3. Thực trạng hoạt động nghiên cứu khoa học tại các cơ sở nghiên cứu là Viện nghiên cứu/Bệnh viện (n=300)

IV. BÀN LUẬN

Các đối tượng tham gia nghiên cứu chủ yếu có lĩnh vực nghiên cứu chính là lâm sàng, tiếp theo là y tế công cộng và cuối cùng là dược. Loại đề tài mà các đơn vị trong nghiên cứu hiện nay chủ yếu đang thực hiện là đề tài cấp tỉnh, tỷ lệ các đơn vị thực hiện đề tài ở cấp cao hơn (cấp Bộ/Nhà nước) chiếm tỷ lệ không cao. Điều này là phù hợp với thực tế nghiên cứu hiện nay khi số lượng các nghiên cứu trong lĩnh vực y khoa đa phần được thực hiện trên lâm sàng. Phần lớn các đối tượng trong nghiên cứu đến từ các trường đại học hoặc các bệnh viện, do vậy số lượng giảng viên trong nghiên cứu này chiếm tỷ lệ cao (hơn 60%), đây cũng là đội ngũ chính thực hiện NCKH ở các đơn vị. Đặc điểm mẫu nghiên cứu phù hợp với các phân tích về cơ sở làm việc của các nghiên cứu viên trong các nghiên cứu trước[6].

Về quy trình quản lý chất lượng nghiên cứu khoa học ở các cơ sở tham gia, nghiên cứu này chỉ ra rằng hầu hết các cơ sở đều làm tốt ở các điểm: đã ban hành quy trình kiểm soát chất lượng NCKH, có khâu xây dựng, xét duyệt đề cương nghiên cứu và nghiệm thu sản phẩm. Tuy nhiên đây mới chỉ là các bước chung, ngoài ra các bước quản lý chi tiết hơn như: việc xét duyệt ý tưởng nghiên cứu, đăng ký đề tài và triển khai thực hiện, quy định trách nhiệm các bên vẫn chưa thực sự được nhiều cơ sở quan tâm đưa vào quy trình quản lý, những điều này làm cho việc kiểm soát trong các khâu: đầu vào (ý tưởng, đăng ký đề tài) cũng như triển khai thực hiện gặp nhiều khó khăn để đảm bảo chất lượng sản phẩm NCKH cuối cùng. Bên cạnh đó bước công bố kết quả sản phẩm NCKH tại các hội nghị khoa học là bước còn yếu nhất ở các cơ sở, không có nhiều cơ sở tham gia nghiên cứu thực hiện bước này. Điều này thực sự quan trọng và cần cải thiện ngay khi mà một trong những mục đích cuối cùng của việc nghiên cứu là công bố, đăng tải các kết quả/phát hiện/sáng kiến trong giới khoa học.

Hai chỉ số về bình quân tổng số đề tài và tổng số bài báo đã thực hiện đã phản ánh một cách khách quan về thực trạng hoạt động khoa học tại các đơn vị tham gia nghiên cứu. Tỷ lệ nghiên cứu viên từng là chủ nhiệm đề tài hay nghiên cứu viên chính còn thấp ở cả cơ sở nghiên cứu là trường Đại học lẫn Viện nghiên cứu/bệnh viện. Các nghiên cứu trước đây đã cho thấy lĩnh vực có các xuất bản phẩm quốc tế đứng đầu trong các lĩnh vực nghiên cứu là lĩnh vực y học (y sinh, y học lâm sàng và y tế công cộng)[5]. Tuy nhiên nghiên cứu này cho thấy, tỷ lệ nghiên cứu viên

từng có bài đăng tải trên tạp chí quốc tế trong danh mục ISI tại các trường đại học chỉ có 14,4% và tại viện nghiên cứu/bệnh viên chỉ có 11,0%.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy một số hạn chế trong quy trình kiểm soát chất lượng nghiên cứu cũng như hoạt động NCKH ở các cơ sở nghiên cứu trong 3 lĩnh vực lâm sàng, dược và YTCC. Có thể thấy Việt Nam đang tụt hậu so với thế giới và cả khu vực về việc xuất bản các bài báo khoa học. Việt nam cần có các chính sách đẩy mạnh hợp tác NCKH quốc tế cũng như áp dụng các tiêu chí kiểm soát chất lượng NCKH để gia tăng số lượng các xuất bản phẩm quốc tế cũng như các ứng dụng thực tiễn của NCKH.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Boaz, A. and D. Ashby,** *Fit for purpose? Assessing research quality for evidence based policy and practice.* 2003.
2. **TS. Nguyễn Hà Thị Quỳnh Trang,** C.N.T.V.A., ThS. Nguyễn Hồng Ánh, CN. Tạ Doãn Hải, TS. Nguyễn Quang Tuấn, *Giải pháp nâng cao chất lượng NCKH: nghiên cứu trường hợp Viện Chiến lược và chính sách khoa học và công nghệ.* Tạp chí Chính sách và Quản lý khoa học công nghệ, 2015. **4**(4): p. 35-48.
3. **Tuấn, N.V.,** *Năng suất khoa học Việt Nam qua công bố quốc tế 2001-2015.* Tạp chí Khoa học và Công nghệ Việt Nam, 2016. **10-2016**: p. 49-54.
4. **Tuan V. Nguyen, Thao P. Ho-Le, and U.V.** Le *International collaboration in scientific research in Vietnam: an analysis of patterns and impact.* Scientometrics, 2016.
5. **Bộ Khoa học Công nghệ,** *Sách Khoa học và công nghệ Việt Nam 2014.* 2014.

HIỆU QUẢ DỰ PHÒNG SÂU RĂNG BẰNG GEL FLUOR (1,23%) VÀ KEM ĐÁNH RĂNG CÓ FLUOR TRÊN NGƯỜI CAO TUỔI

Hà Ngọc Chiều*, Trương Mạnh Dũng*

TÓM TẮT

Vai trò của fluor nói chung, Gel fluor nói riêng trong dự phòng và điều trị bệnh sâu răng ngày càng được hiểu rõ. Nhiều nghiên cứu đã khẳng định những đóng góp của fluor trong việc làm hạ thấp tỷ lệ và mức độ trầm trọng của sâu răng trên toàn cầu. Nghiên cứu được tiến hành trên 298 người cao tuổi (NCT) với mục tiêu: Đánh giá hiệu quả dự phòng sâu răng bằng Gel fluor 1,23% và kem đánh răng có fluor. Đây là nghiên cứu can thiệp lâm sàng có đối chứng được tiến hành sau một nghiên cứu mô tả cắt ngang trên người cao tuổi ở thành phố Hải Phòng. Người cao tuổi tại bốn xã Thủy Sơn, Kiền Bái, Đông Sơn và Ngũ Lão thuộc huyện Thủy Nguyên được chọn vào khám, đánh giá tình trạng bệnh sâu răng, sau đó được chia thành 2 nhóm: nhóm 1 gồm những NCT tại hai xã Thủy Sơn và Kiền Bái được áp Gel fluor, nhóm 2 gồm những NCT tại hai xã Đông Sơn và Ngũ Lão đượcchải kem đánh răng có fluor. Sau mỗi 6 tháng, 12 tháng và 18 tháng NCT được tái khám để đánh giá tình trạng bệnh sâu răng. Kết quả cho thấy, nhóm sử dụng Gel fluor có tỷ lệ sâu răng thấp hơn nhóm sử dụng kem đánh răng có fluor. Từ kết quả này có thể đưa ra khuyến cáo: Gel fluor là một trong các lựa chọn tốt để dự phòng bệnh sâu răng cho NCT tại cộng đồng.

Từ khóa: sâu răng, gel fluor, người cao tuổi.

SUMMARY

EFFICACY OF TOPICAL FLUORIDE GEL AND FLUORIDE TOOTHPASTE IN DENTAL CARIES PREVENTION IN ELDERLY PEOPLE

The roles of fluoride in general and fluoride gel in particular in dental caries prevention and treatment have been widely known. Numerous studies have confirmed the contributions of fluoride in reducing the prevalence and the severity of dental caries all over the world. The study was carried out on 298 elderly people with the purpose: To evaluate the caries prevention effects of 1,23% fluoride gel and of fluoride toothpaste. Method: A randomized controlled clinical study was conducted following a cross-sectional study on elderly people in Hai Phong. 248 elders from four villages Thuy Son, Kien Bai, Dong Son and Ngu Lao of Thuy Nguyen district were examined for the assessment of dental caries status. The study samples were divided into two groups: patients in group 1 (elders from two villages Thuy Son and Kien Bai) were treated with the application of 1,23% fluoride gel whilegroup 2 patients(elders from two villages Dong Son and Ngu Lao) were asked to use fluoride toothpaste for daily brushing. The patients were re-examined to evaluate their dental caries status after 6, 12 and 18 months. The study results showed that group 1 patients exhibited lower prevalence of dental caries than that in group 2. Recommendation: The use of fluoride gel is recommended as one of the good choices for dental caries prevention for elderly people in community.

Key word: dental caries, fluor gel, elderly.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lão hóa là quá trình tích lũy các thay đổi của cơ thể theo thời gian, bao gồm thay đổi về sinh

---

**Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y HN*
Chịu trách nhiệm chính: Hà Ngọc Chiều
Email: ngocchieu@hmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 2.10.2018
Ngày phản biện khoa học: 22.11.2018
Ngày duyệt bài: 28.11.2018

lý, tâm lý và xã hội. Lão hóa gây ra một số biến đổi sinh lý vùng răng miệng bao gồm: mô răng, mô quanh răng, niêm mạc miệng, khớp thái dương hàm và chức năng vùng miệng. Các cuộc điều tra về sức khỏe răng miệng người cao tuổi cho thấy sâu răng và viêm quanh răng là hai bệnh phổ biến có tỷ lệ và số trung bình mắc cao ở những người còn răng và được coi là những nguyên nhân chính dẫn đến mất răng [1],[2],[3].

Trong những năm gần đây, khi nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh bệnh sâu răng được sáng tỏ, đồng thời chứng minh được vai trò của fluor nói chung, Gel fluor nói riêng trong dự phòng và điều trị sâu răng, trên cơ sở đó đã đề ra được các biện pháp phòng bệnh thích hợp, kết quả là tỷ lệ sâu răng ở nhiều nước trên thế giới đã giảm đi đáng kể. Thêm vào đó là sự phát triển nhanh chóng của công nghiệp hóa chất cho ra đời các sản phẩm chứa fluor ngày càng đa dạng về chủng loại và chất lượng cũng như cách sử dụng.

Nước ta mặc dù đã triển khai một số chương trình dự phòng bệnh sâu răng cho cộng đồng, nhưng đối tượng hướng tới chủ yếu là trẻ em, trong khi đối tượng là NCT đang ngày càng gia tăng trong xã hội đòi hỏi chúng ta phải có chiến lược hợp lý trong giai đoạn tới để dự phòng bệnh cho đối tượng này. Trong những năm gần đây, đời sống nhân dân được nâng cao, nhu cầu khám chữa bệnh răng miệng của người dân ngày một tăng. Từ nhu cầu thực tế này đã đặt ra nhiệm vụ đối với ngành Răng Hàm Mặt, buộc chúng ta phải có các chiến lược can thiệp kịp thời, đặc biệt là sớm triển khai các nội dung can thiệp điều trị và dự phòng bệnh sâu răng cho người cao tuổi. Xuất phát từ các vấn đề đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *"Đánh giá hiệu quả can thiệp sử dụng gel Fluor (NaF 1,23%) và kem đánh răng có Fluor trong dự phòng sâu răng cho người cao tuổi thành phố Hải Phòng".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1.Tiêu chuẩn lựa chọn

- Là người cao tuổi (theo luật người cao tuổi của Việt Nam năm 2009 quy định: NCT là công dân Việt Nam từ đủ 60 tuổi trở lên, không phân biệt nam, nữ).
- Sống tại địa bàn bốn xã Đông Sơn, Thủy Sơn, Kiền Bái và Ngũ Lão, huyện Thủy Nguyên, thành phố Hải Phòng trong thời gian điều tra.
- Còn ít nhất 01 răng khỏe mạnh.
- Đồng ý, tự nguyện tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Những người có tiền sử dị ứng với fluor.
- Những người đang điều trị bằng các thuốc có phản ứng chéo với fluor như Chlorhexidine.
- Những người mất răng toàn bộ 2 hàm
- Đang bị bệnh lý toàn thân cấp tính.
- Người không có mặt trong khi điều tra.
- Người không đủ năng lực trả lời (tâm thần, người câm, điếc,...).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu can thiệp lâm sàng có đối chứng.
- Cỡ mẫu: Chúng tôi dựa theo công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu can thiệp:

$$n_1 = n_2 = \frac{[Z_{(1-\alpha/2)}\sqrt{2p(1-p)} + Z_{1-\beta}\sqrt{p_1(1-p_1) + p_2(1-p_2)}]^2}{(p_1 - p_2)^2}$$

Trong đó:

- n_1= Cỡ mẫu nghiên cứu cho nhóm can thiệp(số người cao tuổi được áp Gel fluor 1,23%).
- n_2 =Cỡ mẫu nghiên cứu cho nhómđối chứng(số người cao tuổi được chải kem P/S 0,15% fluor); $Z_{(1-\alpha/2)}$ = hệ số tin cậy ở mức xác suất 95% (=1,96); $Z_{1-\beta}$ = lực mẫu (=80%)
- p_1 = tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn trong nhóm can thiệp, sau 18 tháng theo dõi ước lượng là 35%
- p_2 = tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn trong nhóm chứng, ước lượng là 55% sau 18 tháng theo dõi
- $p = (p_1 + p_2)/2$

Theo công thức tính được cỡ mẫu cần thiết tối thiểu cho 2 nhóm nghiên cứu là $n_1 = n_2$ = 96NCT. Thực tế chúng tôi đã nghiên cứu trên 2 nhóm:

- Nhóm can thiệp: n_1 = khám lần 1: 146, sau 6 tháng: 135, sau 12 tháng: 126, sau 18 tháng: 106 NCT.
- Nhóm đối chứng: n_2 = khám lần 1: 152, sau 6 tháng: 148, sau 12 tháng: 134, sau 18 tháng: 112 NCT.

2.3. Cách chọn mẫu

- Bước 1: chọn chủ đích bốn xã Đông Sơn, Thủy Sơn, Kiền Bái và Ngũ Lão thuộc huyện Thủy Nguyên, thành phố Hải Phòng làm địa điểm nghiên cứu. Đây là bốn xã gần nhau, nằm xung quanh thị trấn Núi Đèo, có điều kiện kinh tế, xã hội khá tương đồng.
- Bước 2: Trong mỗi xã, dựa vào danh sách NCT của Hội NCT xã, chọn chủ đích ít nhất 50 đối tượng mỗi xã đủ tiêu chuẩn lựa chọn tham gia vào nghiên cứu.
- Bước 3: Lập danh sách đối tượng tham gia vào nghiên cứu.

2.4. Các bước nghiên cứu

- Đối với nhóm can thiệp: Thực hiện áp gel fluor theo lịch cố định, thời gian cho mỗi lần áp gel là 4 phút vào buổi sáng, mỗi lần cách nhau 06 tháng, 03 lần trong 18 tháng và lần thứ tư

sau khi đã kết thúc quá trình khám. Lượng gel cho mỗi lần áp tương đương với 6 gam.

- Đối với nhóm chứng: Thực hiện chải răng với kem P/S theo lịch cố định đồng thời với nhóm can thiệp.Lượng kem cho mỗi lần chải tương đương 1 gam.

2.5. Các chỉ số sử dụng trong nghiên cứu

- Chỉ số DMFT

- Chỉ số hiệu quả (CSHQ) để đánh giá một số chỉ số (tỷ lệ %) thay đổi sau can thiệp so với trước can thiệp

- Chỉ số can thiệp (CSCT (%) để đánh giá hiệu quả can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng: CSCT (%) = $CSHQ_{\text{nhóm can thiệp}} - CSHQ_{\text{nhóm đối chứng}}$

2.6. Tiêu chuẩn sử dụng trong đánh giá tổn thương sâu răng: Chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn đánh giá và ghi nhận sâu răng của hệ thống đánh giá và phát hiện sâu răng quốc tế ICDAS [5] trên lâm sàng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi, giới

Nhóm tuổi	Nhóm chứng						Nhóm can thiệp						Tổng	
	Nam		Nữ		Tổng		Nam		Nữ		Tổng			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
60-64	8	19,1	38	34,6	46	30,3	15	30,0	38	39,6	53	36,3	99	33,2
65-74	19	45,2	46	41,8	65	42,8	19	38,0	36	37,5	55	37,7	120	40,3
≥ 75	15	35,7	26	23,6	41	27,0	16	32,0	22	22,9	38	26,0	79	26,5
Tổng	**42**	**100**	**110**	**100**	**152**	**100**	**50**	**100**	**96**	**100**	**146**	**100**	**298**	**100**

Nhận xét:Nhóm tuổi 65-74 chiếm tỷ lệ cao nhất (40,3%), tiếp đến là nhóm 60-64 tuổi (33,2%), thấp nhất là nhóm ≥ 75 tuổi (26,5%). Trong cả nhóm chứng và nhóm can thiệp, tỷ lệ nữ giới đều cao hơn nam giới; nhóm 65-74 tuổi đều chiếm tỷ lệ cao nhất, thấp nhất là nhóm ≥ 75 tuổi.

3.2. Hiệu quả can thiệp qua sự thay đổi tỷ lệ sâu răng, sâu chân răng và chỉ số DMFT

Bảng 3.2. Tỷ lệ sâu răng và hiệu quả can thiệp theo nhóm tuổi, giới sau 6 tháng

Nhóm / Đặc điểm	Nhóm chứng (n=148)					Nhóm can thiệp (n=135)					p	CS CT
	Trước CT		Sau 6 tháng		CS HQ	Trước CT		Sau 6 tháng		CS HQ		
	n	%	n	%		n	%	n	%			
Nhóm tuổi												
60-64	22	47,8	19	44,2	7,5	19	35,9	13	27,7	22,8	>0,05	**15,3**
65-74	28	43,1	32	50,0	16,0*	17	30,9	16	32,0	3,6*		**12,4**
≥ 75	14	34,2	20	48,8	42,7*	9	23,7	10	26,3	11,0*		**31,7**
Giới												
Nam	13	31,0	17	41,5	33,9*	10	20,0	10	21,3	6,5*	>0,05	**27,4**
Nữ	51	46,4	54	50,5	8,8*	35	36,5	29	33,0	9,6		**18,4**
Tổng	**64**	**42,1**	**71**	**48,0**	**14,0***	**45**	**30,8**	**39**	**28,9**	**6,2**	>0,05	**20,2**

p: Mann-whitney test; (*): Chỉ số hiệu quả giảm sau can thiệp

Nhận xét: Sau 6 tháng can thiệp, tỷ lệ sâu răng ở nhóm chứng tăng từ 42,1% lên 48,0%, chỉ số hiệu quả giảm 14,0%. Ở nhóm can thiệp, tỷ lệ sâu răng giảm từ 30,8% xuống còn 28,9%, chỉ số hiệu quả tăng 6,2%. Hiệu quả can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng tăng 20,2%, Sự khác biệt chỉ số hiệu quả giữa các nhóm tuổi, giới và của nhóm can thiệp và nhóm chứng không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

Bảng 3.3. Tỷ lệ sâu răng và hiệu quả can thiệp theo nhóm tuổi, giới sau 12 tháng

Nhóm / Đặc điểm	Nhóm chứng(n=134)					Nhóm can thiệp(n=126)					p	CS CT
	Trước CT		Sau 12 tháng		CS HQ	Trước CT		Sau 12 tháng		CS HQ		
	n	%	n	%		n	%	n	%			
Nhóm tuổi												
60-64	22	47,8	24	64,9	35,8*	19	35,9	12	26,7	25,6	<0,01	61,4
65-74	28	43,1	36	62,1	51,0*	17	30,9	13	28,3	8,4	<0,05	59,5
≥ 75	14	34,2	25	64,1	87,4*	9	23,7	7	20,0	15,6	<0,01	103,0
Giới												
Nam	13	31,0	20	51,3	65,5*	10	20,0	9	20,0	0	<0,05	65,5
Nữ	51	46,4	65	68,4	47,4*	35	36,5	23	28,4	22,2	<0,001	69,6

Tổng	**64**	**42,1**	**85**	**63,4**	**50,6***	**45**	**30,8**	**32**	**25,4**	**17,5**	**<0,001**	**68,1**

p: Mann-whitney test; (*): Chỉ số hiệu quả giảm sau can thiệp

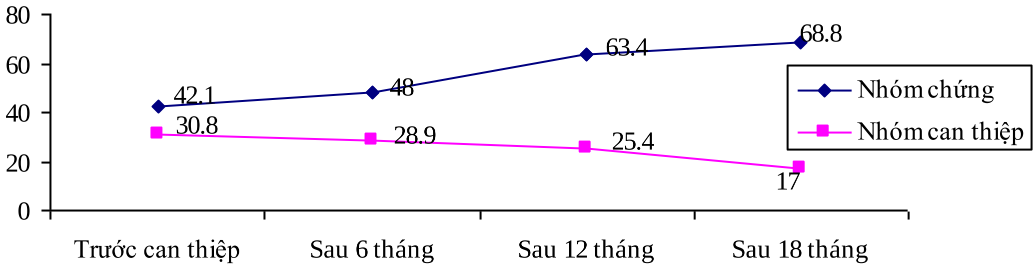
Nhận xét: Sau 12 tháng can thiệp, tỷ lệ sâu răng ở nhóm chứng tăng từ 42,1% lên 63,4%, chỉ số hiệu quả giảm 50,6%. Ở nhóm can thiệp, tỷ lệ sâu răng giảm từ 30,8% xuống còn 25,4%, chỉ số hiệu quả tăng 17,5%. Hiệu quả can thiệp của nhóm can thiệp tăng 68,1% so với nhóm chứng, trong đó hiệu quả tăng cao nhất ở nhóm ≥ 75 tuổi (103,0%), thấp nhất là nhóm 65-74 tuổi (59,5%). Nam giới có hiệu quả can thiệp (65,5%) tăng thấp hơn so với nữ giới (69,6%). Sự khác biệt chỉ số hiệu quả giữa các nhóm tuổi, giới và của nhóm can thiệp và nhóm chứng có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.4. Tỷ lệ sâu răng và hiệu quả can thiệp theo nhóm tuổi, giới sau 18 tháng

Nhóm / Đặc điểm	Nhóm chứng (n=112)					Nhóm can thiệp (n=106)					p	CS CT
	Trước CT		Sau 18 tháng		CS HQ	Trước CT		Sau 18 tháng		CS HQ		
	n	%	n	%		n	%	n	%			
Nhóm tuổi												
60-64	22	47,8	23	69,7	45,8*	19	35,9	4	10,3	71,3	**<0,001**	**117,1**
65-74	28	43,1	35	71,4	65,7*	17	30,9	11	26,2	15,2	**<0,05**	**80,9**
≥ 75	14	34,2	19	63,3	85,1*	9	23,7	3	12,0	49,4	**<0,01**	**134,5**
Giới												
Nam	13	31,0	18	58,1	87,4*	10	20,0	5	13,5	32,5	**<0,05**	**119,9**
Nữ	51	46,4	59	72,8	56,9*	35	36,5	13	18,8	48,5	**<0,001**	**105,4**
Tổng	**64**	**42,1**	**77**	**68,8**	**63,4***	**45**	**30,8**	**18**	**17,0**	**44,8**	**<0,001**	**108,2**

p: Mann-whitney test; (*): Chỉ số hiệu quả giảm sau can thiệp

Nhận xét: Sau 18 tháng can thiệp, tỷ lệ sâu răng ở nhóm chứng tăng từ 42,1% lên 68,8%, chỉ số hiệu quả giảm 63,4%. Ở nhóm can thiệp, tỷ lệ sâu răng giảm từ 30,8% xuống còn 17,0%, chỉ số hiệu quả tăng 44,8%. Hiệu quả can thiệp giữa nhóm can thiệp tăng 108,2% so với nhóm chứng. Sự khác biệt chỉ số hiệu quả giữa các nhóm tuổi, giới và của nhóm can thiệp và nhóm chứng có ý nghĩa thống kê.



(χ^2test: p1<0,05, p2<0,01, p3,4<0,001)

Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ sâu răng ở 2 nhóm trước và sau can thiệp

Bảng 3.5. Hiệu quả can thiệp trên sự thay đổi chỉ số DMFT theo nhóm tuổi, giới sau 18 tháng

Nhóm / Đặc điểm	Nhóm chứng (n=112)					Nhóm can thiệp (n=106)					p	CS CT
	Trước CT		Sau 18 tháng		CS HQ	Trước CT		Sau 18 tháng		CS HQ		
	TB	SD	TB	SD		TB	SD	TB	SD			
Nhóm tuổi												
60-64	3,2	3,8	5,7	4,4	78,1*	2,6	2,3	3,7	3,4	42,3*		**35,8**
65-74	4,3	4,6	7,7	5,8	79,1*	4,0	4,5	5,0	3,2	25,0*	>0,05	**54,1**
≥ 75	3,7	3,9	6,6	5,8	78,4*	4,9	5,1	7,9	6,3	61,2*		**17,2**
Giới												
Nam	2,9	3,7	5,8	5,7	100,0*	3,8	4,3	5,5	5,0	44,7*	>0,05	**55,3**
Nữ	4,1	4,4	7,2	5,3	75,6*	3,7	4,1	5,1	4,2	37,8*		**37,8**
Tổng	**3,8**	**4,2**	**6,8**	**5,4**	**78,9***	**3,7**	**4,2**	**5,2**	**4,5**	**40,5***	**<0,05**	**38,4**

p: Mann-whitney test; (*): Chỉ số hiệu quả giảm sau can thiệp

Nhận xét: Ở nhóm can thiệp, chỉ số DMFT tăng từ 3,7 lên 5,2; chỉ số hiệu quả giảm 40,5%. Nhóm ≥ 75 tuổi có chỉ số hiệu quả giảm nhiều tnhất (61,2%); giảm ít nhất là nhóm 65-74 tuổi (25,0%). Nam giới có chỉ số hiệu quả (44,7%) giảm nhiều hơn nữ giới (37,8,0%).

Hiệu quả can thiệp trên chỉ số DMFT giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng tăng 38,4%

trong đó nhóm 65-74 tuổi có hiệu quả can thiệp tăng cao nhất (54,1%) và nam giới có hiệu quả can thiệp (55,3%) tăng cao hơn nữ giới (37,8%). Sự khác biệt chỉ số hiệu quả giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi tiến hành can thiệp dự phòng sâu răng cho NCT bằng phương pháp sử dụng gel fluor 1,23% tại trạm y tế xã. Theo khuyến cáo từ Hội đồng khoa học của hiệp hội nha khoa Mỹ (ADA) về việc sử dụng fluor tại chỗ: những người có nguy cơ sâu răng cao thì sử dụng véc-ni fluor 2,26% hoặc gel fluor 1,23% (APF) có kiểm soát; nếu kê đơn dùng tại nhà thì sử dụng gel fluor 0,5%, paste hoặc nước xúc miệng fluor 0,09% cho bệnh nhân từ 6 tuổi, đối với trẻ dưới 6 tuổi chỉ sử dụng véc-ni fluor 2,26%; Hội đồng cũng khuyến cáo cần có thêm các nghiên cứu về hiệu quả của fluor với sâu thân răng ở NCT do các nghiên cứu trước đây phần lớn tập trung thực hiện trên người trẻ tuổi và trưởng thành [6]. Vì vậy chúng tôi sử dụng gel fluor 1,23% để dự phòng sâu răng cho NCT là phù hợp.

4.1. Một số thông tin chung của nhóm can thiệp và nhóm đối chứng: Nghiên cứu này được tiến hành sau một nghiên cứu mô tả cắt ngang tại thành phố Hải Phòng. Từ kết quả sơ bộ của nghiên cứu cắt ngang, chúng tôi chọn bốn xã có số lượng người cao tuổi tương đối lớn là xã Đông Sơn, Thủy Sơn, Ngũ Lão và Kiền Bái của huyện Thủy Nguyên, thành phố Hải Phòng vào nghiên cứu can thiệp. Đây là bốn xã có điều kiện kinh tế, xã hội khá tương đồng. Phân chia ngẫu nhiên bốn xã vào hai nhóm chúng tôi được nhóm can thiệp gồm những NCT ở hai xã Thủy Sơn và Kiền Bái, nhóm chứng gồm hai xã Đông Sơn và Ngũ Lão. Kết quả phân tích ở bảng 3.1 cho thấy, trong cả nhóm chứng và nhóm can thiệp, tỷ lệ nữ giới đều cao hơn nam giới; nhóm 65-74 tuổi đều chiếm tỷ lệ cao nhất, thấp nhất là nhóm ≥ 75 tuổi. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm, đảm bảo được tính đồng nhất sẽ giúp cho việc so sánh và phân tích số liệu có độ tin cậy cao, hạn chế yếu tố nhiễu, đồng thời giảm được sai số hệ thống.

4.2. Hiệu quả dự phòng sâu răng của gel fluor 1,23%: Trước can thiệp, tỷ lệ sâu răng ở nhóm chứng là 42,1% tăng lên 48,0% sau can thiệp 6 tháng, 63,4% sau can thiệp 12 tháng và 68,8% sau can thiệp 18 tháng. Ở nhóm can thiệp, tỷ lệ sâu răng ban đầu là 30,8%, tỷ lệ này giảm còn 28,9% sau can thiệp 6 tháng, 25,4% sau can thiệp 12 tháng và 17,0% sau can thiệp 18 tháng (Biểu đồ 3.1). Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian can thiệp càng dài thì tỷ lệ sâu răng càng giảm đã cho thấy hiệu quả rõ rệt của gel fluor 1,23% trên tổn thương sâu răng, tuy nhiên nghiên cứu chưa chứng minh được phải can thiệp kéo dài trong bao lâu thì tỷ lệ sâu răng triệt tiêu hoàn toàn. Điều này có thể sẽ không xảy ra vì nhiều nghiên cứu tác dụng của fluor đã chứng minh rằng, fluor chỉ có thể hoàn nguyên được các tổn thương sâu răng sớm (tương ứng với ICDAS mã số 1 và 2) [7], còn khi sâu răng đã hình thành lỗ, fluor chỉ có tác dụng làm chậm sự phát triển của tổn thương sâu [4],[6]. Như vậy, tỷ lệ sâu răng của nhóm can thiệp trong nghiên cứu giảm là do gel fluor đã có tác dụng làm hoàn nguyên các tổn thương sâu răng ở mã số ICDAS 1 và 2 như các nghiên cứu trước đây đã chứng minh, và một phần tỷ lệ sâu răng giảm còn có thể do các răng sâu không được điều trị đã bị nhổ bỏ, làm cho tỷ lệ mất răng tăng lên.

Để đánh giá hiệu quả dự phòng sâu răng của gel fluor so với kem chải răng, chúng tôi phân tích kết quả can thiệp ở các thời điểm cho thấy: sau 6 tháng hiệu quả can thiệp của nhóm sử dụng gel tăng cao hơn 20,2% so với nhóm sử dụng kem chải răng, chỉ số này tăng lên 68,1% sau 12 tháng và 108,2% sau 18 tháng. Sự khác biệt chỉ số hiệu quả ở tất cả các nhóm tuổi, ở hai giới và giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp đều có ý nghĩa thống kê (Bảng 3.2, 3.3, 3.4).

Như vậy, gel fluor 1,23% có hiệu quả bảo vệ răng không bị sâu hơn 108,2% so với kem đánh răng. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Jones J., tác giả đã nghiên cứu trên 140.114 cựu chiến binh Mỹ, có độ tuổi trung bình là 60 tuổi trong khoảng thời gian từ tháng 09/2010 đến tháng 09/2012, kết quả cho thấy phương pháp điều trị fluoride lâm sàng đã làm giảm 17-20% tỷ lệ và nguy cơ sâu răng trong thời gian theo dõi [8]. Sở dĩ có sự khác nhau về nhận định hiệu quả của gel fluor trên tỷ lệ sâu răng giữa nghiên cứu trên với kết quả nghiên cứu của chúng tôi là do cách thiết kế nghiên cứu.

Đánh giá tổng hợp hiệu quả can thiệp của gel fluor so với kem đánh răng trên bệnh sâu răng NCT, chúng tôi tiến hành tìm hiểu sự thay đổi chỉ số DMFT trước và sau can thiệp 18 tháng. Kết quả tại bảng 3.5 cho thấy, sau 18 tháng, chỉ số DMFT của nhóm chứng tăng từ 3,8 lên 6,8; chỉ số hiệu quả giảm 78,9% còn chỉ số DMFT của nhóm can thiệp tăng từ 3,7 lên 5,2; chỉ số hiệu quả giảm 40,5%; hiệu quả can thiệp trên chỉ số DMFT giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp tăng 38,4%; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Chỉ số DMFT là chỉ số không hoàn nguyên do thành phần mất răng (MT) không thể phục hồi

lại được, tức là chỉ số này chỉ có giữ nguyên giá trị hoặc tăng lên chứ không có giảm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ở thời điểm sau can thiệp chỉ số DMFT ở cả nhóm can thiệp và nhóm chứng đều tăng, trong đó nhóm chứng tăng nhiều hơn nhóm can thiệp, phản ánh ở chỉ số hiệu quả của nhóm chứng giảm nhiều hơn so với nhóm can thiệp. Tuy nhiên chỉ số can thiệp hay hiệu quả can thiệp giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng tăng, điều đó chứng tỏ gel fluor 1,23% có hiệu quả dự phòng bệnh sâu răng cao hơn so với kem chải răng.

V. KẾT LUẬN

Gel fluor 1,23% có hiệu quả dự phòng bệnh sâu răng cho NCT cao hơn so với kem chải răng có fluor, thể hiện ở: chỉ số can thiệp trên tỷ lệ sâu răng giữa nhóm can thiệp và nhóm chứng tăng 20,2% sau 6 tháng, 68,1% sau 12 tháng và 108,2% sau 18 tháng; chỉ số DMFT tăng 38,4% so với trước can thiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lu Liu, Ying Zhang, Wei Wu, Min Cheng, Yan Li, Ruibo Cheng (2013).** Prevalence and Correld ates of Dental Caries in an Elderly Population in Northeast China. *PLoS ONE* 8 (11): e78723.
2. **Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ấn, Trịnh Đình Hải và cộng sự (2001).** *Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 67-75.
3. **Trương Mạnh Dũng, Hà Ngọc Chiều, Vũ Mạnh Tuấn, Đinh Xuân Thành (2017).** Thực trạng bệnh sâu răng và nhu cầu điều trị ở người cao tuổi Việt Nam năm 2015. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 455, (1), 79-83.
4. **Marinho VC, Higgins JP, Logan S et al (2003).** Systematic review of controlled trials on the effectiveness of fluoride gels for the prevention of dental caries in children. *J. Dent Educ*, 67(4), 448-458.
5. **Petersen P.E., Baez R.J. (2013).** World Health Organization. *Oral Health Surveys*, Basic Methods, 5th Edition
6. **Robert J. Weyant, Sharon L. Tracy, Kevin J. Donly et al (2013).** Topical fluoride for caries prevention: Executive summary of the updated clinical recommendations and supporting systematic review. *JADA*, 144(11), 1279-1291.
7. **Vũ Mạnh Tuấn (2013).** *Nghiên cứu dự phòng sâu răng bằng Gel fluor*, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. **Judith Jones (2012).** Fluoride Effectiveness in Prevention of Dental Caries in High Caries Risk Adults. Grant Number: R21 HS19527-01.

KẾT QUẢ CHỈNH HÌNH CỬA TAI NGOÀI KIỂU CHỮ THẬP "+" TRONG PHẪU THUẬT TIỆT CĂN XƯƠNG CHŨM

Lương Hồng Châu*, Lê Hồng Anh*, Nguyễn Thị Khánh Vân*

TÓM TẮT

Mở đầu: chỉnh hình cửa tai ngoài trong phẫu thuật tiệt căn xương chũm (TCXC) là một thì quan trọng, có nhiều kỹ thuật khác nhau, nhưng đều có nhược điểm dễ viêm sụn vành tai thứ phát, chít hẹp cửa tai sau mổ, cửa tai chưa đủ rộng. **Mục tiêu** nghiên cứu kỹ thuật tạo hình cửa tai mới kiểu chữ thập "+" và kết quả của phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu trên 300 bệnh nhân có chỉ định chỉnh hình ống tai ngoài. **Kết quả:** không có bệnh nhân bị viêm sụn vành tai, sau 3 tháng thì 98,5% số bệnh nhân có cửa tai rộng rãi, hốc mổ khô sạch. **Kết luận**: kỹ thuật chỉnh hình kiểu chữ thập cho kết quả tốt vượt trội so với các kỹ thuật cũ, không gây viêm sụn vành tai, cửa tai rộng (98,5%).

Từ khoá: chỉnh hình cửa tai, phẫu thuật tiệt căn xương chũm.

SUMMARY

THE RESULT OF MEATOPLASTY FORM "+" IN RADICAL MASTOIDECTOMY

Background: otoplasty is important technique, althought many techniqes wre used, but they have complication. **Purpose:** to study new technique and the results of operation. **Materials and Methods:** Description, retrospective and prospective research was done on 130 patients done otoplasties. **Resulst:** no patients with Chondritis of ear pavilion.

Keyword: meatoplasty, radical mastoidectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật tiệt căn xương chũm là phẫu thuật thường được ứng dụng để giải quyết bệnh viêm tai xương chũm có cholesteatoma. Ở Việt nam là phẫu thuật thường được các bác sỹ Tai mũi họng thực hiện nhiều. Một trong những thì quan trọng của phẫu thuật này là chỉnh hình cửa tai, nhằm thông thương hốc mổ với bên ngoài, một tiêu chí quan trọng là cửa tai phải được chỉnh hình sao cho đảm bảo đủ thông khí cho hốc mổ tranh nguy cơ làm hốc mổ ẩm ướt và đảm bảo dẫn lưu cũng như dễ dàng làm vệ sinh hốc mổ. Công thức là Va/S hợp lý giữa thể tích của hốc mổ với diện tích của ống tai ngoài sau phẫu thuật , nói

**Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương*
Chịu trách nhiệm chính: Lương Hồng Châu
Email: khanhvantmhtw@gmail.com
Ngày nhận bài: 4.10.2018
Ngày phản biện khoa học: 26.11.2018
Ngày duyệt bài: 30.11.2018

một cách hình tượng thì cửa tai phải đủ đảm bảo đưa lọt ngón tay cái của bệnh nhân. có rất nhiều cách để chỉnh hình cửa tai đã được sáng tạo và áp dụng, mỗi cách đều có ưu và nhược điểm riêng: như kiểu chỉnh hình hình chữ T, hình chữ U, hình hoa thị, chữ M... Trong quá trình thực hiện phẫu thuật và ứng dụng các kỹ thuật chỉnh hình trên chúng tôi nhận thấy một nhược điểm lớn nhất của các kỹ thuật này là sau khi lấy sụn hố thuyền dễ hở sụn vành tai, vì vậy nguy cơ viêm sụn vành tai sau phẫu thuật là lớn. Nếu BN bị viêm sụn vành tai thì tốn rất nhiều công sức, thời gian và thuốc men để điều trị. Từ đó chúng tôi đã nghiên cứu thực hiện kỹ thuật chỉnh hình mới kiểu chữ '+'. Mục tiêu nghiên cứu:

- Nghiên cứu kỹ thuật chỉnh hình cửa tai hình chữ thập "+"

- Kết quả kỹ thuật chỉnh hình cửa tai hình chữ thập "+" trong phẫu thuật tiệt căn xương chũm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 300 bệnh nhân được phẫu thuật tiệt căn xương chũm lần một hoặc lần hai, có chỉ định chỉnh hình cửa tai ngoài, thực hiện tại Bệnh viện Tai Mũi Họng trung ương, thời gian từ tháng 1/2010 đến tháng 5/ 2017.

2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Tất cả những bệnh nhân VTXCmt có cholesteatome có chỉ định phẫu thuật TCXC, những bệnh nhân đã được phẫu thuật TCXC nhưng cửa tai không đủ rộng để dẫn lưu.

3. Tiêu chuẩn loại trừ: Những hốc mổ TCXC còn chảy mủ nhưng cửa tai rộng rãi, bệnh nhân chảy tai tái phát vì những nguyên nhân khác như lỗ vòi hở, tái phát cholesteatome...

4. Phương pháp nghiên cứu: hồi cứu và tiến cứu, mô tả có can thiệp.

5. Xử lý số liệu: Chúng tôi sử dụng phần mềm thống kê y học SPSS

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Tuổi và giới.

- Độ tuổi trung bình: 36±13 tuổi trong đó bệnh nhân lớn tuổi nhất là 62, bệnh nhân nhỏ nhất là 9 tuổi.
- Giới: Nam: 51%; Nữ: 49%.

2. Mổ lần đầu hay mổ lần thứ hai:

- Số bệnh nhân mổ lần đầu: 174: 58%
- Số bệnh nhân mổ lần thứ hai: 126: 42%

Nhận xét: hai nhóm có số lượng gần tương đương nhau. Trên những bệnh nhân mổ lần thứ hai chỉ định phẫu thuật là do viêm tai tái phát, hay chẩy mủ dai dẳng sau cuộc mổ lần một, và một trong những nguyên nhân làm bệnh nhân phải đến viện là do cửa tai hẹp, trong khi đó hốc mổ lại quá rộng và ngóc ngách làm bệnh nhân rất khó tự làm thuốc tai, hốc mổ thường xuyên ẩm ướt, đọng nhiều chất tiết của tuyến day, biểu bì khó lấy. Những bệnh nhân này trong cuộc mổ trước thường được mổ tiệt căn xương chũm chỉnh hình cửa tai hình chữ T theo cổ điển, nên nhiều khi còn hẹp không tương xứng với hốc mổ.

3. Tình trạng cửa tai của hốc mổ TCXC của nhóm phẫu thuật lần thứ 2 khi tới viện (n= 126)

T Tình trạng cửa tai	Cửa tai hẹp nhưng quan sát được hốc mổ	Cửa tai hẹp không quan sát được hốc mổ	Chít hẹp hoàn toàn cửa tai
Số bệnh nhân	82	30	14
Tỷ lệ %	65.1	23.8	11.1

Kết quả lần mổ đầu tiên của 126 bệnh nhân qua nghiên cứu hồ sơ, có 14 bệnh nhân (11.1%) bị chít hẹp cửa tai ngoài. 65.1% bệnh nhân có cửa tai hẹp nhưng còn quan sát được hốc mổ cũ, 23.8% số bệnh nhân có cửa tai hẹp nhưng không quan quan sát được hốc mổ cũ.

Theo khai thác bệnh nhân và hồ sơ cũ: 10 ngày sau phẫu thuật: cửa tai chỉnh hình rộng, không sưng nề, cửa tai tròn, dễ quan sát toàn bộ hốc mổ.

+ Sau 1 tháng: Cửa tai bắt đầu hẹp rất khó làm vệ sinh hốc mổ.

+ Sau 3 tháng: Cửa tai rất nhỏ hầu như bệnh nhân không tự lau tai được.

4. Kỹ thuật chỉnh hình cửa tai kiểu chữ thập "+": Sau khi hoàn chỉnh PT tiệt căn xương chũm, bắt đầu gây tê vùng hố thuyền cả mặt trước và sau, chờ khoảng 1-2 phút, dùng dao lá lúa rạch đường vòng cung song song cửa tai lui về phía hố thuyền khoảng 2 mm, đường rạch kéo dài từ 6 giờ đến 12 giờ, đường rạch này xuyên thủng ra phía sau vành tai, tiếp tục rạch đường thứ hai vuông góc với đường rạch thứ nhất để bổ đôi ống tai ngoài và bổ đôi hố thuyền ta tạo được hình chữ thập "+", dùng kéo nhỏ và dao lá lúa để cắt lọc sụn vành tai phần hố thuyền để lại phần màng sụn. Dùng chỉ tự tiêu cỡ 3.0 khâu vạt da của hố thuyền kéo về hai phía che phủ hoàn toàn phần sụn vành tai đã cắt lọc, như vậy phần sụn vành tai đã được da che kín hoàn toàn. Dùng chỉ tự tiêu khâu kéo vành tai về phía sau trên tạo cho cửa tai rộng rãi và tạo hình tròn đảm bảo thẩm mỹ. Khâu ép da ống tai ngoài về phía dưới, nhét meche dầu kháng sinh hốc mổ, khi meche đầy, dùng một phần cuộn meche kích thước đúng bằng cửa tai để chèn định hình cửa tai ngoài, cuộn meche này chỉ được tháo ra sau ngày cắt chỉ 1- 2 hôm.

Khâu vết mổ. Băng ép.

Nhận xét: Các kỹ thuật chỉnh hình cửa tai chữ "T", hình hoa thị, hình chữ"U" đều có nhược điểm chủ yếu là không cho phép lấy được sụn vùng hố thuyền rộng rãi như mong muốn, do đó không tạo được khung cửa tai ngoài phù hợp với một hốc mổ TCXC có thể tích thông khí lớn. Những tổ chức phần mềm ở cửa tai dù được lấy rộng rãi, sau phẫu thuật đều có hiện tượng xơ hoá đặc biệt ở những bệnh nhân có cơ địa sẹo lồi là yếu tố làm tăng nguy cơ chít hẹp cửa tai sau phẫu thuật. Với kỹ thuật tạo hình cửa tai hình chữ thập, chúng tôi đã giải quyết được những nhược điểm trên

5. Thuốc dùng sau phẫu thuật: sau phẫu thuật tất cả bệnh nhân đều được dùng:

- kháng sinh, chống viêm,
- chống phù nề, Giảm đau
- An thần trong 2-3 ngày đầu sau phẫu thuật.

Nhận xét: trong 174 bênh nhân trong nhóm nghiên cứu sau mổ lần đầu chỉ cần dùng một loại kháng sinh thông thường như ampicillin + sulbactam, hoặc amoxicillin + axit clavulanic. So với 126 bệnh nhân đã trải qua mổ lần một, thì tại cuộc mổ trước 100% phải dùng phối hợp hai loại kháng sinh mạnh có phổ rộng nhóm cephalosporine thế hệ 3, hoặc nhóm quinolone… để đề phòng viêm sụn vành tai. Nay dù là bệnh nhân mổ lần đầu hay mổ lại, kháng sinh được sử dụng ở đây là kháng sinh thông thường, làm giảm gánh nặng chi phí điều trị cho bệnh nhân.

6. Theo dõi hậu phẫu: Số ngày nằm viện

Bệnh nhân được thay băng ngoài hàng ngày từ ngày thứ ba đến ngày thứ 8 thì cắt chỉ. Sau 8 ngày rút cuộn mét đặt cố định cửa tai, rút toàn bộ mét trong hốc mổ. 100 % có hốc mổ rộng sạch, ẩm, không chảy dịch.

6.1 Số ngày nằm viện của nhóm mổ lần đầu(n=174 bệnh nhân)

Số ngày nằm viện	7 ngày	> 7 ngày
Số bệnh nhân	174	0
Tỷ lệ %	100	0

Nhóm mổ lần đầu: Thời gian nằm viện trung bình là 7 ngày

6.2. Số ngày nằm viện của nhóm mổ lần 2 (n=126 bệnh nhân)

Số ngày nằm viện	7 ngày	7- 10 ngày
Số bệnh nhân	110	16
Tỷ lệ %	87.3	12.7

Nhóm mổ lần thứ hai: thời gian nằm viện trung bình là: 7.2 ngày

7. Kết quả phẫu thuật: Sau phẫu thuật 15 ngày, tất cả các bệnh nhân đều ra viện đều tới kham lại không có bệnh nhân nào bị viêm sụn vành tai. Tất cả các bệnh nhân đều được hẹn khám lại định kỳ sau 1 tháng, 3 tháng để đánh giá tình trạng của hốc mổ để có thể khắc phục kịp thời những di chứng có thể xảy ra.

Tình trạng hốc mổ sau phẫu thuật:

Thời gian / T.T hốc mổ	Sau 15 ngày	Sau 1 tháng	Sau 3 tháng
Cửa tai rộng, hốc mổ khô sạch	300 (100%)	300 (100%)	297-298 (99.3%)
Cửa tai hẹp, hốc mổ chảy dịch	0	0	2 (0.7%)
Chít hẹp cửa tai	0	0	0

Như vậy chúng tôi theo dõi cả hai nhóm gồm 300 bệnh nhân sau phẫu thuật 15 ngày, 1 tháng thì 100% số bệnh nhân có cửa tai rộng rãi, hốc mổ khô sạch, sau 3 tháng thì 99.3% số bệnh nhân có cửa tai rộng rãi, hốc mổ khô sạch, chỉ có 2 (0.7%) bệnh nhân có hiện tượng bắt đầu hẹp lại cửa tai, qua tìm hiểu 2 bệnh nhân này có cơ địa sẹo lồi chúng tôi tiêm corticoid bán thải chậm vào tổ chức dưới da làm ngừng quá trình hình thành sẹo lồi ở cửa tai. Tỷ lệ này thấp hơn rất nhiều so với các tác giả khác như Faramaz Memari, Mojtaba Malekin là 6.5%.

IV. KẾT LUẬN

1. Tuổi và giới.

- Độ tuổi trung bình: 36±13 trong đó bệnh nhân lớn tuổi nhất là 62, bệnh nhân nhỏ nhất là 9 tuổi.
- Giới: Nam: 51%; Nữ: 49%

2. Mổ lần đầu hay mổ lần hai:

- Số bệnh nhân mổ lần đầu: 174: 58%
- Số bệnh nhân mổ lần thứ hai: 126: 42%

3. Thuốc dùng sau phẫu thuật: sau phẫu thuật tất cả bệnh nhân (100%) đều chỉ cần dùng các nhóm kháng sinh thông thường.

4. Theo dõi hậu phẫu: Số ngày nằm viện

Bệnh nhân được thay băng ngoài hàng ngày từ ngày thứ ba đến ngày thứ 8 thì cắt chỉ. Sau 7 ngày rút cuộn mét đặt cố định cửa tai, rút toàn bộ mét trong hốc mổ. 100% có hốc mổ rộng sạch, ẩm, không chẩy dịch.

4.1 Số ngày nằm viện của nhóm mổ lần đầu (n=174 bệnh nhân).

- Nhóm mổ lần đầu: Thời gian nằm viện trung bình là 7ngày

4.2. Số ngày nằm viện của nhóm mổ lần 2 (n=126 bệnh nhân)

- Nhóm mổ lần thứ hai: thời gian nằm viện trung bình là: 7.2 ngày.

5. Kết quả tình trạng hốc mổ sau phẫu thuật: Sau phẫu thuật 15 ngày, tất cả các bệnh nhân ra viện an toàn không có bệnh nhân nào bị viêm sụn vành tai. Sau phẫu thuật 1 tháng thì

100% số bệnh nhân có cửa tai rộng rãi, hốc mổ khô sạch, sau 3 tháng thì 99,3 số bệnh nhân có cửa tai rộng rãi, hốc mổ khô sạch, chỉ có (0.7%) bệnh nhân có hiện tượng bắt đầu hẹp lại cửa tai do cơ địa sẹo lồi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Faramars Memari, M.Maleki.** Meatoplasty in canal walldown surgery: Our experience and literature review. Iran J Otorhinolaryngol 2017 Jan; 29(90):11-17.
2. **Persad R, Sharma S**. Clinical presentation and pathophysiology of meatal stenosis following circumcision. Br J Urol. 1995; 75(1): 91-93.[pubmed].
3. **Mirck PG.** The M-Meatoplasty of the external auditory canal. Laryngoscope. 1996; 106(3): 367-9.[pubmed].

PHÁT HIỆN KHÁNG NGUYÊN VIRUS EPSTEIN BARR TRONG HUYẾT TƯƠNG BẰNG XÉT NGHIÊM MIỄN DỊCH GẮN EMZYM GIÁN TIẾP (ELISA) TRONG CHẨN ĐOÁN SỚM UNG THƯ VÒM HỌNG KHÔNG BIỆT HÓA

Nguyễn Thị Hồng Gấm[1], Đỗ Thị Nga[2], Hoàng Thị Thúy[3]
Nguyễn Thanh Bình[2], Nguyễn Văn Đô[2]

TÓM TẮT

Ung thư vòm họng không biệt hóa đến nay vẫn là căn bệnh có tỉ lệ tử vong cao do việc phát hiện sớm còn gặp nhiều khó khăn. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu can thiệp thử nghiệm có đối chứng trên 24 bệnh nhân được chẩn đoán mang bệnh và 24 bệnh nhân không mang bệnh trong thời gian từ tháng 1/2018-11/201 nhằm phát hiện nồng độ kháng thể IgA/VCA sinh ra do kháng nguyên virus Epstein barr có ý nghĩa đến việc chẩn đoán sớm đối với người bệnh không. **Kết quả**: Nồng độ trung bình kháng thể của nhóm bệnh nhân mang bệnh là 0,52 ±0,63, nhóm bệnh nhân không mang bệnh là 0,21±0,14. Trong số nhóm bệnh: dương tính=6 bệnh nhân, âm tính 18 bệnh nhân, nhóm chứng: dương tính 1, âm tính 13. Kết quả diện tích dưới đường cong AUC = 0,697 (p<0,05). Điểm cut-off được tính để test đạt độ đặc hiệu và độ nhạy cao nhất là OD ≥0,17, độ nhạy= 79,17%, độ đặc hiệu 58,33%. **Kết luận:** Xét nghiệm định lượng kháng thể IGA/VCA bằng phương pháp ELISA có giá trị phân biệt giữa người mang bệnh và không mang bệnh, tuy nhiên độ nhạy và độ đặc hiệu còn chưa cao. Cần kết hợp thêm các dấu hiệu đáng tin cậy khác để đạt được chẩn đoán hiệu quả.

Từ khóa: Ung thư vòm họng, ELISA, chẩn đoán sớm

SUMMARY

DETECTION OF VIRUS EPSTEIN BARR ANTIGEN SERUM BY ENZYME LINKED IMMUNOSORBENT ASSAY IN EARLY DIAGNOSIS NASOPHARYLGEAL CARCINOMA

Non-differentiated nasopharylgeal carcinoma is still a high mortality due to the challenge in early detection. We conducted a randomized controlled trial study on 24 patients diagnosed with nasopharylgeal carcinoma and 24 patients who were healthy during the period from January to November, 2018. To examine whether the concentration of IgA / VCA antibody produced by Epstein barr virus antigen has meaning to diagnose early onset of the disease. RESULTS: The average concentration of antibody in the patient group was 0.52 ± 0.63, in control group it was 0.21 ± 0.14. Among the group of patients: positive = 6 patients, negative 18 patients, control group: positive 1, negative 13. The area under the AUC curve was 0.697 (p <0.05). The cut-off point was calculated for the highest sensitivity and sensitivity of OD ≥0.17, sensitivity = 79.17%, specificity = 58.33%. ***Conclusion:*** IGA/VCA antibody titration using ELISA has the distinction between disease and disease-free status, but sensitivity and specificity are not high. There is a need to incorporate other credible signals to achieve effective diagnosis.

Key words: Nasopharylgeal carcinoma; ELISA; early diagnosis

[1]*Trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên*
[2]*Trường Đại Học Y Hà Nội,*
[3]*Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Gấm
Email: gamhoabinh83@gmail.com
Ngày nhận bài: 10.10.20178
Ngày phản biện khoa học: 23.11.2018
Ngày duyệt bài: 30.11.20178

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vòm họng không biệt hóa (Nasopharylgeal carcinoma) là căn bệnh không có biểu hiện lâm sàng rõ rệt ở giai đoạn sớm dẫn đến bệnh thường được phát hiện ở giai đoạn muộn, do vậy khả năng sống của bệnh nhân cũng giảm đáng kể sau khi được chẩn đoán (1). Epstein-Barr virus (EBV) là một virus thuộc họ Herpesviridae gây nên bệnh bạch cầu đơn nhân nhiễm khuẩn (Infectious mononucleosis (IM)), một loại bệnh tăng sinh lympho hạn chế ở người. EBV là loại virut có thể gây nhiễm rộng trong cộng đồng, đến tuổi trưởng thành gần như tất cả mọi người đều có khả năng mang EBV. Nhiễm EBV có mối tương quan chặt chẽ với sự phát triển của NPC, và bệnh nhân NPC có một kháng thể kháng EBV riêng biệt, đặc biệt là kháng thể Immunoglobulin A (IgA) chống lại kháng nguyên Capsid virus (VCA), kháng nguyên sớm (EA), kháng nguyên nhân EBV 1 (EBNA1), và BZLF1 protein hoạt hóa phiên mã (Zta) (2-4). Gần đây, xét nghiệm liên kết enzyme (ELISA) của enzyme liên kết với kháng thể liên quan đến EBV đã chứng minh hiệu suất chẩn đoán được cải thiện để sàng lọc NPC so với xét nghiệm dựa trên xét nghiệm miễn dịch huỳnh quang truyền thống (7). Hiện nay, tại Việt Nam đã có một vài bệnh viện đưa ra xét nghiệm chẩn đoán ung thư vòm họng dựa vào phương pháp định lượng kháng thể VCA/IgA bằng phương pháp ELISA tuy nhiên chưa có công bố nào xác nhận về độ nhạy và độ đặc hiểu của xét nghiệm trong chẩn đoán sớm. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục đích *đo lường sự mức độ đáng tin cậy của xét nghiệm này đối với việc chẩn đoán căn bệnh này.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng và thời gian nghiên cứu: Trong thời gian từ tháng 1/2018 đến tháng 11/201 chúng tôi chọn ra được 24 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vòm họng bằng phương pháp giải phẫu bệnh mô sinh thiết tại khối u đưa vào nhóm nghiên cứu. Nhóm đối chứng chọn ra 24 bệnh nhân bất kì từ bệnh phòng, không mắc các bệnh ung thư khác thông qua chẩn đoán nội soi tai mũi họng. Các trường hợp bị ung thư tế bào vảy, ung thư đầu mặt cổ khác như amidal, khoang miệng, lưỡi hoặc UTVMH ở giai đoạn IV đều bị loại ra khỏi đối tượng nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: can thiệp thử nghiệm có đối chứng.

Kỹ thuật xác định kháng thể IgA/VCA bằng ELISA:

Nguyên lý: Để xác định sự có mặt của kháng thể IgA-EBV bằng kỹ thuật ELISA, huyết tương của bệnh nhân được ủ với giếng phản ứng, giếng đó được phủ kháng nguyên VCA-EBV. Nếu có sự kết hợp kháng nguyên - kháng thể đặc hiệu xảy ra, kháng thể sẽ được phát hiện bằng hệ thống kháng thể thứ hai kháng IgA-EBV gắn enzyme và cơ chất tạo màu của enzyme đó. Nếu phản ứng tạo màu xảy ra ở giếng nào (xác định bằng đo độ hấp thụ ánh sáng) thì chứng tỏ trong huyết thanh người bệnh đã có kháng thể đặc hiệu IgA chống kháng nguyên VCA của EBV.

Phương tiện nghiên cứu:

- Bệnh phẩm: Đối tượng tham gia nghiên cứu được tiến hành lấy 3 - 5ml máu ngoại vi chống đông của các đối tượng nghiên cứu, bảo quản nhiệt độ 2 -8^0 trong thời gian không quá 3h. Sau đó ly tâm tách huyết tương giữ lại khối huyết tương bảo quản ở điều kiện - 30^{0}c.

- Thiết bị: Bao gồm các dụng cụ xét nghiệm thông thường, bộ hóa chất Bộ kít Anti-Epstein Barr virus (EBV-VCA) IgA ELISA:

+ Phiến nhựa vi giếng có phủ sẵn kháng nguyên VCA-EBV.
+ Dung dịch pha loãng mẫu IgA.
+ Dung dịch dừng phản ứng (Stop solution).
+ Dung dịch rửa 20X (Washing solution).
+ Kháng thể chống IgA-EBV HRP.
+ Dung dịch TMB Substrate solution.
+ IgA-EBV chứng dương (Positive control), IgA-EBV chứng âm (negative control), IgA-EBV nghi ngờ (Cut-off control)
+ Strip Holder.
+ Miếng băng dính nhiệt.
+ Nước khử ion.

Các bước thực hiện kỹ thuật:

Bước 1: Chuẩn bị mẫu và hoá chất:

- Chuẩn bị mẫu:

+ Rã đông huyết tương bệnh nhân, trộn đều.
+ Pha loãng mẫu với dung dịch pha loãng IgA với tỷ lệ 1:100 (10µl huyết tương pha với 990µl dung dịch pha loãng IgA).

- Chuẩn bị hoá chất:

+ Đưa hoá chất, giếng phản ứng về nhiệt độ phòng.
+ Pha dung dịch rửa 1X: Lấy 10ml dung dịch rửa 20X pha với 190ml nước khử ion.

Bước 2: Hút 100µl mẫu chứng dương (Positive Cotrol), chứng âm (Negative Cotrol) vào các giếng A1, A2; giếng A3 để trống (giếng blank); các giếng còn lại mỗi giếng nhỏ 100µl huyết tương đã pha loãng của các bệnh nhân. Bọc các giếng lại bằng băng dính nhiệt và ủ trong 60 phút ở 37^{o}C.

Bước 3: Bỏ miếng băng dính nhiệt ra, hút hết lượng nước trong giếng và rửa 3 lần bằng 300µl dung dịch Washing Solution 1X. Thời gian ngâm rửa mỗi chu kỳ ít nhất là 5s. Loại bỏ dịch rửa và thấm khô bằng giấy thấm.

Bước 4: Thêm 100µl kháng thể anti IgA-EBV HRP Conjugate vào các giếng (trừ giếng blank). Bọc các giếng lại bằng băng dính nhiệt và ủ trong tối 30 phút ở nhiệt độ phòng.

Bước 5: Lặp lại bước 3.

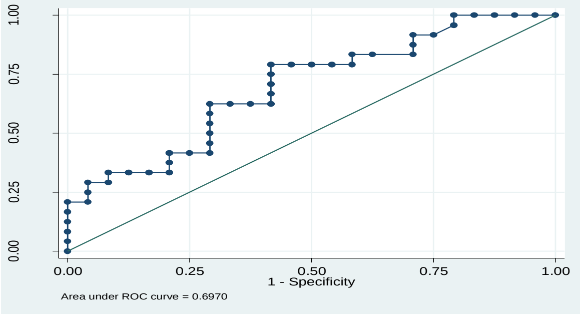
Bước 6: Thêm 100µl dung dịch TMB Substrate vào tất cả các giếng và ủ trong tối 15 phút ở nhiệt độ phòng.

Bước 7: Thêm 100µl dung dịch Stop Solution tất cả các giếng (lần lượt theo thứ tự như khi nhỏ dung dịch TMB Substrate).

Bước 8: Đo độ hấp thụ của mẫu thử ở 450nm (trong vòng 30 phút kể từ khi nhỏ dung dịch Stop Solution) và đọc kết quả.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong tổng số 48 bệnh nhân theo dõi, chúng tôi chia làm 2 nhóm: nhóm có bệnh và nhóm không có bệnh. Định lượng kháng thể IgA cho kết quả, số bệnh nhân có bệnh cho kết quả dương tính là 6, số bệnh nhân có bệnh cho kết quả âm tính là 18, số bệnh nhân không mắc bệnh cho kết quả dương tính là 1, số bệnh nhân không mắc bệnh cho kết quả âm tính là 23.



Hình 1. Diện tích dưới đường cong ROC

Diện tích dưới đường cong AUC là 0.697 với p <0.05. Độ chính xác trong chẩn đoán của test ở mức vừa phải (0.6-0.7).

Bảng 1. Giá trị cut-off và độ nhạy, độ đặc hiệu tương ứng

Giá trị cut-off	Độ nhạy %	Độđặc hiệu%	Giá trị cut-off	Độ nhạy %	Độ đặc hiệu %
≥ 0.082	100%	0%	≥0.205	62.5%	62.5%
≥ 0.085	100%	4.17%	≥0.207	62.5%	66.67%
≥0.094	100%	8.33%	≥0.21	62.5%	70.83%
≥1	100%	12.5%	≥0.221	58.33%	70.83%
≥0.105	100%	16.67%	≥0.222	54.17%	70.83%
≥0.11	100%	20.83%	≥0.228	50%	70.83%
≥0.112	95.83%	20.83%	≥0.229	45.83%	70.83%
≥0.115	91.67%	25%	≥0.249	41.67%	70.83%
≥0.116	91.67%	29.17%	≥0.275	41.67%	75%
≥0.118	87.5%	29.17%	≥0.294	41.67%	79.17%
≥0.119	83.3%	29.17%	≥0.324	37.5%	79.17%
≥0.122	83.3%	37.5%	≥0.332	33.33%	79.17%
≥0.126	83.3%	41.67%	≥0.341	33.33%	83.33%
≥0.163	79.17%	41.67%	≥0.369	33.33%	87.5%
≥0.167	79.17%	45.83%	≥0.475	33.33%	91.67%
≥0.168	79.17%	50%	≥0.484	29.17%	91.67%
≥0.169	79.17%	54.17%	≥0.518	29.17%	91.67%
≥0.17 *	**79.17%**	**58.33%**	≥0.528	25%	95.83%
≥0.171	75%	58.33%	≥0.675	20.83%	95.83%
≥0.175	70.83%	58.33%	* Giá trị cut-off mà tại đó độ nhạy và độ đặc hiệu đạt giá trị cao nhất		
≥0.192	66.67%	58.33%			
≥0.202	62.5%	58.33%			
≥0.205	62.5%	62.5%			

Nhận xét: Từ bảng 1, ta chọn điểm cut-off là OD ≥0.17, tại đó độ nhạy của test là 62.5%, độ đặc hiệu là 70.83%.

IV. BÀN LUẬN

Chẩn đoán huyết thanh ung thư vòm họng không biệt hóa đã được nghiên cứu rộng rãi trong nhiều năm gần đây. Hầu hết các nhà nghiên cứu đều cho kết quả về hiệu quả các test kết hợp nâng cao hơn nhiều so với các phương pháp chẩn đoán một test đơn thuần (8). Tuy nhiên, giá trị độ nhạy, độ đặc hiệu được báo cáo phụ thuộc vào loại huyết thanh, phương pháp thí nghiệm, giá trị cut-off, khu vực địa lý, giai đoạn bệnh và nhóm nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phân tích diện tích vùng dưới đường cong cho kết quả test định lượng IgA/VCA bằng ELISA có giá trị tương đối trong chẩn đoán phân biệt giữa 2 nhóm bệnh và không bệnh, tuy nhiên giá trị cut-off tương đối thấp. So với một nghiên cứu được tiến hành tại Trung Quốc năm 2011 định lượng kết hợp VCA và EBNA1 bằng phương pháp ELISA, các giá trị dự đoán của chúng tôi giảm rõ rệt (7). Sự khác biệt này có thể được giải thích do sự sai khác về cỡ mẫu, điều kiện sinh sống của bệnh nhân, điều kiện thí nghiệm. Mặt khác, điều này cũng chứng tỏ rằng, với test chẩn đoán đơn marker, việc chẩn đoán sớm bệnh ung thư vòm họng bị hạn chế rất nhiều. Ngày nay, có rất nhiều phương pháp hiện đại nhằm sàng lọc ung thư sớm như định lượng EBV AND bằng phương pháp PCR rất có hiệu quả. Tuy nhiên, phương pháp này lại khá tốn kém và ít có cơ hội thực hiện. Mặt khác ELISA lại có độ chính xác khá cao, dễ tiếp cận.

Nghiên cứu của chúng tôi có một vài hạn chế do cỡ mẫu nhỏ và chưa tiến hành so sánh các phương pháp khác. Tuy nhiên, đây sẽ là một bằng chứng về mức độ tin cậy của test ELISA trong chẩn đoán bệnh. Trên thực tế, cần kết hợp với các phương pháp khác nhằm khẳng định chẩn đoán.

V. KẾT LUẬN

Với kết quả và bàn luận trên, nghiên cứu cho thấy xét nghiệm định bán định lượng kháng thể IGA/VCA bằng phương pháp ELISA có giá trị phân biệt giữa người mang bệnh và không mang bệnh, tuy nhiên độ nhạy và độ đặc hiệu còn chưa cao. Cần kết hợp thêm các dấu hiệu đáng tin cậy khác để đạt được chẩn đoán hiệu quả.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin chân thành cảm ơn lãnh đạo Bệnh viện K Hà Nội cơ sở 1, Khoa Đầu – Mặt – Cổ Bệnh viện K, Bộ môn Miễn dịch –

Sinh lý bệnh, Đại học Y Hà Nội đã tạo giúp đỡ chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mao YP, Li WF, Chen L, Sun Y, Liu LZ, Tang LL, et al.** [A clinical verification of the Chinese 2008 staging system for nasopharyngeal carcinoma]. Ai zheng = Aizheng = Chinese journal of cancer. 2009;28(10):1022-8.
2. **Chen MR, Liu MY, Hsu SM,** Fong CC, Chen CJ, Chen IH, et al. Use of bacterially expressed EBNA-1 protein cloned from a nasopharyngeal carcinoma (NPC) biopsy as a screening test for NPC patients. Journal of medical virology. 2001;64(1):51-7.
3. **Joab I, Triki H, de Saint Martin J, Perricaudet M, Nicolas JC.** Detection of anti-Epstein-Barr virus trans-activator (ZEBRA) antibodies in sera from patients with human immunodeficiency virus. The Journal of infectious diseases. 1991;163(1):53-
4. **YY G, A F-T, SH C, LH G**. Epstein-Barr Viral Antigens Used in the Diagnosis of Nasopharyngeal Carcinoma. journal of Biomedical Science 1996;3:159-69
5. **Chien YC, Chen JY, Liu MY, Yang HI, Hsu MM, Chen CJ, et al.** Serologic markers of Epstein-Barr virus infection and nasopharyngeal carcinoma in Taiwanese men. The New England journal of medicine. 2001;345(26):1877-82.
6. **Cao SM, Liu Z, Jia WH, Huang QH, Liu Q, Guo X, et al.** Fluctuations of epstein-barr virus serological antibodies and risk for nasopharyngeal carcinoma: a prospective screening study with a 20-year follow-up. PloS one. 2011;6(4):e19100.
7. **Liu Y, Huang Q, Liu W, Liu Q, Jia W, Chang E, et al.** Establishment of VCA and EBNA1 IgA-based combination by enzyme-linked immunosorbent assay as preferred screening method for nasopharyngeal carcinoma: a two-stage design with a preliminary performance study and a mass screening in southern China. International journal of cancer. 2012;131(2):406-16.
8. **Dardari R, Hinderer W, Lang D, Benider A, El Gueddari B, Joab I, et al**. Antibody responses to recombinant Epstein-Barr virus antigens in nasopharyngeal carcinoma patients: complementary test of ZEBRA protein and early antigens p54 and p138. Journal of clinical microbiology. 2001;39(9):3164-70.

KẾT QUẢ SỚM CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ TRIỆT CĂN UNG THƯ TRỰC TRÀNG

Phạm Thái Hạ*, Nguyễn Xuân Hùng, Nguyễn Quốc Dũng*****

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật nội soi điều trị triệt căn ung thư trực tràng. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 118 bệnh nhân ung thư trực tràng được phẫu thuật nội soi. Các chỉ số nghiên cứu là thời gian phẫu thuật nội soi (phút), thời gian phục hồi nhu động ruột (ngày) và thời gian nằm viện (ngày). Kết quả nghiên cứu: không có bệnh nhân tử vong trong và sau phẫu thuật 30 ngày. Có 8,5% bệnh nhân có biến chứng sau phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trung bình là 171,4 ± 38,6 phút. Thời gian nhu động ruột trở lại sau mổ trung bình: 2,8 ± 0,9 ngày và thời gian nằm viện sau mổ là 8,4 ± 3,5 ngày. Kết luận: phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng có ưu điểm là ít xâm lấn và phục hồi nhanh.

Từ khóa: ung thư trực tràng, thời gian phẫu thuật nội soi, thời gian phục hồi nhu động ruột, thời gian nằm viện.

SUMMARY

SHORT- OUTCOME OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR RECTAL CANCER

Objectives: evaluate the short- outcome of laparoscopic surgery for rectal cancer. Subjects and methods: 118 patients with rectal cancer who who underwent laparoscopic surgery. The study index was the surgery time (minutes), time to return of bowel movement (day) and length of hospital stay (day). ***Results:*** There was not patients died during and after the 30-day surgery. The complications rate after surgery was 8.5% patients. The surgery time was 171.4 ± 38.6 minutes; time to return of bowel movement was 2.8 ± 0.9 days and length of hospital stay is 8.4 ± 3.5 days. Laparoscopy has the advantages of minimal invasion and fast recovery

Key words: rectal cancer, laparoscopic surgery time, time to return of bowel movement, length of hospital stay

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 1987, Philippe Mouret thực hiện phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt túi mật lần đầu tiên trên thế giới. Từ đó, PTNS đã được ứng dụng thành công trong điều trị nhiều bệnh lý khác nhau trong đó có đại trực tràng. Các kết quả nghiên cứu về ung thư học cho thấy PTNS có khả năng cắt rộng và vét hạch ngang với mổ mở (MM) [1], [2], [3], [4]. Ưu điểm của PTNS là đau sau mổ ít hơn, thời gian lập lại nhu động ruột sớm, thời gian phục hồi sau mổ nhanh, thời gian nằm viện ngắn hơn so với MM. Tỷ lệ, biến chứng sau mổ, tái phát và thời gian sống toàn bộ, sống không bệnh của nhóm PTNS khác biệt không đáng kể so với MM [5], [6], [7], [8].

**Bệnh viện Huyện Thanh Ba, Phú Thọ*
***Bệnh viện Hữu nghị Việt- Đức*
****Bệnh viện Hữu Nghị Việt Xô*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thái Hạ
Email: thaihalqa@gmail.com
Ngày nhận bài: 4.10.2018
Ngày phản biện khoa học: 22.11.2018
Ngày duyệt bài: 28.11.2018

Zhou G. và cs. (2004) [5] so sánh các bệnh nhân (BN) UTTT được PTNS và MM thấy PTNS có số lượng máu mất (20 ml) ít hơn so với MM (92 ml, p<0,05). Wang Y. W. (2015) phân tích ghép cặp (NS: 106 BN; MM: 106 BN) thấy số hạch bạch huyết vét được (12,9 ± 6,9 so với 12,9 ± 5,4) và đặc điểm giải phẫu bệnh lý sau PT của hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05). So với MM, thời gian giảm đau sau PT của nhóm PTNS ngắn hơn (2,4 ± 0,7 ngày so với 2,7 ± 0,6 ngày, p<0,001); thời gian đặt dẫn lưu nước tiểu ngắn hơn (6,5 ± 3,4 ngày so với 7,8 ± 1,3 ngày, p<0,001) [5].

Nghiên cứu được tiến hành nhằm mục đích: *Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật nội soi điều trị triệt căn ung thư trực tràng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 118 BN UTTT giữa và dưới được PTNS điều trị triệt căn tại bệnh viện Việt - Đức từ tháng 6/2013 đến 06/2015.

***Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:**

- BN được chẩn đoán UTTT bờ dưới u cách rìa hậu môn <15cm.
- Có chẩn đoán giải phẫu bệnh là UTTT và được PTNS điều trị triệt căn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, so sánh theo chiều dọc theo dõi đánh giá kết quả sau PTNS.
- Các BN được PTNS cắt đoạn trực tràng nối ngay hoặc phẫu thuật Miles.
- Các chỉ số nghiên cứu là thời gian PTNS (phút), thời gian phục hồi nhu động ruột (ngày) và thời gian nằm viện (ngày).
- Các số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Không có BN nào có tai biến lớn trong mổ như: tổn thương ĐM và TM lớn, tổn thương bàng quang, ruột non, tử vong trong mổ... Có 2/118 BN (1,7%) BN phải truyền máu trong mổ. Không có BN tử vong trong và sau PT 30 ngày.

Bảng 1. Biến chứng sau mổ.

Biến chứng sau mổ	**Số BN**	**Tỷ lệ (%)**
Chảy máu miệng nối sau mổ	1	0,8
Chảy máu vết mổ tầng sinh môn	1	0,8
Rò nước tiểu	1	0,8
Bí tiểu kéo dài	4	3,4
Tiểu rắt	1	0,8
Rò miệng nối	1	0,8
Hẹp HMNT	1	0,8
Tổng số	**10**	**8,5**

Kết quả ở bảng 1 cho thấy tỷ lệ biến chứng sau mổ là 8,5%.

Bảng 2. Thời gian phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng.

Thời gian phẫu thuật (phút)	**Cắt đoạn TT nối ngay (n= 81)**		**PT Miles (n= 37)**		**Tổng số (n= 118)**	
	Số BN	TL (%)	Số BN	TL (%)	Số BN	TL (%)
<150	20	24,7	5	13,5	25	21,2
≥150	61	75,3	32	86,5	93	78,8
X ± SD	170,0 ± 42,1		174,6 ± 30,0		171,4 ± 38,6 (82- 330)	
p	p>0,05					

Qua bảng 2 thấy thời gian PTNS trung bình là 171,4 ± 38,6 phút (ngắn nhất: 82 phút; dài nhất: 330 phút). Đa số BN có thời gian PT ≥150 phút (78,8%).

Bảng 3. Thời gian có nhu động ruột trở lại sau mổ.

Thời gian nhu động trở lại (ngày)	**Cắt đoạn TT tràng nối ngay (n= 81)**		**PT Miles (n= 37)**		**Tổng số (n= 118)**	
	Số BN	TL (%)	Số BN	TL (%)	Số BN	TL (%)
<3	24	29,6	16	43,2	40	33,9
≥3	57	70,4	21	56,8	78	66,1
X ± SD	2,9 ± 0,9		2,8 ± 0,9		2,8 ± 0,9 (1- 6)	
p	p>0,05					

Qua bảng 3 thấy thời gian nhu động ruột trở lại sau mổ trung bình: 2,8 ± 0,9 ngày (1 -6 ngày).

Bảng 4. Thời gian nằm viện sau mổ.

Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	**Cắt đoạn TT nối ngay (n= 81)**		**PT Miles (n= 37)**		**Tổng số (n= 118)**	
	Số BN	TL (%)	Số BN	TL (%)	Số BN	TL (%)
<7	6	7,4	4	10,8	10	8,5
≥7	75	92,6	33	89,2	108	91,5

X ± SD	8,7 ± 3,9	7,7 ± 2,3	8,4 ± 3,5 (5- 35)
p	p>0,05		

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình: 8,4 ± 3,5 ngày (ngắn nhất: 5 ngày và dài nhất: 35 ngày).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tai biến, biến chứng trong và sau phẫu thuật: Trong 118 BN PTNS điều trị triệt căn UTTT, chúng tôi không gặp BN nào có biến chứng lớn như tử vong trong mổ, tổn thương ĐM và TM lớn, tổn thương BQ, ruột non... Có 10/118 BN (8,5%) có biến chứng sau mổ, gồm: chảy máu sau mổ (0,8%), chảy máu vết mổ vùng tầng sinh môn (0,8%), rò nước tiểu (0,8%), bí tiểu kéo dài (3,4%), tiểu rắt (0,6%), rò miệng nối (0,8%), hẹp HMNT (0,8%). Không có trường hợp nào nhiễm khuẩn vết mổ, tắc ruột sau mổ, và tử vong sau PT trong vòng 30 ngày. Tỷ lệ biến chứng sau PTNS trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nhiều nghiên cứu khác (bảng 5).

Bảng 5. Tỷ lệ biến chứng sau PNTS so với một số nghiên cứu.

Tác giả		PT	n	Tỷ lệ (%)
Zhou G. và cs. (2004) [8]		NS	82	6,1
		MM	89	12,4 (p<0,05)
Wang Y. W. (2015) [5]		NS	106	15,1
		MM	106	12,3 (p=0,549)
Wu Y. (2017) [6]	GĐ học tập (2010- 2012)	NS	112	39,29
	GĐ phát triển (2013- 2015)	NS	169	27,22
Mai Đức Hùng (2012) [2]		NS	138	15,1
Trương Vĩnh Quý (2018) [3]		NS	52	15,4
Kết quả nghiên cứu (2018)		NS	118	8,5

4.2. Thời gian phẫu thuật: Thời gian PT đóng vai trò rất quan trọng để đánh giá ưu điểm của một phương pháp PT. Thời gian PT ngắn giúp giảm những tai biến về gây mê hồi sức, giảm chi phí cho người bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian PTNS trung bình là 171,4 ± 38,6 phút (82- 330 phút). Thời gian PTNS ở nhóm cắt đoạn trực tràng nối ngay (170,0 ± 42,1 phút) không khác biệt so với nhóm PT Miles (174,6 ± 30,0 phút), p>0,05. Kết quả này cũng tương tự với các nghiên cứu khác (bảng 6).

Bảng 6. Thời gian PTNS điều trị UTTT so với một số nghiên cứu.

Tác giả		PT	n	Thời gian PT (phút)
Zhou G. và cs. (2004) [8]		NS	82	120 (110–220)
Zhang X. M. (2014) [7]	PTV có k. nghiệm	NS	100	187,9 ± 60,0
	PTV ít kinh nghiệm	NS	140	231,3 ± 55,7; p= 0,006
Ding Z. (2017) [4]		NS	31	271,2 ± 56,2
Wu Y. (2017) [6]	GĐ học tập (2010- 2012)	NS	112	254,46 ± 61,01
	GĐ phát triển (2013- 2015)	NS	169	190,00 ± 53,07
Phạm Văn Bình (2013) [1]		NS	135	172,2 ± 57,7
Mai Đức Hùng (2012) [2]		NS	138	204,20 ± 62,24
Kết quả nghiên cứu (2018)		NS	118	171,4 ± 38,6

4.3. Thời gian phục hồi chức năng tiêu hoá sau phẫu thuật

Nhìn chung các tác giả đều thống nhất rằng PTNS làm cho khả năng phục hồi nhu động ruột sớm hơn và BN có thể ăn sớm hơn so với MM.

Kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian nhu động ruột trở lại sau mổ trung bình: 2,89 ± 0,95 ngày (1- 6 ngày). Đa số BN có thời gian nhu động ruột trở lại sau mổ là ≥3 ngày (66,1%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác (bảng 7).

Bảng 7. Thời gian phục hồi chức năng tiêu hóa so với một số nghiên cứu.

Tác giả		PT	n	Thời gian (ngày)
Zhou G. và cs. (2004) [8]		NS	82	1,5 ± 1,3
		MM	89	2,7 ± 1,5; p<0,01
Zhang X. M. (2014) [7]	PTV có k. nghiệm	NS	100	3,3 ± 0,9
	PTV ít kinh nghiệm	NS	140	3,8 ± 0,9; p= 0,001
Wang Y. W. (2015) [5]		NS	106	57,3 ± 7,9 giờ
		MM	106	63,5 ± 9,2 giờ, p<0,001),
Ding Z. và cs. (2017) [4]		NS	31	3,0 ± 0,9
		MM	33	4,7 ± 1,0 (p< 0,001)

Phạm Văn Bình (2013) [1]	NS	135	33,14 ± 4,4 giờ
Kết quả nghiên cứu (2018)	NS		2,89 ± 0,95

4.4. Số ngày nằm điều trị: Thời gian nằm viện sau PTNS thường ngắn hơn so với MM [5].

Qua nghiên cứu thấy thời gian nằm viện sau mổ trung bình: 8,44 ± 3,57 ngày (5- 35 ngày). Hầu hết BN có thời gian nằm viện sau mổ là ≥7 ngày (91,5%), (bảng 3). Thời gian nằm viện sau PT của chúng tôi tương tự với các kết quả của các tác giả trong và ngoài nước (bảng 8).

Bảng 8. Thời gian nằm viện của BN PTNS so với một số nghiên cứu.

Tác giả		PT	n	Thời gian
Zhou G. và cs. (2004) [8]		NS	82	8,1 ± 3,1
		MM	89	13,3 ± 3,4 (p<0,001)
Wang Y. W. (2015) [5]		NS	106	11,2 ± 4,7
		MM	106	12,6 ± 4,0 (p= 0,01)
Wu Y. (2017) [6]	GĐ học tập	NS	112	15,33 ± 6,68
	GĐ phát triển	NS	169	11,98 ±3,17
Mai Đức Hùng (2012) [2]		NS	138	8,25 ± 3,93
Phạm Văn Bình (2013) [1]		NS	135	7,38
Trương Vĩnh Quý (2018) [3]		NS	52	11,8
Kết quả nghiên cứu (2018)		NS	118	8,4 ± 3,5 (5- 35)

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu kết quả sớm của PTNS điều trị triệt căn ung thư trực tràng thấy không có bệnh nhân tử vong trong và sau phẫu thuật 30 ngày. Có 8,5% bệnh nhân có biến chứng sau phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trung bình là 171,4 ± 38,6 phút. Thời gian nhu động ruột trở lại sau mổ trung bình: 2,8 ± 0,9 ngày và thời gian nằm viện sau mổ là 8,4 ± 3,5 ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Văn Bình (2013),** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt cụt trực tràng đường bụng tầng sinh môn điều trị ung thư trực tràng thấp, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y.
2. **Mai Đức Hùng (2012),** "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt trước thấp nối máy điều trị ung thư trực tràng", Tạp chí Y dược học quân sự, (1), tr. 1- 7.
3. **Trương Vĩnh Quý (2018),** Đánh giá kết quả điều trị triệt căn ung thư trực tràng thấp bằng phẫu thuật nội soi có bảo tồn cơ thắt, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học YD Huế.
4. **Ding Z., Wang Z., Huang S. et al. (2017),** "Comparison of laparoscopic vs. open surgery for rectal cancer", Mol Clin Oncol., 6(2):170-176.
5. **Wang Y. W., Huang L. Y., Song C. L. et al. (2015),** "Laparoscopic vs open abdominoperineal resection in the multimodality management of low rectal cancers", World J Gastroenterol., 21(35):10174-83.
6. **Wu Y., Sun X., Qi J. et al. (2017),** "Comparative study of short- and long-term outcomes of laparoscopic-assisted versus open rectal cancer resection during and after the learning curve period", Medicine (Baltimore). 2017 May; 96(19): e6909
7. **Zhang X. M., Wang Z., Liang J. W. et al. (2014),** "Seniors have a better learning curve for laparoscopic colorectal cancer resection", Asian Pac J Cancer Prev. 2014;15(13):5395-9.
8. **Zhou Z. G., Hu M., Li Y. et al. (2004).** "Laparoscopic versus open total mesorectal excision with anal sphincter preservation for low rectal cancer". Surg Endosc, 18 (8), pp 1211 – 1215.

ỨNG DỤNG KỸ THUẬT LỌC MÁU LIÊN TỤC ĐIỀU TRỊ ĐỢT CẤP MẤT BÙ RỐI LOẠN CHUYỂN HÓA BẨM SINH

Đào Hữu Nam[1], Tạ Anh Tuấn[1] , Nguyễn Phú Đạt[2]

TÓM TẮT

Lọc máu liên tục (LMLT) là phương thức được chỉ định điều trị cho những bệnh nhân suy thận cấp, ngày nay nó còn được sử dụng để điều trị cho những bệnh khác nhau như cơn cấp mất bù rối loạn chuyển hóa bẩm sinh (RLCHBS). **Mục tiêu**: 1. *Mô tả đặc điểm kỹ thuật, chỉ định lọc máu liên tục điều trị cơn cấp mất bù của một số rối loạn chuyển hóa bẩm sinh tại Bệnh viện Nhi Trung ương. 2.Nhận xét một số tai biến và biến chứng của kỹ thuật lọc máu liên tục.* **Đối tượng:** 19 bệnh nhân được chẩn đoán cơn cấp mất bù do RLCHBS được LMLT. **Phương pháp nghiên cứu**: mô tả. **Kết quả**: 19 trẻ (11 nam, 8 nữ), tuổi trung bình là 10 ± 17 tháng tuổi. Cân nặng là: 7.2 ± 4,2 kg.RLCH acid hữu cơ (9/19), RLCH chu trình ure (4/19),Maple

[1]*Bệnh viện Nhi Trung ương*
[2]*Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Đào Hữu Nam
Email: namdhnt30@gmail.com
Ngày nhận bài: 8.10.2018
Ngày phản biện khoa học: 21.11.2018
Ngày duyệt bài: 28.11.2018

syrup urine diseases (MUSD) (3/19) Betaketothiolase (2/19) và ketosis (1/19). Chỉ định lọc máu do toan chuyển hóa (12/19), tăng amoniac (7/19). 18/19 (94,7%) sống, 1/19 tử vong, đường vào chính là tĩnh mạch (TM) đùi (17/19). Quả lọc HF20 (14/19), M60 (4/19), M100 (1/19). Phương thức chính là LMLT (15/19), thẩm tách máu liên tục (2/19) và lọc và thẩm tách máu liên tục (2/19). Tốc độ máu là 32,5 ± 12,5 (ml/phút), tốc độ dịch thay thế 381 ± 196ml/giờ, nồng độ Heparin là 20 ± 11UI/kg/h. Số quả lọc đã dùng là: 2 quả lọc, thời gian lọc máu là: 2,8± 1,86ngày. Biến chứng gặpở 5/19 (26,3%) (nhiễm khuẩn bệnh viện: 15,8%; hạ kali máu: 10,5%). **Kết luận**: LMLT là phương thức hiệu quả trong điều trị cơn cấp mất bù RLCHBS với tỷ lệ sống cao, ít biến chứng

Từ khóa: Cơn cấp mất bù, rối loạn chuyển hóa bẩm sinh, lọc máu liên tục.

SUMMARY

APPLICATION OF CONTINUOUS VENOVENOUS HEMOFILTRATION IN THE TREATMENT ACUTE DECOMPENSATION OF INBORN ERRORS OF METABOLISM

Continuous venovenous hemofiltration (CVVH) is a well established treatment for the patients with acute kidney insufficiency (AKI), it is now being used for management of various illnesses such as decompensated of inborn errors of metabolism (IEMs). **Objectives**: *1. Describe the technical characteristics, indication of CVVH in the treatment for an acute decompensated of inborn errors of metabolism at the National Children,s Hospital. 2. Commentabout some of the complications of CVVH*. **Methods**:Description, prospective 19 pediatric patients diagnosed with acute decompensation due to IEMs. **Results**: 19 patients (11 males, 8 females), mean age 10 ± 17months. The average of weight is 7.24 ± 4.2kg. Organic acidemia: 9/19 patients urea cycle defect (4/19), Maple syrup urine diseases (3/19) Betaketothiolase (2/19) và ketosis (1/19). 12/19 patients with severe metabolic acidosis, 7/12 patients with hyperammonia. 18/19 (94.7%), patients were alive one patient died. The main venous of catheter were femoral vein (17/19). HF20 filter (14/19), M60 (4/19), M100 (1/19), mode continuos venovenous hemofiltration (CVVH) (15/19), 2/19 patients with continuos venovenous hemodialysis (CVVHD) and 2/19 patients with continuos venovenous hemodiafiltration (CVVHDF). The mean blood velocity was 32.5 ± 12.5 (ml/min), the replacement rate was 381 ± 196ml/h, the average heparin concentration was 20 ± 11UI/kg/h. Filter used: 2 filters, CVVH time: 2.8 ± 1.86 days. Complications occurred in 5/19 (26.3%) of patients (nosocomial infection: 15.8%, hypokalaemia: 10.5%). **Conclusion**: CVVH is an effective mode in the treatment of acute decompensated of IEMs with high survival rate, less complication.

Keyword*: acute decompensation, inborn errors of metabolism, CVVH*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn chuyển hóa bẩm sinh (RLCHBS) là một nhóm các bệnh lý di truyền phân tử do những rối loạn về cấu trúc gen dẫn tới sự khiếm khuyết khác nhau trong quá trình chuyển hóa vật chất trong cơ thể như thiếu hụt các enzym, receptor, protein vận chuyển, các yếu tố đồng vận. Cơn cấp mất bù là tình trạng diễn biến cấp tính của bệnh RLCHBSdo mất cân bằng về chuyển hóa các chất dẫn tới đe dọa khả năng sống của bệnh nhân, biểu hiện lâm sàng của cơn cấp mất bù rất đa dạng với những triệu chứng không đặc hiệu: li bì, bú kém, nôn, co giật hôn mê hoặc tình trạng sốc nặng, toan chuyển hóa nặng, nếu không chẩn đoán và điều trị kịp thời trẻ sẽ bị tử vong hoặc để lại di chứng nặng nề. [1], [2]. Lọc máu liên tục (LMLT) là phương pháp có tác dụng đào thải amoniac trong máu, điều chỉnh rối loạn toan máu giúp, từ đógiúp cân bằng lại quá trình chuyển hóa trong cơ thể.[3].

Trên thế giới đã có một số nghiên cứu về hiệu quả LMLT điều trị cơn cấp mất bù RLCHBS. Tại Bệnh viện Nhi Trung ương đã sử dụng phương pháp LMLT để điều trị cơn cấp mất bù RLCHBS nhưng chưa thống nhất về chỉ định cũng như đặc điểm kỹ thuật lọc máu cho trẻ bị RLCHBS. Nghiên cứu tiến hành với 2 mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm kỹ thuật, chỉ đinh lọc máu liên tục điều tri cơn cấp mất bù của một số RLCH bẩm sinh tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

2. Nhận xétmột số tai biến, biến chứng của kỹ thuật lọc máu liên tục.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1.Đối tượng nghiên cứu: 19 trẻ được chẩn đoán RLCHBScó cơn cấp mất bù và được LMLT tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ 1/2015 -12/2017.

2. Phương pháp nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: 19 trẻ được chẩn đoán RLCHBS (rối loạn chuyển hóa (RLCH) chu trình ure (4), acid hữu cơ (9), betaketothiolse (2), MSUD (3), ketosis (1), có biểu hiện cơn cấp mất bù. được chỉ định LMLT theo tiêu chuẩn của Saudubray[3] khi có một trong các triệu chứng sau: Hội chứng não cấp kết hợp amoniac máu tăng ≥ 400μmol/l và/hoặc tình trạng nhiễm toan chuyển hóa nặng pH < 7,2.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả.

Phương thức tiến hành: Trẻ được ổn định tình trạng hô hấp, tuần hoàn và thần kinh và được chỉ định LMLT với máy lọc máu PRISMA Flex, quả lọc và dịch lọc Hemosol của hãng Gambro, chống đông dùng Heparin thường, mục tiêu giữ ACT: 140-160s.

3. Nội dung nghiên cứu

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, nhóm bệnh

- Chỉ định lọc máu: toan chuyển hóa, tăng amoniac máu
- Đặc điểm kỹ thuật lọc máu: vị trí đặt catheter, kích thước catheter, quả lọc máu, phương thức lọc máu, tốc độ máu, tốc độ dịch thay thế, dịch rút và Heparin…
- Tai biến và biến chứng của kỹ thuật lọc máu liên tục:
- Hạ kali máu, nhiễm trùng, chảy máu, tắc mạch…
- Tỷ lệ tử vong/sống

4. Xử lý số liệu: sử dụng phần mềm SPSS 23.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Tuổi trung bình là10 ± 17 tháng, nhỏ nhất là 4 ngày tuổi, lớn nhất là 72 tháng tuổi. - Giới:nam:11/19, nữ 8/19.
- Cân nặng trung bình là 7.2 ± 4,2kg, nhỏ nhất là 3kg, lớn nhất là 19kg.
- Phân bố bệnh nhân theo bệnh rối loạn chuyển hóa bẩm sinh

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo bệnhrối loạn chuyển hóa bẩm sinh

Bệnh	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Rối loạn chuyển hóa (RLCH) acid hữu cơ	9	47,3
RLCH chu trình ure	4	21,2
Maple syrup urine diseases (MSUD)	3	15,7
Thiếu enzymBetaketothiolase	2	10,5
Ketosis	1	5,3
Tổng số	**19**	**100**

Nhận xét: RLCH acid hữu cơ chiếm tỷ lệ cao nhất (47,3%), tiếp đến RLCH chu trình ure (21,2%), MUSD (15,7%), Betaketothiolase (10,5%) và ketosis (5,3%).

3.2. Đặc điểm kỹ thuật lọc máu

- Chỉ định lọc máu:toan chuyển hóa 12/19 (63%), do tăng amoniac máu 7/19 (36,8%)

Bảng 2. Đặc điểm của kỹ thuật lọc máu

Đặc điểm	Số lượng (n =19)	Tỷ lệ (%)
Vị trí đặt catheter		
Tĩnh mạch (TM) đùi phải	17	89,5
TM cảnh trong	2	10,5
Thể tích quả lọc (ml)		
HF20 (60 ml)	14	73,7
M60 (93 ml)	4	21
M100 (152 ml)	1	5,3
Phương thức lọc máu		
CVVH	15	78,9
CVVHD	2	10,5
CVVHDF	2	10,5

Nhận xét: Vị trí đặt catheter lọc máu chủ yếu TM đùi chiếm 89,5%.Quả lọcHF20 (60 ml) được sử dụng chủ yếu, chiếm 73,7%. Phương thức lọc máu chính là CVVH có15/19(78,9 %)

Bảng 3. Đặc điểm chỉ số lọc máu

Chỉ số lọc máu	X ± SD	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Tốc độ máu (ml/phút)	32,5 ± 12,5	10	60
Tốc độ dịch thay thế (ml /giờ)	311 ± 182	60	700
Tốc độ dịch rút (ml/giờ)	9 ± 16	0	16
Nồng độ Heparin (UI/kg/giờ)	20 ± 11	0	20
ACT(s)	156 ± 32	120	230
Số quả lọc đã dùng (quả)	2 ± 1	1	5
Thời gian lọc máu (ngày)	2,8 ± 1,86	1	6

Nhận xét: Tốc độ máu trung bình là 32,5 ± 12,5 (ml/phút). Tốc độ dịch thay thế trung bình là 311 ± 182ml/kg/giờ. Nồng độ heparin trung bình là 20 ± 11 UI/kg/giờ. Thời gian đông máu ACT trung bình là 156 ± 32s. Mỗi bệnh nhân trung bình sử dụng 2 quả lọc. Thời gian lọc máu trung bình là 2,8 ± 1,86ngày.

Bảng 4. Một số tai biến và biến chứng của lọc máu liên tục

Biến chứng và tai biến	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhiễm khuẩn bệnh viện	3/19	15,8
Hạ kali máu	2/19	10,5
Tổng số	**5/19**	**26,3%**

Nhận xét: Có 26,3% bệnh nhân có biến chứng trong quá trình lọc máu. Biến chứng hay gặp là nhiễm khuẩn bệnh viện (15,8%), hạ kali máu có 2/9 (10,5%).

- Kết quả điều trị: Có 18/19 (94,7 %) bệnh nhân sống và tử vong 1/19 (5,3%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Cơn cấp mất bù ở bệnh nhân bị RLCHBS sảy ra ở mọi lứa tuổi nhưng hay gặp nhất ở trẻ dưới 1 tuổi, thấp hơn so với nghiên cứu của McBryde và cộng sự[4] là 56,2 ± 71 tháng, tuổi càng nhỏ nguy cơ dễ bị nhiễm trùng, đây là yếu tố nguy cơ thúc đẩy cơn cấp mất bù RLCHBS. Cơn cấp mất bù hay gặp nhất là RLCH acid hữu cơ, sau đó là RLCH chu trình ure, tiếp đến là bệnh thiếu enzymBetaketothiolase (bảng 1). RLCH acid hữu cơ, thiếu enzym Betaketothiolase gây tăng các acid tự do trong máu, do vậy gây ra tình trạng toan máu nặng, có thể kèm theo tăng hoặc không tăng amoniac máu, còn chu trình ure gây tăng amoniac máu, gây độc cho tế bào não.

Chỉ định lọc máu trong cơn cấp mất bù RLCHBS chính là toan chuyển hóa là do chủ yếu là RLCH acid hữu cơ. Betaketothiolase và MSUD, các bệnh nhân này biểu hiện cơn cấp mất bù là tình trạng toan chuyển hóa mất bù tăng khoảng trống anion[5]. Tăng amoniac máu cũng là chỉ định lọc máu chính trong RLCHBS, đặc biệt do RLCH chu trình ure, tăng amoniac máu kéo dài gây tổn thương các tế bào não không hồi phục, do vậy làm giảm nhanh amoniac máu là vấn đề cốt yếu trong điều trị cơn cấp mất bù RLCHBS kèm tăng amoniac máu. Lọc máu liên tục là biện pháp hữu hiệuđể đào thải amoniac máu trên những bệnh nhân có huyết động không ổn định, ưu điểm của lọc máu liên tục so với lọc máu ngắt quãng là làm giảm nhanh NH3 mà vẫn duy trì được cân bằng điện giải và ổn định huyết động.

4.2. Đặc điểm kỹ thuật lọc máu:

Vị trí catheter: chủ yếu sử dụng catheter tĩnh mạch đùi, vì đây là đường vào mạch máu lớn, có thể dễ dàng rút máu ra cũng như trả máu về, dễ chăm sóc và theo dõi. 2/19 sơ sinh vào viện trong tình trạng nặng, không đặt được tĩnh mạch đùi, do đó phải đặt tĩnh mạch cảnh trong. Quả lọc máu Frisma flex HF20 chếm 73,3%, có 4/19 dùng quả lọc M60, độ tuổi trung bình từdưới 1 tuổi chiếm chủ yếu, do vậy sử dụng quả lọc HF20 phù hợp với tuổi và cân nặng, có 1/19 được sử dụng quả lọc máu M100, với tốc độ máu lớn hơn và thể tích quả lọc lớn. Lọc máu liên tục có nhiều phương thức khác nhau, dựa trên cơ chế đối luu- siêu lọchoặc khuếch tán,phương thức CVVH sử dụng cơ chế đối lưu cho bệnh nhân của trong tình trạng nặng, sốc nhiễm khuẩn và toan chuyển hóa nặng mất bù, do đó ngoài lọc các acid hữu cơ trong máu, amoniac, các chất chuyển hóa trung gian, các chất trung gian gây viêm, các cytokine, 2/19 sử dụng phương thức CVVHDF để lọc bỏ amoniac một cách nhanh chóng, nhưng phương thức này tốn kém hơn vì phải sử dụng cả dịch thay thế và dịch thẩm tách, còn phương thức CVVH sử dụng một túi dịch lọc do đó ít tốn kém hơn phương thức CVVHDF, phù hợp với điều kiện và hoàn cảnh của Việt Nam. Tốc độ máu trung bình của chúng tôi là 5ml/kg/giờ, thấp hơn so với nghiên cứu của Arbeiter là 9,8 ± 3,4ml/kg/phút, sở dĩ có sự khac biệt này là do chúng tôi sử dụng tốc độ máu theo khuyến cáo là 3-7ml/kg/phút[6]. Tốc độ dịch thay thế 60ml/kg/h tốc độ máu, so với tốc độ dịch khuyến cáo là > 35ml/kg/h, tốc độ dịch rút trung bình 9 ± 16ml/giờ, đa phần không phải rút dịch, bệnh nhân tự đi tiểu được, nồng độ Heparin trung bình là 20 ± 11UI/kg/giờ. Chúng tôi dựa vào ACT (actived cloting time) và giữ ACT từ 140-160s, ban đầu ACT là 156 ± 32 s, 1 bệnh nhân có ACT cao 230 s, vì vậy không cần sử dụng Heparin thường, sau 2 giờ kiểm tra lại ACT, nếu xu hướng vẫn> 160s, thì tiếp tục dừng Heparin và kiếm tra lại sau 1 giờ, nhìn chung không có hiện tượng chảy máu khi đang lọc máu. Số quả lọc trung bình được sử dụng là 2 quả lọc, nhiều nhất là 5 quả lọc, thời gian lọc máu trung bình là: 2,8± 1,86 ngày, dài nhất là 6 ngày, có bệnh nhân chỉ lọc máu 1 ngày. Tuy nhiên thời gian lọc máu trong nghiên cứu của chúng tôi dài hơn so với hai tắc giả nói trên: 2,8 ± 1,86 ngày so với Bryde MC là 1,65 ± 2,42 ngày [4], và Arbeiter là 1,75 ± 1,26 ngày [6], có thể do bệnh nhân của chúng tôi vào viện trong tình trạng nặng hơn kèm với sốc nhiễm khuẩn nên cần thời gian lọc máu dài hơn.

4.3. Kết quả và tai biến: Nhiễm khuẩn bệnh viện 3/19 (15,8%), do bệnh nhânvào viện trong tình trạng nặng, phải can thiệp nhiều biện pháp xâm nhập như: thở máy, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm, đặt huyết áp động mạch và sonde tiểu do vậy dễ có nguy có nhiễm trùng bệnh viện, ngoài ra có 2/19 (10,5%) bị hạ kali máu và phải bù kali bằng đường truyền tĩnh mạch và kali trở về bình thường, vì các bệnh nhân này đều đi tiểu tốt, kết hợp với lọc máu dẫn tới nguy cơ hạ kali máu là cao, mặt khác khi tình trạng toan máu của bệnh nhân cải thiện thì kali máu sẽ giảm xuống.

18/19 (94,7%) trẻ sống, cao hơn so với nghiên cứu của MC Bryde và cộng sự là 42,8%[4] sở dĩ có sự khác như vậy là do các bệnh nhân của chúng tôi đến viện sớm hơn, được chẩn đoán sớm và lọc máu kịp thời. 1/19 tử vong do sốc nhiễm khuẩn kèm suy đa cơ quan. Trẻ vào viện trong tình trạng nặng, phải thở máy, hỗ trợ tuần hoàn và lọc máu kéo dài do đó bị nhiễm khuẩn bệnh viện, mặc dù nồng độ amoniac giảm và pH cải thiện, do trẻ nhiễm vi khuẩn kháng nhiều kháng sinh nên trẻ vẫn tử vong.

V. KẾT LUẬN

Phương thức CVVH được sử dụng trong điều trị cơn cấp mất bù rối loạn chuyển hóa bẩm sinh bước đầu có hiệu quả với tỷ lệ sống cao, ít biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **B. K. Burton (1998).** Inborn errors of metabolism in infancy: a guide to diagnosis. *Pediatrics,* 102(6),
2. **Leonard. và A. A. Morris (2006)**. Diagnosis and early management of inborn errors of metabolism presenting around the time of birth. *Acta Paediatr,* 95(1), 6-14.
3. **Farahnak Assadi, Fatemeh ghane sharba. (2012)**. Pediatric continuos renal replacement therapy: principles and practice 41-65.

4.McBrydeK. D, KershawD. B, T. E. Bunchman et al (2006). Renal replacement therapy in the treatment of confirmed or suspected inborn errors of metabolism. *J Pediatr,* 148(6), 770-778.

5. VaidyanathanK,NarayananM. P, Vasudevan D. M.(2011). Organic acidurias: an updated review. *Indian J Clin Biochem,* 26(4), 319-325.

6.ArbeiterA. K, KranzB,Wingen A. M et al (2010). Continuous venovenous haemodialysis (CVVHD) and continuous peritoneal dialysis (CPD) in the acute management of 21 children with inborn errors of metabolism. *Nephrol Dial Transplant,* 25(4), 1257-1265.

7. Cavagnaro Santa Maria F, Roque Espinosa Jvà Guerra Hernandez P(2018). Continuous venovenous hemofiltration in neonates with hyperammonemia. A case series. *Rev Chil Pediatr,* 89(1), 74-78.

NGHIÊN CỨU CÁC ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA CHỬA TRÊN VẾT MỔ LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Nguyễn Duy Ánh*, Nguyễn Công Định*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghiên cứu hồi cứu mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của tất cả các bệnh nhân bị chửa trên vết mổ lấy thai tại bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 9 năm 2017 đến tháng 9 năm 2108. Kết quả: Có 217 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị chửa trên vết mổ lấy thai. Trong đó: đa số có tiền sử mổ đẻ từ 2 lần trở lên, triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là ra máu âm đạo chiếm 49,3%, đau hạ vị chiếm 30,4%. Có 44,2% các trường hợp không có triệu chứng lâm sàng. Triệu chứng cận lâm sàng: siêu âm đầu dò âm đạo: Tỷ lệ khối thai nằm trong buồng tử cung chiếm 29,03%. Tỷ lệ có tim thai theo tuổi thai (15,67% ở < 6 tuần; 12,9% ở 6-8 tuần và 9,2% ở > 8 tuần). Có 60% bệnh nhân có hình ảnh siêu âm tăng sinh mạch máu. Nồng độ βhCG hay gặp nhất là 10.000-50.000 mUI/ml. Kết luận: Chửa trên vết mổ lấy thai hay gặp ở người có tiền sử mổ lấy thai từ 2 lần trở lên, triệu chứng lâm sàng nghèo nàn, siêu âm đầu dò âm đạo là có giá trị nhất để chẩn đoán bệnh lý này.

Từ khóa: Chửa trên sẹo mổ lấy thai, siêu âm đầu dò âm đạo, Beta HCG.

SUMMARY

A RETROSPECTIVE STUDY DESCRIBING THE CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS UNDERGOING ECTOPIC PREGNANCY IN SITE OF INCISION OF UTERUS IN PREVIOUS C-SECTION AT HANOI OBSTETRICS ANG GYNECOLOGY HOSPITAL

A retrospective study describing the clinical and subclinical characteristics of all patients undergoing ectopic pregnancy in site of incision of uterus in previous caesarean section at the Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital from September 2017 to September 2108. ***Results:*** 217 patients were diagnosed and treated on ectopic pregnancy in site of incision of uterus in previous caesarean section. In which: the majority have a history of caesarean section 2 times or more, the most common clinical symptoms are vaginal bleeding 49.3%, abdomen pain 30.4%. There were 44.2% of cases without clinical symptoms. Paraclinical symptoms: vaginal ultrasound: the rate of fetal volume in the uterus is 29.03%. Incidence of ricognise of fetal cardiac rhythmia (15.67% at <6 weeks, 12.9% at 6-8 weeks and 9.2% at> 8 weeks). 60% of patients had increasing of vascular imaging in Doppler. The most common β hCG level is 10,000 to 50,000mUI/ml. ***Conclusions:*** ectopic pregnancy in site of incision of uterus in previous caesarean section at the Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital is common in people with a history of caesarean section of 2 or more times, poor clinical symptoms, and vaginal ultrasonography are most valuable for the diagnosis of this disease.

Key words: Caesarean section, vaginal ultrasound, Beta HCG.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai ở vết mổ lấy thai hay thai ở vết sẹo mổ đẻ là một dạng của chửa ngoài tử cung, do thai làm tổ trong vết sẹo mổ đẻ trên cơ tử cung. Đây là một dạng bệnh lý hiếm gặp nhất của chửa ngoài tử cung (tỷ lệ khoảng 1% đối với các trường hợp chửa ngoài tử cung, và 0,15% các trường hợp có tiền sử mổ lấy thai, chiếm 1/1800-1/2500 tổng số thai phụ [2]. Tuy nhiên, tỷ lệ thai ở sẹo mổ đẻ ngày càng tăng do tỷ lệ mổ lấy thai gia tăng ở trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Bệnh có nguy cơ cao gây vỡ tử cung và băng huyết, đe dọa tính mạng người bệnh hoặc cắt tử cung ở người trẻ tuổi. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào siêu âm đường âm đạo, một số trường hợp phải dựa vào hình ảnh chụp cộng hưởng từ. Ở nước ta chưa có nhiều nghiên cứu về các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh lý này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Nghiên cứu các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh lý chửa ngoài tử cung ở sẹo mổ đẻ cũ tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ tháng 9 năm 2017 đến tháng 9 năm 2108.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân được chẩn đoán có thai ở sẹo mổ đẻ cũ được đến khám và điều trị tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ 01/09/2017 đến 01/09/2018.

***Tiêu chuẩn lựa chọn: C**ác trường hợp được chẩn đoán xác định là thai ở sẹo mổ đẻ với các tiêu chuẩn: Có tiền sử mổ lấy thai trước đó, tuổi thai < 12 tuần, có hình ảnh siêu âm điển hình (túi thai nằm thấp tại vị trí sẹo mổ lấy thai, có thể nằm hoàn toàn trong thành trước tử cung hoặc nằm một phần trong thành trước tử cung, ống cổ tử cung rỗng, buồng tử cung rỗng). Giải phẫu bệnh khi phẫu thuật cắt tử cung: hình ảnh gai rau xâm lấn thành bó vào cơ tử cung tại vị trí sẹo mổ lấy thai.

***Tiêu chuẩn loại trừ**: Các trường hợp thai ở ống cổ tử cung; sẩy thai; thai trên 12 tuần hoặc

**Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Ánh
Email: bsanhbnhn@yahoo.com
Ngày nhận bài: 10.9.2018
Ngày phản biện khoa học: 14.11.2018
Ngày duyệt bài: 20.11.2018

các trường hợp không đủ thông tin nghiên cứu, không được theo dõi đến khi khỏi bệnh hoàn toàn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

*** Thiết kế nghiên cứu***:* Nghiên cứu hồi cứu mô tả.

***Cỡ mẫu**:* Chọn mẫu toàn bộ, lấy tất cả bệnh án được chẩn đoán chửa vết mổ và được điều trị nội trú tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ 01/09/2017 đến 01/09/2018.

***Cách thức tiến hành:** Tất cả các người bệnh có chẩn đoán có thai trên sẹo mổ cũ được thăm khám trực tiếp, điều trị và theo dõi, ghi lại tất cả các số liệu từ khi vào đến khi ra viện. Được theo dõi 1 tuần 1 lần trong 2 tuần đầu sau điều trị và 1 tháng 1 lần tới khi các triệu chứng về bình thường. Hẹn người bệnh tới khám khi có thai lại.

***Xử lý và phân tích số liệu:** Các số liệu thu thập được sẽ được nhập và sử lý bằng phần mềm SPSS 18.0.

***Đạo đức nghiên cứu**: Tuân thủ các nguyên tắc về đạo đức trong nghiên cứu y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu và tuổi thai

Các thông số nghiên cứu		Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi (năm)	<25	6	2,76%
	25-34	140	64.52%
	35-44	70	32.26%
	>45	1	0.46%
Số lần mổ đẻ (lần)	1 lần	67	30,88%
	2 lần	130	59,9%
	≥ 3 lần	20	9,22%
Thời gian từ lần mổ gần nhất (năm)	<1 năm	13	5,59%
	1-2 năm	50	23,04%
	> 2 năm	154	70,97%
Tuổi thai theo siêu âm (tuần)	< 6 tuần	143	65,9%
	6-8 tuần	52	23,96%
	>8 tuần	22	10,14%

Nhận xét: Đa số các bệnh nhân tuổi 25-34, mổ đẻ lần 2, thời gian từ lần mổ gần nhất là > 2 năm và tuổi thai < 6 tuần.

Bảng 2. Nồng độ βhCG trước điều trị

Nồng độ βhCG (mIu/ml)	n	%
<10.000	81	37,3%
10.000 - 50.000	90	41,4%
50.000 - 100.000	26	12%
> 100.000	12	5,5%
Không xét nghiệm	8	3,8%
Tổng số	**217**	**100%**

***Nhận xét*:** Đa số các trường hợp có Beta HCG trong khoảng 10 000 – 50 000 mUi/ml.

Bảng 3. Các đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng		Ra máu		Tổng số n (%)
		Có	Không	
Đau bụng	Có	52 (23,96%)	14 (6,45%)	66 (30,41%)
	Không	55 (25,35%)	96(44,24%)	151 (69,59%)
Tổng số n(%)		**107 (49,31%)**	**110 (50,697%)**	**217 (100%)**

Nhận xét: Có 23,96% bệnh nhân có cả hai triệu chứng lâm sàng, tuy nhiên có tới 44,24% số bệnh nhân không có cả hai triệu chứng lâm sàng.

Bảng 4. Vị trí khối thai và hoạt động tim thai trên siêu âm

Các thông số nghiên cứu		Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Vị trí túi thai trên siêu âm	Bàng quang	2	0,92%
	BTC	63	29,03%
	Trung gian	17	7,83%
	Không đánh giá	18	8,29%
Có hoạt động tim thai	< 6 tuần	34	15,67%
	6-8 tuần	28	12,9%
	>8 tuần	20	9,2%%

Nhận xét: Đa số trường hợp khối thai nằm trong buồng tử cung và trong cơ tử cung.

Bảng 5. Mức độ tăng sinh mạch trên hình ảnh siêu âm

	< 6 tuần n(%)	6-8 tuần n(%)	8- 12 tuần n(%)	Tổng số	
				n	**%**
Ít tăng sinh mạch	66(30,41%)	26(11,98%)	4 (1,84%)	96	44%
Tăng sinh mạch nhiều	7(3,23%)	12(5,53%)	15 (6,91%)	34	16%
Không tăng sinh mạch	70(32,26%)	15(6,91%)	2 (0,92%)	87	40%
Tổng số	**143(65,9%)**	**53(24,42%)**	**21 (9,68%)**	**217**	**100%**

Nhận xét: Có 60% bệnh nhân có hình ảnh siêu âm tăng sinh mạch máu, còn lại 40% không có hình ảnh này trên siêu âm.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Bàn luận về đặc điểm lâm sàng của bệnh

Độ tuổi: hay gặp nhất từ 25 – 34 tuổi, người trẻ tuổi nhất là 22 tuổi, người cao tuổi nhất có là 46 tuổi. Trong nghiên cứu chỉ ra rằng tỷ lệ gặp thai tại sẹo mổ đẻ hay gặp ở người trẻ tuổi, điều này đặt ra yêu cầu các phương pháp điều trị bảo tồn khả năng sinh sản cho bệnh nhân.

Số lần mổ đẻ: Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 31% người bệnh có tiền sử mổ lấy thai 1 lần, 60% người bệnh có tiền sử mổ đẻ 2 lần, 9% người bệnh có tiền sử mổ đẻ từ 3 lần trở lên. Kết quả của chúng tôi tương ứng với kết quả của Đỗ Thị Ngọc Lan (tiền sử mổ đẻ 2 lần chiếm 60%). Sự khác biệt này có thể do tỷ lệ mổ lấy thai, phương pháp mổ lấy thai, chất lượng sẹo mổ cơ tử cung, yếu tố dinh dưỡng giữa các nhóm người bệnh khác nhau [4].

Liên quan giữa bệnh với thời gian mổ gần nhất: Tần xuất hay gặp ở nhóm thời gian mổ cũ trên 24 tháng chiếm 71%. Tần xuất mổ cũ trước 24 tháng chiếm 29%. Có thể do hiện nay với phương pháp mổ lấy thai cải tiến chỉ khâu cơ tử cung 1 lớp có thể làm cho chất lượng sẹo không tốt tạo vết khuyết tại vết mổ là nguy cơ gây thai ở sẹo mổ đẻ cho lần có thai sau.

Triệu chứng lâm sàng: Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là ra máu âm đạo: có thể ra máu ít một chiếm 53,1% hoặc băng huyết. Theo kết quả nghiên cứu của Đinh Quốc Hưng triệu chứng ra máu âm đạo ít một chiếm 67,6% [3]. Theo Tạ Thị Thanh Thủy triệu chứng này chiếm 34% [5]. Triệu chứng băng huyết có 7 trường hợp chiếm 3,6% trong nghiên cứu của chúng tôi, các trường hợp này thường là thai lưu tự sảy gây chảy máu rất nhiều, đôi khi ra máu tự nhiên.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng đau bụng hạ vị theo tuổi thai < 6 tuần, 6-8 tuần, > 8 tuần lần lượt là 29%, 45%, 26% đó là cảm giác đau tức như đau bụng khi hành kinh. Hầu hết các trường hợp đau bụng đi kèm với ra máu âm đạo ít một hoặc băng huyết. Theo Đinh Quốc Hưng tỷ lệ này là 25,4% [3], Theo Tạ Thị Thanh Thủy đau bụng gặp 48% [5]. Tỷ lệ triệu chứng đau bụng hạ vị cao chứng tỏ bệnh phát hiện muộn hoặc là biến chứng của can thiệp trước đó (nạo hút BTC, phá thai nội khoa, điều trị MTX). Theo Rotas tổng hợp 59 bài báo với 112 trường hợp thai ở sẹo mổ đẻ thấy 1/3 trường hợp có ra máu âm đạo, 1/4 trường hợp có đau bụng hạ vị và > 50% các trường hợp không có triệu chứng lâm sàng người bệnh chỉ phát hiện được khi đi khám bệnh tình cờ [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi: triệu chứng ra máu âm đạo chiếm 49,3%, đau hạ vị chiếm 30,4% và 44,2% trường hợp không có triệu chứng lâm sàng. Như vậy triệu chứng lâm sàng của thai ở sẹo mổ đẻ nghèo nàn, không có triệu chứng đặc hiệu. bởi vậy cần khuyến cáo thai phụ có sẹo mổ lấy thai nên đi siêu âm phát hiện thai sớm ngay khi mới chậm kinh để phát hiện sớm thai ở sẹo mổ đẻ.

4.2. Bàn luận về các triệu chứng cận lâm sàng của bệnh

**Kết quả siêu âm:* Tuổi thai và hoạt động tim thai, trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng siêu âm đường âm đạo là phương tiện tốt nhất để chẩn đoán thai ở sẹo mổ đẻ. Kết quả tuổi thai dưới 6 tuần hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 66%, tuổi thai trung bình là 6,03 tuần.Tuổi thai nhỏ nhất chẩn đoán được là 4 tuần lớn nhất là 12 tuần. Có 2 trường hợp chẩn đoán muộn khi thai 11 tuần do tuyến dưới không chẩn đoán được khi đến với chúng tôi thai đã lớn. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với Đinh Quốc Hưng và Tạ Thị Thanh Thủy [3],[5]. Vị trí túi thai trên siêu âm rất có giá trị trong chỉ định điều trị và tiên lượng bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi 63% túi thai có xu hướng phát triển về phía buồng tử cung chỉ có 1 phần nhỏ rau thai bám vào bề mặt sẹo mổ không ăn sâu vào tổ chức sẹo, không có mạch máu tăng sinh nên khi xử trí không gây chảy máu, lượng βhCG giảm nhanh, khối rau thai tại sẹo mổ ít, nhanh hết kể cả khi tuổi thai lớn. Có 60% bệnh nhân có hình ảnh siêu âm tăng sinh mạch máu, còn lại 40% không có hình ảnh này trên siêu âm. Triệu chứng này có giá trị tiên lượng mức độ mất máu khi điều trị phẫu thuật bệnh lý này.

Nồng độ βhCG trước điều trị: Trong nghiên cứu này nồng độ *βhCG* 10.000-50.000 mUI/ ml hay gặp nhất 41,4%, nếu gộp các trường hợp βhCG < 50.000 mUl/ml sẽ chiếm 78,7%. Điều này phù hợp với tỷ lệ gặp tuổi thai nhỏ trong nghiên cứu. Nồng độ βhCG và khối âm vang hỗn hợp tại sẹo mổ sau điều trị là yếu tố quyết định để tiên lượng bệnh.

V. KẾT LUẬN

Bệnh lý chửa ngoài tử cung ở sẹo mổ đẻ cũ tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội từ tháng 9 năm 2017 đến tháng 9 năm 2108 có đặc điểm: Hay gặp ở bệnh nhân có tiền sử mổ đẻ từ 2 lần trở lên, triệu chứng lâm sàng nghèo nàn, hay gặp nhất là ra máu âm đạo chiếm 49,3%, dấu hiệu đau hạ vị chiếm 30,4%. Có 44,2% các trường hợp không có triệu chứng lâm sàng. Triệu chứng cận lâm sàng có giá trị nhất là siêu âm đầu dò âm đạo: Tỷ lệ khối thai nằm trong buồng tử

cung chiếm 29,03%. Tỷ lệ có tim thai theo tuổi thai (15,67% ở < 6 tuần; 12,9% ở 6-8 tuần và 9,2% ở > 8 tuần). Có 60% bệnh nhân có hình ảnh siêu âm tăng sinh mạch máu. Nồng độ βhCG hay gặp nhất là 10.000-50.000mUI/ml.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rotas MA, Haberman S, Levgur M (2006).** *Cesarean scar ectopic pregnancies: etiology, diagnosis, and management.* Obstet Gynecol 2006; 107:1373–1381.
2. **Timor-Tritsch IET and Monteagudo A (2012).** *"Unforeseen consequenses of increasing rate of cesarean deliveries: early placenta accrete and cesarean scar pregnancy: a review"* AJOG.org, 207,14 -29.
3. **Đinh Quốc Hưng (2011);** *"Nghiên cứu chửa ở sẹo mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương"* Luận văn bác sỹ chuyên khoa II. Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Đỗ Thị Ngọc Lan (2012).** *Tình hình điều trị chửa tại sẹo mổ lấy thai cũ tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương từ tháng 3/2011 đến hết tháng 2/2012.* Tạp chí Phụ Sản số 10. 4-2012; 173-183
5. **Tạ Thị Thanh Thủy (2013).** *Chẩn đoán và điều trị bảo tồn thai vết mổ cũ tại Bệnh viện Hùng Vương.* Hội nghị ban chấp hành và nghiên cứu khoa học toàn quốc khóa XVI; 23-37.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA CỐM HẠ MỠ MÁU TRÊN MỘT SỐ CHỈ SỐ CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN RỐI LOẠN LIPID MÁU THỂ ĐÀM THẤP

Nguyễn Thị Ngọc Châu[1], Trần Công Trường[1], Nguyễn Mạnh Tuyển[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng của cốm hạ mỡ máu trên một số chỉ số cận lâm sàng ở bệnh nhân rối loạn lipid máu thể đàm thấp. ***Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:*** Nghiên cứu được tiến hành trên 112 bệnh nhân rối loạn lipid máu thể đàm thấp với phương pháp thử nghiệm lâm sàng tiến cứu, có đối chứng, so sánh trước và sau điều trị. Bệnh nhân nghiên cứu được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm, 56 bệnh nhân uống cốm hạ mỡ máu, 56 bệnh nhân uống lipitor sau 30 ngày đánh giá hiệu quả điều trị trên các chỉ số cholesterol toàn phần (TC), triglycerid (TG), lipoprotein tỷ trọng thấp (LDL-C), lipoprotein tỷ trọng cao (HDL-C), Chỉ số vữa xơ mạch (AI), Chỉ số xơ vữa huyết tương (AIP). ***Kết quả:*** nhóm uống cốm hạ mỡ máu sau 30 ngày điều trị các chỉ số cholesterol, triglycerid, LDL-C, AI, AIP giảm và HDL-C tăng có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị và tương đương với nhóm dùng lipitor. ***Kết luận:*** Cốm hạ mỡ máu có hiệu quả trong cải thiện các chỉ số lipid máu ở bệnh nhân rối loạn lipid máu thể đàm thấp theo y học cổ truyền.

Từ khóa: Cốm hạ mỡ máu, rối loạn lipid máu

SUMMARY

THE EFFECTS OF "HA MO MAU" GRANULAR ON PATIENTS WITH DISORDER OF LIPIDEMIA

Objectives: To evaluate the effects of "ha mo mau" granular on patients with disorder of lipidemia based on some blood test. **Subjects and methods:** prospective clinical trial, control, comparison before and after treatment. 112 patients were divided into 2 groups: 56 patients taking "ha mo mau" granular, 56 patients taking lipitor during 30 days, after that checking the concentration in the patients blood of total cholesterol (TC), triglycerid (TG), low density lipoprotein – cholesterol (LDL-C), high density lipoprotein – cholesterol (HDL-C), AI (Atherogenic index), AIP (Atherogenic index plasma). **Results**: The patients group, wich used "ha mo mau" granular in 30 days of treatment show that, TC, TG, LDL-C, AI, AIP concentration decreased and HDL-C concentration increased, equivalently with the group treated by lipitor. **Conclusions**: "ha mo mau" granular are effective to regulation the concentration of blood lipids in patients with disorder of lipidemia.

Keyword: Ha mo mau granular, disorder of lipidcemia

[1]*Viện Y học cổ truyền Quân đội*
[2]*Trường Đại học Dược Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Châu
Email: ngocchau.yhctqd@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.10.2018
Ngày phản biện khoa học: 24.11.2018
Ngày duyệt bài: 28.11.2018

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lipid máu (RLLPM) là tình trạng tăng Cholestrol, Triglycerid huyết tương hoặc cả hai, hoặc giảm nồng độ lipoprotein tỷ trọng cao (HDL-C), hoặc tăng nồng độ lipoprotein tỷ trọng thấp (LDL-C) làm gia tăng quá trình vữa xơ động mạch [1] từ đó gây ra các biến chứng bệnh động mạch vành, bệnh mạch máu não... Hiện nay với những thiết bị hiện đại, các nhà nghiên cứu đã chứng minh được rằng điều trị rối loạn lipid máu không những làm hạn chế sự tiến triển của mảng xơ vữa mà còn làm ổn định các mảng vữa xơ ngăn ngừa được các tai biến gây tử vong cao. Y học hiện đại (YHHĐ) đã tìm ra và sử dụng nhiều loại thuốc thuộc nhiều nhóm khác nhau như: statin, fibrate... Các thuốc này có hiệu lực điều chỉnh rối loạn lipid máu ở các mức độ khác nhau nhưng có tác dụng phụ như: rối loạn tiêu hoá, đau cơ, tăng men gan...[2]. Theo Y học cổ truyền (YHCT), RLLPM được mô tả trong các chứng: đàm thấp, huyễn vựng, đầu thống...và được chia làm nhiều thể bệnh với các biểu hiện

khác nhau nhưng hay gặp nhất là thể đàm thấp. Cốm hạ mỡ máu được xây dựng từ bài thuốc cổ phương nhị trần thang gia 2 vị Ngưu tất và Củ ráy. Để có thêm cơ sở khoa học khẳng định hiệu quả của cốm hạ mỡ máu, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *"Đánh giá tác dụng của cốm hạ mỡ máu trên một số chỉ tiêu cận lâm sàng ở bệnh nhân rối loạn lipd máu thể đàm thấp".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Chất liệu nghiên cứu: Cốm hạ mỡ máu: 7,5g do Viện y học cổ truyền Quân đội sản xuất đạt tiêu chuẩn cơ sở, gồm các vị thuốc trần bì, bán hạ, bạch linh, cam thảo, ngưu tất (đạt tiêu chuẩn Dược điển Việt Nam IV) và củ ráy (đạt tiêu chuẩn cơ sở). Thuốc đối chứng: Lipitor 10mg (pfizer).

2. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân rối loạn lipid máu thể đàm thấp đáp ứng tiêu chuẩn sau:

- *Theo y học hiện đại:* tuổi từ 40 trở lên không phân biệt giới tính, nghề nghiệp. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định rối loạn lipid máu: xét nghiệm máu khi đói có 1 hoặc hơn 1 các chỉ số lipid sau: TC > 6,2mmol/l; TG > 2,3mmol/l; LDL-C > 3,4 mmol/l; HDL-C < 0,9mmol/l.

- *Theo y học cổ truyền:* Bệnh nhân có các triệu chứng của thể đàm thấp như: hình thể béo trệ, mệt mỏi, tức ngực, nặng đầu, chóng mặt, chân tay tê bì, mất ngủ, chất lưỡi bệu, rêu lưỡi trắng nhớp, mạch hoạt hoặc huyền hoạt.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đang có bệnh cấp tính, dị ứng với thuốc nghiên cứu, hội chứng RLLPM thứ phát sau các bệnh khác hoặc đang dùng một số thuốc có ảnh hưởng đến lipid máu, có tiền sử nhồi máu cơ tim, đột quỵ não......

3. Phương pháp nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng tiến cứu, có đối chứng so sánh trước và sau điều trị.

- Bệnh nhân đạt tiêu chuẩn nghiên cứu được chia làm 2 nhóm: Nhóm nghiên cứu (nhóm HMM) gồm 56 bệnh nhân cho uống cốm hạ mỡ máu, ngày uống 3 lần, mỗi lần 1 gói, sau bữa ăn 30 phút, liên tục trong 30 ngày. Nhóm chứng (nhóm lipitor) gồm 56 bệnh nhân cho uống lipitor 10mg, ngày uống 1 viên lúc 20h liên tục trong 30 ngày.

- Cách thức tiến hành: bệnh nhân tham gia nghiên cứu được xét nghiệm một số chỉ số sinh hóa máu (chỉ số TC, TG, LDL-C, HDL-C) 2 lần trước (D0) và sau điều trị 30 ngày (D30). Bệnh nhân được lấy máu tĩnh mạch vào buổi sáng khi chưa ăn và cách bữa ăn hôm trước ít nhất là 12 giờ.

4. Đánh giá kết quả:

- *Đánh giá sự thay đổi mức độ rối loạn lipid máu theo NCEP ATP III và Bộ Y tế Việt nam [1]:*

+ TC (mmol/l): bình thường < 5,2; giới hạn cao 5,2 - 6,21; cao ≥ 6,24;

+ TG (mmol/l): bình thường < 1,73; giới hạn cao 1,73 - 2,29; cao 2,3 - 5,74; rất cao ≥ 5,75;

+ LDL-C (mmol/l): tối ưu < 2,58; gần tối ưu 2,58 - 3,32; giới hạn cao 3,34 - 4,09; cao 4,11 - 4,86; rất cao ≥ 4,88;

+ HDL-C (mmol/l): thấp < 1,03; cao ≥ 1,54.

- *Tiêu chuẩn đánh giá kết quả điều trị RLLPM theo YHHĐ [3]:*

+ Hiệu quả tốt: chỉ số lipid máu đạt được TC giảm ≥ 20%; TG giảm ≥ 40%; HDL-C tăng ≥ 0,26 mmol/L (10mg/dl); TC- HDL-C/HDL-C giảm ≥ 20%.

+ Hiệu quả khá: chỉ số lipid máu đạt được TC giảm 10% - 20%; TG giảm 20% - 40%; HDL-C tăng 0,104 mmol/L (4mg/dl) - 0,26 mmol/L; TC - HDL-C/HDL-C: 10% -20%;

+ Không hiệu quả: Các thành phần lipid máu không đạt được sự thay đổi trên;

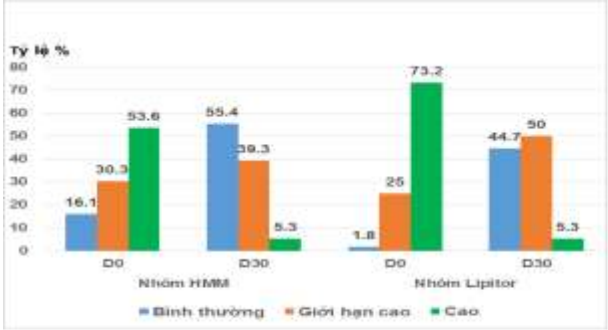
+ Hiệu quả xấu: TC tăng lên ≥ 10%, TG ≥ 10%; HDL-C hạ xuống ≥ 4mg/dl; TC - HDL-C/HDL-C tăng ≥ 10%;

Xử lý số liệu: Số liệu thu được trong nghiên cứu được xử lý theo phương pháp thống kê y sinh học bằng phần mềm SPSS 20.0.

Đạo đức trong nghiên cứu: nghiên cứu được thông qua Hội đồng khoa học và đạo đức Viện Y học cổ truyền Quân đội, người bệnh hiểu rõ và tự nguyện tham gia nghiên cứu, mọi thông tin về người bệnh được giữ kín, chỉ công bố kết quả tổng hợp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Sự thay đổi nồng độ cholesterol toàn phần sau điều trị



Sơ đồ 3.1. Sự thay đổi mức độ TC sau điều trị theo NCEP ATP III và Bộ Y tế

Nhận xét: Tại thời điểm D0 nhóm HMM có 53,6%, nhóm Lipitor có 73,2% cholesterol toàn phần ở mức độ cao, sau điều trị 30 ngày nhóm HMM còn 5,3%, nhóm Lipitor còn 5,3%

Bảng 3.1. Sự thay đổi nồng độ Cholesterol toàn phần sau điều trị

Thời điểm	Nồng độ Cholesterol toàn phần	p_{0-30}

Chỉ số	D0	D30	Tỷ lệ% giảm	
Nhóm HMM (1) (n=56)	6,13 ± 0,94	5,12 ± 0,74	16,5	<0,001
Nhóm Lipitor (2) (n=56)	6,59 ± 0,83	5,20 ± 0,69	21,1	<0,001
p_{1-2}	<0,05	>0,05		

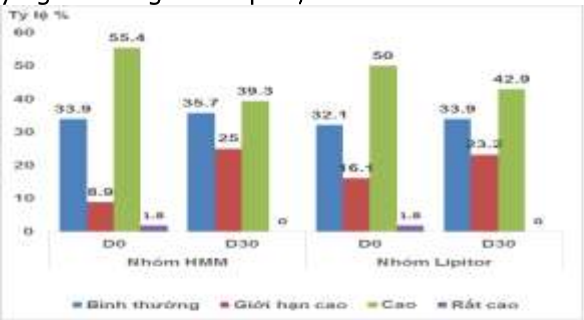
Nhận xét: Sau 30 ngày điều trị TC ở hai nhóm đều giảm có ý nghĩa thống kê với p<0,001. Nhóm HMM giảm 16,5% và nhóm Lipitor giảm 21,1%. Sự khác biệt giữa 2 nhóm sau điều trị không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

3.2. Sự thay đổi nồng độ Triglycerid sau điều trị

Bảng 3.2. Sự thay đổi nồng độ TG sau điều trị

Chỉ số / Thời điểm	Nồng độ Triglycerid			p_{0-30}
	D0	D30	Tỷ lệ %giảm	
Nhóm HMM (1) (n = 56)	2,68 ±1,48	2,10 ±0,77	21,6	< 0,05
Nhóm Lipitor (2) (n = 56)	2,66 ±1,36	2,22 ±0,85	16,5	< 0,05
p_{1-2}	>0,05	>0,05		

Nhận xét: Sau 30 ngày điều trị TG ở hai nhóm đều giảm có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Nhóm HMM giảm 21,6% cao hơn so với nhóm Lipitor giảm 16,5% nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.



Sơ đồ 3.2. Sự thay đổi mức độ TG sau điều trị theo NCEP ATP III và Bộ Y tế

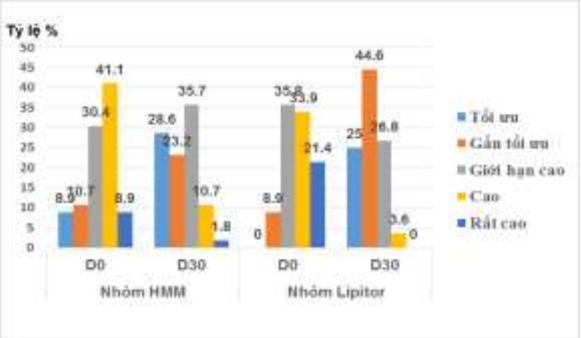
Nhận xét: Tại thời điểm D0 nhóm HMM có 55,4%, nhóm Lipitor có 50% triglycerid ở mức độ cao, sau điều trị 30 ngày nhóm HMM còn 39,3%, nhóm Lipitor còn 42,9%. Trước điều trị cả 2 nhóm đều có 1,8% triglycerid ở mức độ rất cao sau điều trị cả 2 nhóm đều không còn bệnh nhân nào ở mức độ này.

3.3. Sự thay đổi nồng độ LDL-C sau điều trị

Bảng 3.3. Sự thay đổi nồng độ LDL-C sau điều trị

Chỉ số / Thời điểm	Nồng độ LDL-C			p_{0-30}
	D0	D30	Tỷ lệ %giảm	
Nhóm HMM (1) (n = 56)	3,97 ± 0,79	3,16 ± 0,74	20,4	< 0,01
Nhóm Lipitor (2) (n = 56)	4,27± 0,83	3,11 ± 0,61	26,2	< 0,01
p_{1-2}	>0,05	>0,05		

Nhận xét: Sau 30 ngày điều trị LDL-C ở hai nhóm đều giảm có ý nghĩa thống kê với p<0,01. Nhóm HMM giảm 20,4% và nhóm Lipitor giảm 26,2% Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.



Sơ đồ 3.3. Sự thay đổi mức độ LDL-C sau điều trị theo NCEP ATP III và Bộ Y tế

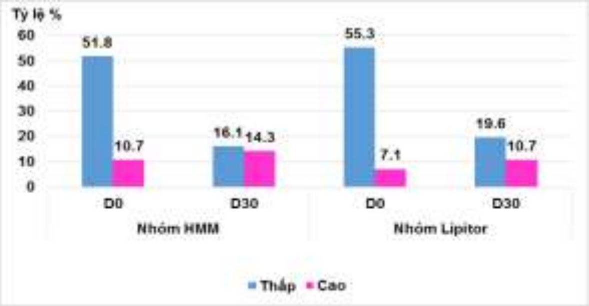
Nhận xét: Tại thời điểm D0 nhóm HMM có 41,1%, nhóm Lipitor có 33,9% LDL-C ở mức độ cao, sau điều trị 30 ngày nhóm HMM còn 10,7%, nhóm Lipitor còn 3,6%. Tại thời điểm D0 nhóm HMM có 8,9%, nhóm Lipitor có 21,4% LDL-C ở mức độ rất cao, sau điều trị 30 ngày nhóm HMM còn 1,8%, nhóm Lipitor còn 0%.

3.4. Sự thay đổi nồng độ HDL-C sau điều trị

Bảng 3.4. Sự thay đổi nồng độ HDL-C sau điều trị

Chỉ số / Thời điểm	Nồng độ HDL - C			p_{0-30}
	D0	D30	Tỷ lệ % tăng	
Nhóm HMM (1) (n = 56)	1,11 ± 0,30	1,30 ± 0,28	17,1	< 0,01
Nhóm Lipitor (2) (n = 56)	1,10 ± 0,26	1,27 ± 0,26	14,4	< 0,01
p_{1-2}	>0,05	>0,05		

Nhận xét: Sau 30 ngày điều trị HDL-C ở hai nhóm đều tăng có ý nghĩa thống kê với p<0,01. Nhóm HMM tăng 17,1% cao hơn so với nhóm Lipitor tăng 14,4% tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.



Sơ đồ 3.4. Sự thay đổi mức độ HDL-C sau điều trị theo NCEP ATP III và Bộ Y tế Việt nam

Nhận xét: Tại thời điểm D0 nhóm HMM có 51,8%, nhóm Lipitor có 55,3% HDL-C ở mức độ thấp, sau điều trị 30 ngày nhóm HMM còn 16,1%, nhóm Lipitor còn 19,6%.

3.5. Đánh giá hiệu quả điều trị

Bảng 3.5. Đánh giá hiệu quả điều trị chung RLLPM theo YHHĐ

Nhóm / Thời điểm	Nhóm HMM (1) (n = 56)		Nhóm Lipitor (2) (n = 56)		Tổng (n = 112)		p_{1-2}
	n	%	n	%	n	%	
Tốt	36	64,3	41	73,2	77	68,8	>0,05
Khá	17	30,4	14	25	31	27,7	
Không hiệu quả	3	5,3	1	1,8	4	3,5	
Xấu	0	0	0	0	0	0	

Nhận xét: Nhóm HMM tỷ lệ đạt kết quả tốt là 36 bệnh nhân (64,3%), khá là 17 bệnh nhân (30,4%). Không hiệu quả là 3 bệnh nhân (5,3%). Nhóm Lipitor tỷ lệ đạt kết quả tốt là 41 bệnh nhân (73,2%), khá là 14 bệnh nhân (25%). Không hiệu quả là 1 bệnh nhân (1,8%). Tổng tỷ lệ đạt kết quả tốt là 77 bệnh nhân (68,8%), khá là 31 bệnh nhân (27,7%). Không hiệu quả là 4 bệnh nhân (3,5%). Giữa 2 nhóm không có sự khác biệt (p>0,05)

➢ ***Sự thay đổi các chỉ số đánh giá nguy cơ VXĐM.***

Bảng 3.6. Tác dụng của cốm hạ mỡ máu trên chỉ số xơ vữa mạch (AI)

Chỉ số / Thời điểm	(CT- HDL - C) / HDL - C			p_{0-30}
	D0	D30	% giảm	
Nhóm HMM (1) (n = 56)	4,81 ± 1,30	3,11 ± 1,00	35,3	< 0,01
Nhóm Lipitor (2) (n = 56)	5,29 ± 1,52	3,27 ± 1,10	38,2	< 0,01
p_{1-2}	>0,05	>0,05		

Nhận xét: Sau 30 ngày điều trị AI ở hai nhóm đều giảm có ý nghĩa thống kê với p<0,01. Nhóm HMM giảm 35,3% và nhóm Lipitor giảm 38,2% Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Bảng 3.7. Tác dụng của cốm hạ mỡ máu trên chỉ số sơ vữa huyết tương (AIP)

Chỉ số / Thời điểm	TG/HDL-C (AIP)			p_{0-30}
	D0	D30	% giảm	
Nhóm HMM (1) (n = 56)	2,61 ± 1,70	1,70 ± 0,74	34,8	< 0,01
Nhóm Lipitor (2) (n = 56)	2,53 ± 1,47	1,83 ± 0,81	27,7	< 0,01
p_{1-2}	>0,05	>0,05		

Nhận xét: Sau 30 ngày điều trị AIP ở hai nhóm đều giảm có ý nghĩa thống kê với p<0,01. Nhóm HMM giảm 34,8% và nhóm Lipitor giảm 27,7% Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

IV. BÀN LUẬN

Cốm HMM có hiệu quả cải thiện rõ rệt tình trạng rối loạn lipid máu trên một số chỉ số cận lâm sàng nêu trên có thể là ngoài tác dụng của bài thuốc nhị trần thang còn được bổ sung ngưu tất và củ ráy. Đây là những vị thuốc có thành phần đã được chứng minh có tác dụng điều trị RLLPM.

Nhị trần thang là bài thuốc có tác dụng giảm đường huyết, giảm cholesterol và AST. Nhị trần thang có thể làm giảm hàm lượng cholesterol, triglycerid trong máu. Tôn Dung đã quan sát tác dụng giảm mỡ máu của Nhị trần thang thông qua thí nghiệm trên mô hình chuột mỡ máu cao, đối với nhóm dùng tễ lượng nhỏ Nhị trần thang có ảnh hưởng rõ rệt đối với LDL, TG. Ngô Đồng Ngọc thông qua nghiên cứu mỡ máu của Nhị trần thang đối với chuột mô hình đối kháng insulin, kết quả cho thấy, Nhị trần thang có tác dụng làm giảm TG, trong đó Nhị trần thang có hiệu quả nổi trội nhất trong việc giảm TG và cholesterol [5].

Trong bán hạ có phytosterol; củ ráy có campestrol; ngưu tất có ecdysterol và inokosterol; Bạch linh có ergosterol [6], là những sterol thực vật. Một số thử nghiệm lâm sàng cho thấy dùng sterol thực vật (2-3g/ngày) làm giảm LDL-C từ 4 - 15% [7]. Hesperidin có trong trần bì có tác dụng làm giảm giá trị TC, TG, mật độ lipoprotein trong huyết thanh, có tác dụng rõ rệt trong giảm mỡ máu. Trong một nghiên cứu cho kết luận dịch chiết ethanol của cam thảo với liều 0,2; 0,7 và 1mg/ml làm giảm nồng độ TC, TG, LDL-C và tăng nồng độ HDL-C trên chuột thực nghiệm. Mục tiêu điều trị RLLPM là làm giảm nguy cơ VXĐM, để đánh giá bước đầu nguy cơ VXĐM chúng tôi dùng chỉ số xơ vữa mạch AI (AI = TC-HDL-C/HDL-C). Trong những năm gần đây, các nhà nghiên cứu đang tập trung vào một chỉ số lipid toàn diện mới, chỉ số xơ vữa huyết tương

(AIP = TG/HDL-C), chỉ số này có thể phản ánh toàn diện sự cân bằng giữa các yếu tố gây xơ vữa và chống xơ vữa. Kết quả nghiên cứu cho thấy cả hai chỉ số này đều giảm có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị đồng thời so với nhóm uống Lipitor là không có sự khác biệt với p>0,05. Lipitor là một thuốc thuộc nhóm statin là nhóm thuốc đã có bằng chứng có tác dụng chống VXĐM[7]. Như vậy bước đầu có thể đánh giá Cốm hạ mỡ máu có tác dụng hạn chế nguy cơ VXĐM. Để có thể khẳng định được điều này cần có những nghiên cứu sâu hơn trên cả thực nghiệm và lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Cốm HMM liều 3 gói /ngày (22,5g) dùng liên tục trong 30 ngày có tác dụng điều trị RLLPM trên bệnh nhân thể đàm thấp tương đương với Lipitor 10mg:

- Cốm HMM làm giảm nồng độ TC 16,5%, nồng độ TG 21,6%, nồng độ LDL-C 20,4% và làm tăng nồng độ HDL-C 17,1%.

- Cốm HMM làm giảm chỉ số xơ vữa mạch là 35,3%; chỉ số xơ vữa huyết tương là 34,8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế (2015),** "Rối loạn chuyển hóa lipid máu", *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội tiết – chuyển hóa",* Nhà Xuất Bản Y Học, tr.255-263.
2. **Mai Tất Tố, Vũ Thị Trâm (2007),** "Thuốc hạ lipid máu", *Dược lý học tập 2.* Nhà xuất bản Y học, tr. 91-101.
3. 中華人民共和國衛生部**.**中藥新藥臨床研究指導則**.**北京： 中國醫藥科技出版社, **(2002):** 85-89. Bộ Y tế CHND Trung Hoa (2002), "*Nguyên tắc chỉ đạo nghiên cứu lâm sàng về Trung-Tân dược",* Nhà xuất bản Khoa học kỹ thuật Y dược Trung Quốc, tr. 85-89.
4. 刘小凤、郑海南、王伟兰。加味二陈汤治疗高脂血症的作用和机理研究。实用中西医结合临床。**20，4(4):** 72。Lưu Tiểu Phượng, Trịnh Hải Nam, Vương Vĩ Lan. Nghiên cứu tác dụng và cơ chế của Nhị trần thang gia vị điều trị chứng mỡ máu. *Lâm sàng đông tây y kết hợp thực dụng.* 2004, 4(4): 72.
5. 廖华军。二陈汤的现代药理研究。中医要学报。**2012, 40(5):** 142-144。Liêu Hoa Quân (2012). Nghiên cứu dược học hiện đại của Nhị trần thang*. Tập san Trung y dược,* kỳ 5 quyển 40 năm 2012, tr 142- 144.
6. **Võ Văn Chi (2012),** "Trần bì, bán hạ, bạch linh, cam thảo, ngưu tất, ráy dại"*, Từ điển cây thuốc Việt Nam tập 1 và 2,* Nhà xuất bản Y học Hà nội, tr. 123-124; 329-330; 332-333; 422-423; 476-477; 548-549.
7. **Goldszmidt A.J., Caplan L.R., (2012)** "*Cẩm nang xử trí tai biến mạch máu não (Stroke essentials)*" (Nguyễn Đạt Anh biên dịch). Nhà Xuất Bản Y Học, tr. 115-215.
8. **Maysoon Mohammad Najeeb Mohammad Saleem, et al. (2011),** "Biological study of the effect of licorice roots extract on serum lipid profile, liver enzymes and kidney function tests in albino mice", *African Journal of Biotechnology,* 10 (59), pp.12702-12706.

THỰC TRẠNG KỸ NĂNG MỀM CỦA SINH VIÊN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y – DƯỢC THÁI NGUYÊN NĂM 2018

Nguyễn Thị Ngọc Hà*, Nguyễn Thị Thu Thái*, Trần Bảo Ngọc*, Trần Anh Vũ*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng kỹ năng mềm và một số yếu tố lin quan đến kỹ năng mềm của sinh viên Trường đại học Y – Dược Thái Nguyên năm 2018. ***Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:*** Tiến hành khảo sát kỹ năng mềm và một số yếu tố liên quan đến kỹ năng mềm trên 335 sinh viên đại học Y- Dược Thái Nguyên. ***Kết quả:*** Phần lớn sinh viên đạt kỹ năng mềm ở mức trung bình chiếm 71,0%, mức độ tốt chỉ có 18,8%. Điểm trung bình trung đánh giá kỹ năng mềm của sinh viên đạt ở mức thấp từ 3,3 ± 0,5 đến 3,7 ± 0,4. Kỹ năng mềm của sinh viên được tăng dần theo năm học (p<0,05). Các bạn sinh viên tham gia các hoạt động ngoại khóa, các hoạt động phong trào và ban cán sự lớp có kỹ năng mềm tốt hơn hẳn các bạn không tham gia (p<0,05). ***Kết luận:*** Phần lớn kỹ năng mềm của sinh viên đại học Y – Dược chỉ đạt mức trung bình. Các bạn sinh viên những năm cuối có kỹ năng mềm tốt hơn hẳn sinh viên năm đầu. Sinh không tham gia.

Từ khóa: *Kỹ năng mềm, sinh viên Y – Dược*

SUMMARY

THAI NGUYEN UNIVERSITY MEDICINE AND PHARMACY STUDENTS' SOFT SKILLS IN 2018

Objectives: To evaluate soft skills and its relationship of Thai Nguyen University of Medicine and Pharmacy students. ***Materials and methods:*** survey of soft skills and some factors related to soft skills of 335 of Medicine and Pharmacy students. ***Results:*** Most students achieved soft skills at an average level of 71,0%, good level only 18,8%. The average score on soft skills of students is low at 3,3 ± 0,5 to 3,7 ± 0,5. Soft skills of students are gradually increased by the year (p<0,05). Students participate in extracurricular activities, movement activities, monitor

**Trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Hà

Email: hanguyenngoc75@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2018

Ngày phản biện khoa học: 26.11.2018

Ngày duyệt bài: 30.11.2018

have soft skills better than those who do not ($p<0,05$). ***Conclusion:*** The majority of soft skills of undergraduate student in Medicine and Pharmacy are just average. The students in the last year have soft skills better than first year students. Students participate in extracurricular activities, monitor better than who do not.

Key words: soft skills, Medicine and Pharmacy student.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kỹ năng mềm là một thuật ngữ xã hội học chỉ những kỹ năng có liên quan đến việc sử dụng ngôn ngữ, khả năng hòa nhập xã hội, thái độ và hành vi ứng xử áp dụng vào việc giao tiếp giữa người với người. Kỹ năng mềm đóng vai trò quan trọng trong việc hòa nhập tương tác với xã hội, cộng đồng, tập thể hoặc tổ chức.

Một trong những đặc thù của ngành y tế đó là đối tượng làm việc là con người, điều này cho thấy tầm quan trọng của việc trang bị kỹ năng mềm cho nhân viên y tế nói chung và sinh viên học tập tại các trường Y, Dược nói riêng. Đối với các nhà tuyển dụng, kỹ năng mềm cũng được xem như là một tiêu chí quan trọng đối với các ứng viên; Mặc dù vai trò của kỹ năng mềm đối với sinh viên ngày càng được khẳng định, tuy nhiên kỹ năng mềm của sinh viên nói chung và của sinh viên Y - Dược nói riêng vẫn còn hạn chế. Kết quả những nghiên cứu trước cho thấy kỹ năng mềm của sinh viên là vấn đề cần được quan tâm. Nhận thức được tầm quan trọng của điều này những năm qua trường Đại học Y – Dược, Đại học Thái Nguyên đã có những chiến lược nhằm trang bị và cải thiện kỹ năng mềm cho sinh viên. Tuy nhiên cho đến thời điểm hiện tại những nghiên cứu nhằm đánh giá thực trạng kỹ năng mềm của sinh viên và tổ chức giảng dạy các học phần trang bị kỹ năng mềm tại trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên còn hạn chế. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá thực trạng kỹ năng mềm của sinh viên trường Đại học với các mục tiêu sau:

1. Mô tả thực trạng kỹ năng mềm của sinh viên trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên năm 2018.

2. Xác định một số yếu tố liên quan đến kỹ năng mềm của sinh viên trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng nghiên cứu: Sinh viên chính quy trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên.

- Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu: Đồng ý tham gia nghiên cứu

- *Địa điểm nghiên cứu:* Trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên

- *Phương pháp nghiên cứu:* Mô tả cắt ngang.

- *Cỡ mẫu:* Chọn mẫu ngẫu nhiên, với cỡ mẫu được tính theo công thức

$$N = \frac{Z^2(p.q)}{e^2}$$

Trong đó: - n: Cỡ mẫu của nghiên cứu

- Z: Giá trị điểm Z tại mức ý nghĩa α, với α = 0,05 (z = 1,96)

- p: 0,17 (Nghiên cứu trước cho thấy tỷ lệ sinh viên có kỹ năng mềm đạt 17%)

- q = 1 – p (q = 0,83); e = 0.05

Từ công thức trên, cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu là 217. Thực tế số mẫu lấy được là 335.

- *Phương pháp chọn mẫu:* Chọn mẫu phân tầng được sử dụng trong nghiên cứu này cụ thể nhà trường có 27 khóa học (Y đa khoa: 6 khóa, Điều dưỡng: 04 khóa, Y học dự phòng: 06 khóa, RHM: 06 khóa và Dược: 05 khóa) như vậy mỗi khóa nhóm nghiên cứu sẽ lựa chọn 10-15 sinh viên. Trong danh sách sinh viên của từng khóa, chọn mẫu ngẫu nhiên đơn được sử dụng để lựa chọn sinh viên vào nghiên cứu.

- Chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Tuổi, giới, dân tộc, ngành đào tạo, khóa đào tạo, đánh giá kỹ năng mềm của sinh viên.

+ Một số yếu tố ảnh hưởng đến kỹ năng mềm của sinh viên.

- Bộ công cụ:

+ Nhân khẩu học: Được xây dựng bởi nghiên cứu viên bao gồm các thông tin nhân khẩu học (tuổi, giới, dân tộc, khóa học).

+ Đánh giá kỹ năng mềm: Xây dựng bộ công cụ dựa trên bộ công cụ của Định Thị Phương Liên và cộng sự năm 2012 bao gồm đánh giá các kỹ năng: Giao tiếp, làm việc nhóm, lắng nghe, giải quyết vấn đề, học và tự học... Thang điểm đánh giá được chia làm 5 mức: Rất kém - Kém- Trung bình – Khá - Tốt, tương ứng với điểm từ 1-5 điểm).

- *Kỹ thuật thu thập số liệu:* Đánh giá theo bộ câu hỏi

- *Phương pháp xử lý số liệu:* Bằng phần mềm SPSS

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Thực trạng kỹ năng mềm của sinh viên trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên năm 2018.

Bảng 1. Thực trạng một số kỹ năng mềm của sinh viên Y dược

Mức độ / Kỹ năng mềm	Rất kém SL (%)	Kém SL (%)	Trung bình SL (%)	Khá SL (%)	Tốt SL (%)
Tìm kiếm thông tin					

Khi cần tìm thông tin, bạn có biết kênh cung cấp thông tin phù hợp không?	00 (0,0)	30 (9,0)	119 (35,5)	148 (44,2)	38 (11,3)
Mức độ khả năng nghiên cứu, tìm hiểu về một vấn đề của bạn như thế nào?	03 (0,9)	30 (9,0)	140 (41,8)	141 (42,1)	21 (6,3)
Bạn có biết dùng internet để tìm thông tin cho học tập không?	02 (0,6)	05 (1,5)	49 (14,6)	155 (46,3)	124 (37)
Quản lý thời gian					
Bạn có khả năng phân bố thời gian học tập hợp lý	9 (2,7)	48 (14,3)	170 (50,7)	100 (29,9)	8 (2,4)
Bạn có khả năng sử dụng thời gian rảnh rỗi một cách hữu ích không?	6 (1,8)	73 (21,8)	158 (47,2)	85 (25,4)	13 (3,9)
Mức độ về khả năng tổ chức công việc, học tập của bạn như thế nào?	7 (2,1)	35 (10,4)	168 (50,1)	116 (34,6)	9 (2,7)
Mức độ về khả năng sắp xếp thời gian biểu của bạn như thế nào?	6 (1,8)	37 (11,0)	166 (49,6)	111 (33,1)	15 (4,5)
Làm việc nhóm					
Bạn có khả năng hợp tác với bạn bè khi làm việc nhóm?	03 (0,9)	18 (5,4)	94 (28,1)	174 (51,9)	46 (13,7)
Bạn có khả năng kiểm soát cảm xúc/ý kiến cá nhân khi làm việc nhóm?	06 (1,8)	18 (5,4)	107 (31,9)	160 (47,8)	44 (13,1)
Bạn có khả năng lãnh đạo, điều hành 1 nhóm làm việc không?	09 (2,7)	42 (12,5)	145 (43,3)	116 (34,6)	23 (6,9)
Bạn có lưu tâm để hoàn thành nhiệm vụ được nhóm giao cho không?	01 (0,3)	06 (1,8)	62 (18,5)	196 (58,5)	70 (21,9)
Kỹ năng giao tiếp					
Bạn có tự tin khi thuyết trình trước đám đông không?	19 (5,7)	59 (17,6)	139 (41,5)	91 (27,2)	27 (8,1)
Khả năng cập nhập, thu thập thông tin trong giao tiếp của bạn như thế nào?	03 (0,9)	24 (7,2)	145 (43,3)	138 (41,2)	25 (7,5)
Bạn có tự tin đối mặt với người đối diện khi giao tiếp không?	03 (0,9)	33 (9,9)	107 (31,9)	146 (43,6)	46 (13,7)
Bạn có biết lắng nghe không?	01 (0,3)	8 (2,4)	57 (17,0)	181(54,0)	88(26,3)
Bạn có kỹ năng đặt câu hỏi khi giao tiếp không?	04 (1,2)	33(9,9)	143(42,7)	128(38,2)	27 (8,1)

Nhận xét: Kỹ năng tìm kiếm thông tin: Tỷ lệ sinh viên biết kênh cung cấp thông tin phù hợp ở mức khá chiếm 44,2%, tốt 11%. Khả năng nghiên cứu, tìm hiểu về một vấn ở mức khá chiếm 42,1%, tốt 6,3%. Khả năng dùng internet để tìm thông tin cho học tập ở mức khá chiếm 46,3%, tốt 37%.

Kỹ năng quản lý thời gian: Tỷ lệ sinh viên có kỹ năng phân bố thời gian học tập ở mức trung bình chiếm 50,7%, mức khá tốt 31,3%. Khả năng tổ chức công việc và học tập ở mức trung bình chiếm 50,1%, mức khá tốt 37,3%. Khả năng sắp xếp thời gian biểu mức khá, tốt là 37,6%.

Kỹ năng làm việc nhóm: Kỹ năng hợp tác với bạn bè ở mức khá, tốt 65,6%, kỹ năng kiểm soát cảm xúc ở mức khá tốt chiếm 60,9%, khả năng lãnh đạo, điều hành 1 nhóm làm việc ở mức khá, tốt chiếm 41,5%, khả năng hoàn thành nhiệm vụ được nhóm giao cho ở mức khá chiếm 58,5%.

Kỹ năng thuyết trình trước đám đông: Tư tin khi thuyết trình trước đám đông ở mức khá, tốt là 35,3%, tự tin đối mặt với người đối diện khi giao tiếp mức khá tốt chiếm 57,3%, khả năng lắng nghe ở mức khá chiếm 54,0%.

Bảng 2. Đánh giá một số các kỹ năng mềm của sinh viên

Đánh giá mức độ / Kỹ năng mềm	**Kém n (%)**	**Trung bình n (%)**	**Tốt n (%)**	**Tổng n (%)**
Quản lý thời gian	96 (28,7%)	175 (55,8)	52 (15,5%)	335 (100%)
Làm việc nhóm	26 (7,8%)	187 (55,8%)	122 (36,4%)	
Tìm kiếm thông tin	25 (7,4%)	147 (43,9%)	163 (48,7%)	
Kỹ năng giao tiếp	47 (14%)	192 (57,3%)	96 (28,7%)	
Đánh giá chung	34 (10,1%)	238 (71,0%)	63(18,8%)	

Nhận xét: Phần lớn sinh viên có khả năng quản lý thời gian, làm việc nhóm, kỹ năng giao tiếp ở mức trung bình chiếm 55,8%, 55,8%, và 57,3%. Kỹ năng tìm kiếm thông tin mức độ tốt chiếm 48,7%. Đánh giá trung về kỹ năng mềm của sinh viên Y – Dược đa số ở mức trung bình chiếm 71,0%.

2. Một số yếu tố liên quan đến mức độ kỹ năng mềm của sinh viên trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên.

Bảng 3. Một số yếu tố liên quan đến mức độ kỹ năng mềm của sinh viên

Các yếu tố \ Kỹ năng mềm		Điểm trung bình	Độ lệch chuẩn	p
Tuổi	< 20 (n=124)	3,4	0,5	< 0,05
	≥ 20 (n=211)	3,5	0,5	
Giới	Nam (n=75)	3,55	0,6	> 0,05
	Nữ (n=260)	3,5	0,5	
Hoạt động ngoại khóa	Có (n=245)	3,6	0,5	< 0,05
	Không (n=97)	3,4	0,5	
Ban cán sự lớp	Có (n=91)	3,6	0,5	< 0,05
	Không (n=251)	3,5	0,5	
Hoạt động Phong trào	Có (n=168)	3,6	0,5	< 0,05
	Không (n=174)	3,4	0,5	
Dân tộc	Kinh (n=252)	3,53	0,5	> 0,05
	Thiểu số (n=90)	3,47	0,5	
Năm học	Năm 1 (n=55)	3,3	0,5	< 0,05
	Năm 2 (n= 50)	3,4	0,5	
	Năm 3 (n=66)	3,4	0,5	
	Năm 4 (n=64)	3,6	0,5	
	Năm 5 (n=55)	3,6	0,5	
	Năm 6 (n=45)	3,7	0,4	

Nhận xét: Sinh viên ≥ 20 tuổi có điểm trung bình khi đánh giá kỹ năng mềm cao hơn so với sinh viên tuổi <20 (p<0,05). Không có sự khác biệt về kỹ năng mềm ở giới nữ so với nam và ở các dân tộc với nhau (p>0,05). Sinh viên tham gia các hoạt động ngoại khóa, các phong trào và tham gia ban cán sự lớp có kỹ năng mềm tốt hơn các bạn không tham gia (p<0,05).

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kỹ năng mềm giữa các năm học của sinh viên Y – Dược. Đặc biệt sinh viên năm cuối có điểm trung bình cao hơn hẳn sinh viên năm thứ nhất. (p<0,05)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng về kỹ năng mềm của sinh viên Đại học Y- Dược, Đại học Thái Nguyên

Kỹ năng mềm đóng vai trò quan trọng không thể thiếu trong học tập, trong cuộc sống và trong môi trường làm việc sau này của sinh viên nói chung và đặc biệt đối với sinh viên Trường Y – Dược. Kết quả bảng 1 cho thấy: Hơn một nửa số sinh viên (50,9%) được hỏi đánh giá kỹ năng phân bố thời gian học tập ở mức trung bình. Tỷ lệ sinh viên tự đánh giá kỹ năng sử dụng thời gian rảnh rỗi chưa hợp lý và ở mức trung bình chiếm 46,5%. Một nửa số sinh viên (50%) đánh giá khả năng tổ chức công việc và học tập của mình là chưa đạt hiệu quả, chỉ ở mức trung bình. Gần một nửa số sinh viên (48,8%) cho rằng khả năng sắp xếp thời gian biểu của mình chưa được khoa học. Bảng 2 cũng cho thấy phần lớn (55,8% số sv) nhận thấy mình chỉ quản lý thời gian ở mức trung bình. Như vậy, phần lớn các em sinh phân cũng đã nhận thấy mình còn sắp sếp thời gian học tập chưa hợp lý, nhưng các em cũng chưa có thái độ tích cực trong việc cố gắng rèn luyện kỹ năng này. Kết quả này cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của Huỳnh văn Sơn 2012 và Nguyễn Thị Kim Oanh 2017 [3], [4], [5].

Để phù hợp với học tập theo học chế tín chỉ, phần lớn là tự học, các em sinh viên phải có kỹ năng tìm kiếm thông tin, đây là một trong những kỹ năng quan trọng, không những phục vụ cho học tập mà còn rất cần thiết trong thực hành nghề nghiệp sau này. Khi được hỏi về kỹ năng tìm kiếm thông tin của các em sinh viên, kết quả bảng 1 cho thấy: Tỷ lệ sinh viên tự đánh giá biết kênh cung cấp thông tin phù hợp ở mức khá chiếm 44,4%, tỷ lệ sinh viên tự đánh giá khả năng nghiên cứu, tìm hiểu về một vấn đề nào đó của mình ở mức khá chiếm 43,0%, tỷ lệ sinh viên đánh giá khả năng dùng internet để tìm thông tin cho học tập ở mức khá chiếm 46,5%. Như vậy, chúng ta thấy một thực trạng là phần lớn các em sinh viên chưa có được kỹ năng tốt trong việc tìm kiếm thông tin, đây có thể là do

các thầy cô giáo chưa cung cấp cho các em đầy đủ các kênh thông tin để các em tìm kiếm, hay có thể các em chưa biết cách tìm kiếm thông tin, chưa đủ khả năng đọc và dịch tài liệu tiếng nước ngoài và một vấn đề là các em chưa chủ động để tìm hiểu và học hỏi cách tìm kiếm các thông tin cần thiết phục vụ cho việc học tập của các em.

Đối với khả năng làm việc nhóm khi được hỏi, phần lớn các em sinh viên cho rằng mình có kỹ năng khá trong việc hợp tác với bạn bè (chiếm 51,8%). 58,8% sinh viên đánh giá khả năng hoàn thành nhiệm vụ được nhóm giao cho ở mức khá. Tuy nhiên, còn nhiều bạn học tập rất tốt nhưng khi làm việc nhóm lại không có tinh thần hợp tác, không tự giác và khả năng làm việc phối hợp trong nhóm còn hạn chế. Chỉ có 47,7% số sinh viên tự đánh giá kỹ năng kiểm soát cảm xúc khi làm việc nhóm ở mức khá, còn phần lớn các em chưa tốt về kỹ năng này. Khi được hỏi về khả năng lãnh đạo, điều hành 1 nhóm làm việc thì phần lớn các em thấy mình chỉ ở mức trung bình chiếm 43,9% (bảng 1). Khi hỏi về khả năng giao tiếp của sinh viên kết quả bảng 1 cho thấy: phần lớn sinh viên ngại thuyết trình trước đám đông, trên 50% sinh viên tự đánh giá mức độ tự tin khi thuyết trình trước đám đông của mình chỉ dưới mức điểm trung bình. Chính vì thiếu tự tin nên khả năng cập nhật, thu thập thông tin khi giao tiếp của sinh viên cũng phần lớn ở mức độ trung bình. Tỷ lệ sinh viên đánh giá khả năng lắng nghe ở mức khá chiếm 54,1%, tuy vậy tỷ lệ sinh viên đánh giá khả năng đặt câu hỏi của mình phần lớn ở mức trung bình (42,7%). Điều này cho thấy khả năng giao tiếp của sinh viên Y – Dược còn hạn chế, mà đây lại là một kỹ năng rất cần thiết để nắm bắt được các vấn đề về sức khỏe, tâm lý và đặc biệt xây dựng được long tin với người bệnh khi tiếp xúc và thăm khám bệnh nhân. Có thể vì khối lượng học tập quá nhiều mà sinh viên không có thời gian để phát triển được kỹ năng mềm, thứ hai là môi trường học tập chưa tạo cho các bạn có khả năng rèn luyện kỹ năng này.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến mức độ kỹ năng mềm của sinh viên trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên. Cải thiện kỹ năng mềm cho sinh viên là vấn đề hết sức quan trọng, để làm được điều này, trước hết chúng ta cần đi tìm hiểu những yếu tố liên quan đến kỹ năng mềm của sinh viên. Kết quả bảng 3 cho thấy: Trong nhóm sinh viên dưới 20 tuổi khi đánh giá kỹ năng mềm, điểm trung bình đạt được là 3,5 ± 0,5, trong khi đó điểm trung bình của nhóm ≥ 20 tuổi là 3,6 ± 0,5, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Điều này chứng tỏ kỹ năng mềm được tích lũy tăng dần theo tuổi đời. Điều này cũng được khẳng định khi so sánh kỹ năng mềm giữa các năm học từ năm nhất đến năm cuối của khóa học, kết quả bảng 3 cho thấy điểm trung bình của kỹ năng mềm đã tăng dần từ 3,3 ± 0,5 (năm nhất) đến 3,7 ± 0,4 (năm thứ 6), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Khi tìm hiểu các bạn sinh viên tham gia các hoạt động ngoại khóa, các hoạt động phong trào hay ban cán sự lớp chúng tôi nhận thấy kỹ năng mềm của các bạn này cao hơn hẳn có ý nghĩa thống kê so với các bạn không tham gia các hoạt động trên (p<0.05) (bảng 3). Như vậy, tham gia các hoạt động ngoại khóa, các phong trào, hay ban cán sự lớp là những cơ hội rất tốt giúp các bạn tự tin hơn, năng động hơn, học tập rèn luyện được nhiều kinh nghiệm hơn trong phát triển kỹ năng mềm.

Nhìn chung, qua 4 kỹ năng mềm mà đề tài đưa ra để khảo sát sinh viên Y – Dược, chúng tôi nhận thấy phần lớn sinh viên vẫn còn đang khó khăn và lúng túng trong rèn luyện và phát triển các kỹ năng mềm [2], [4], [5]. Khi được hỏi về nhu cầu hỗ trợ rèn luyện kỹ năng mềm có tới 206/335 sinh viên (chiếm 61,5%) các em muốn được học các lớp hỗ trợ về kỹ năng mềm. Trong đó, tỷ lệ các em muốn tham gia lớp học cách giao tiếp, ứng xử chiếm 71,6%, tham gia lớp thuyết trình, đàm phán chiếm 59,1%, tham gia lớp huấn luyện kỹ năng quản lý thời gian chiếm 45,97% và tham gia lớp tăng khả năng làm việc nhóm chiếm 29,5%.

V. KẾT LUẬN

- Phần lớn sinh viên chỉ đạt kỹ năng mềm ở mức trung bình chiếm 71,0%. Trong đó:

+ Kỹ năng quản lý thời gian 55,8% số sinh viên đạt mức trung bình, 28,7 % đạt mức độ kém và chỉ có 15,7% đạt mức khá tốt.

+ Kỹ năng làm việc nhóm: 7,8% sinh viên đạt mức độ kém, 58,8% đạt mức trung bình và 36,4 đạt mức khá tốt.

+ Kỹ năng tìm kiếm thông tin: 7,4% sinh viên đạt mức độ kém, 43,9% đạt mức trung bình và 48,7 đạt mức khá tốt.

+ Kỹ năng giao tiếp: 14% sinh viên đạt mức độ kém, 57,3% đạt mức trung bình và 28,7 đạt mức khá tốt.

- Điểm trung bình trung đánh giá kỹ năng mềm của sinh viên đạt từ 3,3±0,5 đến 3,7±0,4.

- Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với p<0,05 về mức độ kỹ năng mềm của các sinh viên giữa các năm học (năm thứ nhất đến năm thứ 6), giữa nhóm sinh viên ≥ 20 tuổi so với nhóm <20 tuổi và các sinh viên tham gia hay không các hoạt động ngoại khóa, các hoạt động phong trào và ban cán sự lớp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hà Thị Dung. (2012).** Hội thảo Kỹ năng mềm – nhu cầu và giải pháp. Hà Nội
2. **Đinh Thị Phương Liên, Đặng Thị Phương Thảo, Nguyễn Thị Lan (2012**), "Khảo sát kỹ năng mềm của sinh viên Đại học Thương mại", báo cáo tốt nghiệp.
3. **Hoàng Thế Nhật. (2015).** Kỹ năng sống của sinh viên khoa sư phạm, trường Đại học An Giang. *Tạp chí Khoa học trường Đại học An Giang*, *5*(1), 23 – 28.
4. **Huỳnh Văn Sơn và cs (2012),** "Thực trạng một số kỹ năng mềm của sinh viên đại học sư phạm", *Tạp chí Khoa học Đại học sư phạm thành phố Hồ Chí Minh*, số 39, p22-28.
5. **Hoàng Thị Kim Oanh[1], Trần Thị Hằng[2], Đặng Thị Xen[3] (2017),** "Nhận thức về kỹ năng nghề nghiệp của sinh viên ngành quản trị kinh doanh – trường đại học lâm nghiệp". *tạp chí khoa học và công nghệ lâm nghiệp,* số 1, trang 151-158.
6. **Ulrich D, et al. (2013).** The state of the HR profession. *Human Resource Management*, 52(3), 457-471.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG KHÁNG KHUẨN VÀ KHẢ NĂNG GÂY KÍCH ỨNG DA CỦA CAO LỎNG SÓNG RẮN THU HÁI TẠI THÁI NGUYÊN

Đào Thanh Hoa[1], Nguyễn Thị Bích[1], Nguyễn Thị Minh Thúy[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá tác dụng kháng khuẩn và kích ứng da của cao lỏng Sóng rắn. ***Đối tượng nghiên cứu***: Thỏ chủng *New Zealand White*, cả hai giới, lông trắng, trưởng thành, khỏe mạnh, cân nặng 2,0 – 2,2kg do Trung tâm chăn nuôi động vật thí nghiệm Sơn Tây cung cấp. ***Phương pháp nghiên cứu***: Khảo sát in vitro gồm định tính hoạt tính kháng khuẩn và định lượng hoạt tính kháng khuẩn và khả năng gây kích ứng da của sản phẩm cao lỏng Sóng rắn khô được tiến hành theo hướng dẫn của OECD và ISO 10993-10 về việc đánh giá kích ứng da dành cho các sản phẩm dùng ngoài da. ***Kết quả nghiên cứu***: Cao lỏng Sóng rắn được chiết xuất theo tiêu chuẩn cơ sở không thể hiện hoạt tính kháng khuẩn trên chủng vi khuẩn tụ cầu vàng*Staphylococcus aureus*, Chủng vi khuẩn liên cầu *Streptococci*, Chủng vi khuẩn mủ xanh *Pseudomonas aeruginosa*, Chủng vi khuẩn thương hàn *Salmonella spp*, Chủng vi khuẩn lỵ *Shigella spp*, Chủng vi khuẩn *E.coli*. Cao lỏng sống rắn thử nghiệm trên vùng da đối chứng ở cả 3 thỏ đều không xuất hiện tình trạng ban đỏ hay phù nề tại tất cả các thời điểm của nghiên cứu.Tại thời điểm 1 giờ, 24, 48, 72 giờ sau khi loại bỏ mẫu nghiên cứu, trên cả 3 thỏ, vùng da bôi Sóng rắn khô đều bình thường, không có dấu hiệu phù nề hay ban đỏ, chỉ số kích ứng (PII) của Thuốc bôi Sóng rắn khô là: (PII) = 0. ***Kết luận***: cao lỏng sống rắn thu hái tại Thái Nguyên không thể hiện hoạt tính kháng khuẩn và kích ứng da trên thực nghiệm.

Từ khóa: Sóng rắn, kháng khuẩn, kích ứng da.

SUMMARY

EVALUATING THE ANTIMICROBIAL AND SKIN IRRITANT EFFECTS OF *ALBIZZIA MYRIOPHYLLA BENT* GLUE HARVESTED IN THÁI NGUYEN

Study objectives: The study was conducted to evaluate the antimicrobial and skin irritant effects of Albizzia myriophylla Benth glue. **Study subjects:** New Zealand White Rabbit of both sexes that are white, mature and healthy, weighing 2.0 - 2.2 kg raised by Shanxi Animal Testing Center. **Study results:** Albizzia myriophylla Benth glue extracted according to basic standard was not found to be antimicrobial activity on Staphylococcus aureus, Staphylococcus streptococci strain, Pseudomonas aeruginosa, Pseudomonas aeruginosa strain. Salmonella spp., Shigella spp., E.coli strain. All three rabbits that were tested Albizzia myriophylla Benth glue on their skindid not suffer from erythema or edema at the time of the study. At 1 hour, 24, 48, 72 hours after removing the study samples, the rabbits' skin area applied Albizzia myriophylla Benth glue onwas dry normally, and had no signs of edema or erythema. The irritation index (PII) of the Dried Albizzia myriophylla Benth was: (PII) = 0. **Conclusions:** Albizzia myriophylla Benth glue collected in Thai Nguyen showed no antibacterial activity and skin irritation in the study.

Key words: Albizzia myriophylla Benth, antimicrobial, skin irritation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam nằm trong vùng khí hậu nhiệt đới nóng ẩm gió mùa nên có nguồn tài nguyên thực vật vô cùng phong phú và đa dạng. Chính nguồn tài nguyên này đã cung cấp cho con người nhiều sản phẩm thiên nhiên có giá trị trong nhiều lĩnh vực khác nhau của cuộc sống, đặc biệt là dùng làm thuốc chữa bệnh [1], [2]. Ở Việt Nam có 17 loài với khoảng 4 - 5 loài được dùng làm thuốc trong đó có cây sống rắn. Cây sống rắn (tên gọi trong dân gian) mọc hoang nhiều tại Thái Nguyên ở rìa rừng, trên đất trống, trên các bờ cát của các dòng sông, trên đất nghèo, từ vùng thấp đến độ cao 900m. Sống rắn được nhân dân dùng để chữa các bệnh viêm ngoài da như mụn dộp, herpes, zona và một số bệnh khác [4].

Cho đến nay chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu độc tính cấp, bán trường diễn, tác dụng giảm đau chống viêm trên thực nghiệm và bước đầu thử nghiệm Cao lỏng sống rắn trên lâm sàng cho kết quả khả quan. Để có thêm cơ sở khoa học về an toàn và hiệu quả của dược liệu này, nâng cao giá trị sử dụng và tìm hiểu đầy đủ hơn về cây thuốc, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Khảo sát hoạt tính kháng khuẩn và khả năng gây kích ứng của cao lỏng sống rắn thu hái tại Thái Nguyên*" với mục tiêu sau: khảo sát khả năng kháng khuẩn và kích ứng da của cao lỏng Sống rắn khô thu hái tại Thái Nguyên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Cao lỏng sống rắn được chiết trong môi trường cồn 70^0 với tỷ lệ 1:1 được bào chế tại bộ môn Y học cổ truyền, trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.

Thỏ chủng *New Zealand White*, cả hai giới, lông trắng, trưởng thành, khỏe mạnh, cân nặng 2,0 – 2,2 kg do Trung tâm chăn nuôi động vật thí nghiệm Sơn Tây cung cấp. Thỏ được nuôi từ 1 tuần trước khi tiến hành nghiên cứu và trong

[1]*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên*
Chịu trách nhiệm chính: Đào Thanh Hoa
Email: bsdhoa@gmail.com
Ngày nhận bài: 3.10.2018
Ngày phản biện khoa học: 26.11.2018
Ngày duyệt bài: 30.11.2018

suốt thời gian nghiên cứu tại Bộ môn Dược lý, trường Đại học Y Hà Nội.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Khảo sát hoạt tính kháng khuẩn: Môi trường sau khi được pha và hấp khử trùng, cho vào mỗi đĩa petri có đáy phẳng và đặt lên mặt thật phẳng để thạch có bề dày đồng nhất, khoảng 4mm. Thể tích môi trường khoảng 15 - 20ml/1đĩa.

Để nguội ở nhiệt độ phòng thí nghiệm, nếu chưa sử dụng thì để trong tủ lạnh từ 4 - 8 0C.

+ Dịch vi khuẩn Trên mặt thạch phân lập vi khuẩn, lấy một ít khuẩn lạc cho vào ống nghiệm chứa 10 ml nước muối sinh lý đã được hấp khử trùng . Sau đó lắc đều và so độ đục với ống Mc. Farland (có độ đục tương đương 1x108 CFU/ml) trên giấy trắng có kẻ 3 vạch ngang. Thực hiện đến khi ống nghiệm chứa dịch khuẩn có cùng độ đục với ống Mc. Farland, ta được dịch khuẩn có nồng độ khoảng 1x108 CFU/ml.

+ Trải vi khuẩn, nấm lên mặt thạch Dùng micropipette 40 - 200l hút 200l dịch vi khuẩn hoặc dịch nấm bơm vào đĩa môi trường. Sau đó dùng que cấy trang vô khuẩn, trang đều trên mặt thạch sao cho vi khuẩn hoặc nấm khuếch tán đầy và đều lên mặt thạch. Đến khi mặt thạch khô.

Đĩa kháng sinh không đặt sát nhau quá, cách thành đĩa khoảng 1cm. Nhỏ trực tiếp dịch chiết lên đĩa kháng sinh. Thể tích cao nhỏ lên mỗi đĩa kháng sinh là 100l. Đem ủ ở nhiệt độ 37^0c sau 24 giờ lấy ra theo dõi. Số lần lặp lại: 3 lần (mỗi chủng vi khuẩn). Tổng số đĩa petri: 15 đĩa, số mẫu trên 1 đĩa: 3 mẫu (2 mẫu đối chứng: dung môi; 1 mẫu thí nghiệm)

Chỉ tiêu nghiên cứu: Đo dường kính kháng sinh sau 24h ủ

Thử nghiệm kích ứng da: Nghiên cứu khả năng gây kích ứng da của sản phẩm thuốc bôi Sóng rắn khô được tiến hành theo hướng dẫn của OECD và ISO 10993-10 về việc đánh giá kích ứng da dành cho các sản phẩm dùng ngoài da [4],[5].

Số lượng thỏ nghiên cứu: 03

Quy trình nghiên cứu được tiến hành trên 3 thỏ như sau:

- Mỗi thỏ được nuôi trong chuồng riêng, cho ăn bằng thức ăn riêng, giữ ở nhiệt độ phòng trong vòng 1 tuần trước khi tiến hành nghiên cứu.
- Trước ngày nghiên cứu 24 giờ, thỏ được cạo lông ở phần hông và lưng với diện tích 10 cm x 15 cm ở cả 2 bên cột sống để bôi thuốc và quan sát các vị trí thử nghiệm.
- Trước khi tiến hành nghiên cứu, kiểm tra tình trạng da thỏ. Chỉ đưa vào nghiên cứu những thỏ có tình trạng da bình thường, còn nguyên vẹn, không có bất kỳ tổn thương nào.
- Chia phần da đã cạo lông thành 2 phần tương ứng với 2 bên cột sống, chọn mỗi bên một diện tích 2,5 cm x 2,5 cm trên mỗi thỏ. Các thỏ được bôi thuốc như sau:

+ Một bên bôi mẫu nghiên cứu: bôi 0,5ml mẫu nghiên cứu

+ Một bên để làm chứng: bôi 0,5ml nước sạch

- Đắp gạc sạch (kích thước 2,5 cm x 2,5 cm) lên cả 2 vùng bôi thuốc và phần dùng làm chứng
- Lưng thỏ được băng (không băng quá chặt) bằng băng gạc và băng dính, để trong 4 giờ
- Sau 4 giờ, tháo bỏ toàn bộ băng gạc ra khỏi lưng thỏ, rửa sạch mẫu thử đã bôi trên da thỏ bằng nước sạch
- Đánh giá và tính điểm các chỉ số về ban đỏ (erythema), phù nề (edema) tại thời điểm 1 giờ, 24, 48, 72 giờ sau khi loại bỏ mẫu thử. Nếu có tổn thương, theo dõi thỏ 14 ngày để đánh giá khả năng phục hồi. Khi tổn thương đã hồi phục thì ngừng theo dõi.

Bảng 2.1. Bảng đánh giá tính điểm kích ứng da cho hai triệu chứng ban đỏ và phù nề

Ban đỏ	**Điểm**
- Không có ban	0
- Ban rất nhẹ (khó nhận thấy)	1
- Dễ nhận thấy	2
- Vừa đến nặng	3
- Nặng đến hình thành vảy trên da	4
Phù nề	
- Không có	0
- Rất nhẹ (khó nhận thấy)	1
- Dễ nhận thấy (da dày lên)	2
- Trung bình (dày lên 1mm)	3
- Nặng (dày hơn 1mm hoặc ra ngoài vùng bôi)	4

- Đánh giá: Tính chỉ số kích ứng (PII: primary irritation index) như sau:

+ Chỉ tính toán từ các hiện tượng quan sát được ở các thời điểm 24 giờ, 48 giờ và 72 giờ.

+ Tính chỉ số kích ứng cho từng thỏ => Chỉ số kích ứng của mẫu thử.

+ Chỉ số kích ứng của từng thỏ được tính bằng cách: Lấy tổng điểm phù nề và ban đỏ của bên bôi thuốc trừ đi tổng điểm bên bôi nước, sau đó chia cho 3 (3 thời điểm đánh giá)

$$PPI_{\text{trung bình}} = \frac{\text{Tổng PPI cả 3 thỏ}}{3}$$

Bảng 2.2. Bảng xếp loại kích ứng da dựa vào PII

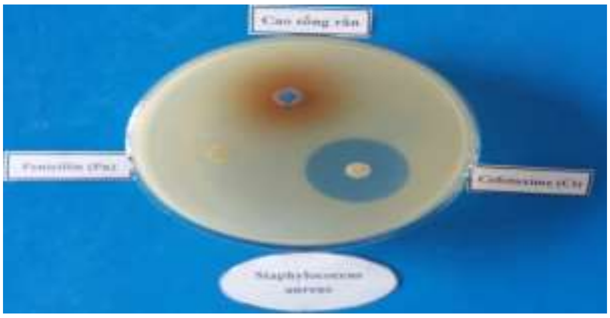
Xếp loại	PII trung bình
Không kích ứng	0 – 0,4
Kích ứng nhẹ	0,5 – 1,9
Kích ứng vừa	2 – 4,9
Kích ứng nặng	5 – 8

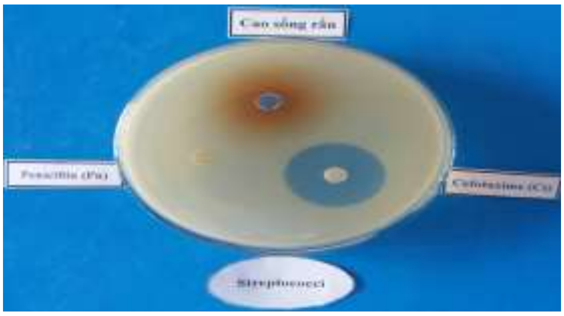
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Kết quả khảo sát hoạt tính kháng khuẩn

Bảng 1. kết quả định tính kháng khuẩn của cao lỏng sống rắn trên Chủng Staphylococcus aureus

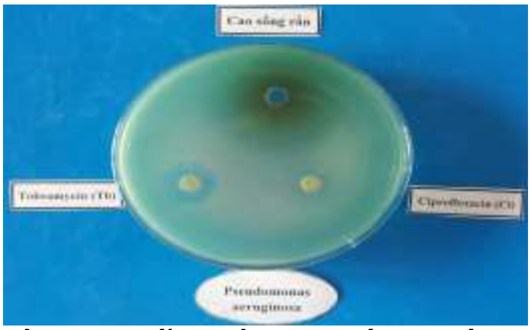
	STT	Mẫu	Kháng sinh và mẫu thử	Đường kính vòng vô khuẩn (mm)	Kết luận
Chủng vi khuẩn tụ cầu vàng *Staphylococcus aureus*	1	Mẫu thử	Cao lỏng sống rắn	0	Không có tác dụng kháng khuẩn
	2	Mẫu đối chứng	Penicillin (Pn)	0	Đề kháng
	3		Cefotaxime (Ct)	25	Nhạy cảm

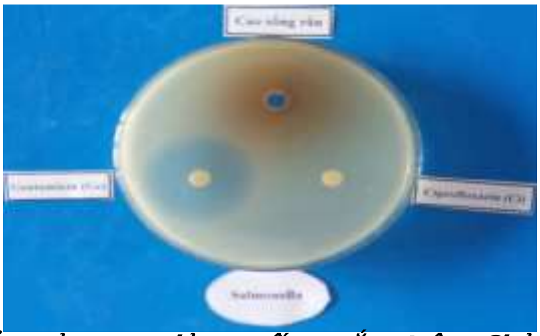




Bảng 2. Kết quả định tính kháng khuẩn của cao lỏng sống rắn trên Chủng Streptococci

Mẫu	Kháng sinh và mẫu thử	Đường kính vòng vô khuẩn (mm)	Kết luận
Mẫu thử	Cao lỏng sống rắn	0	Không có tác dụng kháng khuẩn
Mẫu đối chứng	Penicillin (Pn)	0	Đề kháng
	Cefotaxime (Ct)	26	Nhạy cảm





Bảng 3. kết quả định tính kháng khuẩn của cao lỏng sống rắn trên Chủng Pseudomonas aeruginosa

STT	Mẫu	Kháng sinh và mẫu thử	Đường kính vòng vô khuẩn (mm)	Kết luận
1	Mẫu thử	Cao lỏng sống rắn	0	Không có tác dụng kháng khuẩn
2	Mẫu đối chứng	Tobramycin (Tb)	16	Nhạy cảm
3		Ciprofloxacin (Ci)	0	Đề kháng

Bảng 4. kết quả định tính kháng khuẩn của cao lỏng sống rắn trên Chủng Salmonella spp.

STT	Mẫu	Kháng sinh và mẫu thử	Đường kính vòng vô khuẩn (mm)	Kết luận
1	Mẫu thử	Cao lỏng sống rắn	0	Không có tác dụng kháng khuẩn
2	Mẫu đối chứng	Tobramycin (Tb)	0	Nhạy cảm
3		Ciprofloxacin (Ci)	30	Đề kháng

Bảng 5 kết quả định tính kháng khuẩn của cao lỏng sống rắn trên Chủng vi khuẩn lỵ Shigella spp.

STT	Mẫu	Kháng sinh và mẫu thử	Đường kính vòng vô khuẩn (mm)	Kết luận
1	Mẫu thử	Cao lỏng sống rắn	0	Không có tác dụng kháng khuẩn
2	Mẫu đối chứng	Tobramycin (Tb)	0	Nhạy cảm
3		Ciprofloxacin (Ci)	30	Đề kháng

Bảng 6. kết quả định tính kháng khuẩn của cao lỏng sống rắn trên Chủng vi khuẩn E.coli

STT	Mẫu	Kháng sinh và mẫu thử	Đường kính vòng vô khuẩn (mm)	Kết luận
1	Mẫu thử	Cao lỏng sống rắn	0	Không có tác dụng kháng khuẩn
2	Mẫu đối chứng	Tobramycin (Tb)	0	Nhạy cảm
3		Ciprofloxacin (Ci)	33	Đề kháng

3.2 Kết quả nghiên cứu khả năng gây kích ứng da: Các triệu chứng ban đỏ, phù nề được đánh giá trên 3 thỏ tại các thời điểm 1 giờ, 24, 48 và 72 giờ sau khi loại bỏ mẫu nghiên cứu bôi trên da và đánh giá điểm theo bảng 2.1. Kết quả được mô tả trong bảng 3.1.

Bảng 3.1. Bảng đánh giá ban đỏ, phù nề trên các thỏ đánh giá kích ứng da của Thuốc bôi Sóng rắn khô

Thỏ	BAN ĐỎ								PHÙ NỀ							
	1h		24h		48h		72h		1h		24h		48h		72h	
	TH	Ch	TH	Ch	TH	Ch	TH	Ch	TH	Ch	TH	Ch	TH	Ch	TH	Ch
Thỏ 1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Thỏ 2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Thỏ 3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TH: vùng da bôi mẫu nghiên cứu; Ch: vùng da bôi nước sạch

Kết quả ở bảng 3.1 cho thấy: Vùng da đối chứng ở cả 3 thỏ đều không xuất hiện tình trạng ban đỏ hay phù nề tại tất cả các thời điểm của nghiên cứu. Tại thời điểm 1 giờ, 24, 48, 72 giờ sau khi loại bỏ mẫu nghiên cứu, trên cả 3 thỏ, vùng da bôi Sóng rắn khô đều bình thường, không có dấu hiệu phù nề hay ban đỏ.

Bảng 3.2. Chỉ số kích ứng (PII) trên thỏ đánh giá kích ứng da của Thuốc bôi Sóng rắn khô

Thỏ	PII
Thỏ số 1	0
Thỏ số 2	0
Thỏ số 3	0

Từ kết quả ở bảng 3.2, tính được chỉ số kích ứng (PII) của Thuốc bôi Sóng rắn khô là: (PII) = 0.

Dựa vào bảng phân loại kích ứng da theo (PII), Thuốc bôi Sóng rắn khô không gây kích ứng da thỏ.

IV. BÀN LUẬN

Cây sống rắn (Albizzia *myriophylla* Benth) thu hái tại Thái Nguyên có thành phần hóa học chủ yếu là alkaloid, saponin và các flavonoid, các hợp chất này chiết từ lá của loài cùng họ Albizzia amara đã được nhiều nghiên cứu trên thế giới chứng minh tác dụng chống oxy hóa, chống viêm, giảm đau thậm chí là kháng khuẩn[3]. Dịch chiết cồn sống rắn lá tươi và lá khô thu hái ở Thái nguyên liều tương đương lâm sàng có tác dụng giảm đau và tác dụng chống viêm trên thực nghiệm, tuy nhiên theo kết quả nghiên cứu thu được cao lỏng sống rắn không có tính kháng khuẩn cho thấy có sự khác biệt giữa cây sống rắn tại Thái Nguyên và các nơi khác ở Việt Nam và thế giới.

Trên thực tế cao lỏng sống rắn đã được sử dụng phối hợp điều trị trên bệnh nhân zona thần kinh và thu được kết quả khả quan, bệnh nhân nhanh lành vết thương và giảm đau tốt hơn so với nhóm chứng [7]. Kết quả nghiên cứu khả năng kích ứng da của cao lỏng sống rắn không thấy vùng da bôi thuốc bị phù nề hay ban đỏ đã khẳng định thêm tính an toàn của vị thuốc, mang lại lợi ích tốt nhất cho người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Kết quả khảo sát hoạt tính kháng khuẩn cho thấy cao lỏng sống rắn thu hái tại Thái Nguyên không có tác dụng kháng khuẩn trên các chủng vi khuẩn tụ cầu vàng*Staphylococcus aureus,* Chủng vi khuẩn liên cầu *Streptococci,* Chủng vi khuẩn mủ xanh *Pseudomonas aeruginosa,* Chủng vi khuẩn thương hàn *Salmonella spp,* Chủng vi khuẩn lỵ *Shigella spp,* Chủng vi khuẩn *E.coli.*

Từ kết quả đánh giá khả năng gây kích ứng da của cao lỏng sống rắn khô rút ra kết luận như sau: Cao lỏng sống rắn khô không gây kích ứng da thỏ trên thực nghiệm

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Tiến Bân (2003),** *Danh mục các loài thực vật Việt Nam,* NXB Nông nghiệp tr.193 - 195.
2. **Đỗ Huy Bích và cộng sự (2006**), "*Sóng rắn*". Cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt nam tập II., NXB Khoa học và kỹ thuật, tr 1127- 1128.
3. **Võ Văn Chi (2013),** *Từ điển cây thuốc Việt nam,* tập 1, NXB Y học, tr 115-122.
4. **Đỗ Tất Lợi(2009),** *Những cây thuốc vị thuốc Việt Nam,* NXB Y học, tr 871-872.
5. **Organisation for Economic Co-operation and Development** (2002), "Guideline for testing of chemicals: Acute Demal Irritation/Corrotion", *OECD* 404.
6. **International Organisation of Standardization** (2010),"Biological evaluation of medical devices – Part 10: Tests for irritation and skin sensitization", ISO 10993-10.
7. **Đào Thanh Hoa (2016),** *Đánh giá tác dụng hỗ trợ điều trị của cao lỏng sống rắn trên bệnh nhân Zona,* Luận văn thạc sỹ y học.

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG CỦA SINH VIÊN DÂN TỘC THIỂU SỐ TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y-DƯỢC THÁI NGUYÊN

Trần Thị Huyền Trang*, Trương Thị Thùy Dương*, Nguyễn Thị Thanh Tâm*, Trần Thị Hồng Vân*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng dinh dưỡng và đánh giá khẩu phần hàng ngày của sinh viên dân tộc thiểu số trường đại học Y-Dược Thái Nguyên năm học 2017-2018. ***Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:*** Nghiên cứu được tiến hành trên 351 sinh viên dân tộc thiểu số tại trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên với phương pháp mô tả thiết kế cắt ngang. Tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu được đánh giá dựa theo phân loại của Tổ chức Y tế thế giới năm 2000. Sử dụng bộ câu hỏi điều tra được thiết kế sẵn để thu thập các thông tin về nhân khẩu học, thói quen, tần suất ăn uống, khẩu phần 24 giờ. ***Kết quả nghiên cứu***: Tỷ lệ sinh viên dân tộc thiểu số thiếu năng lượng trường diễn chiếm tỷ lệ cao (25,4%) trong đó sinh viên nữ tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn (33,2%) cao hơn sinh viên nam (11,2%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ thừa cân-béo phì ở sinh viên chiếm tỷ lệ thấp 4,8%. Khẩu phần năng lượng của sinh viên thấp hơn so với nhu cầu khuyến nghị từ 15,0% đến 30,0%. Tỷ lệ 3 chất dinh dưỡng sinh năng lượng gồm protein: lipid: glucid trong khẩu phần của đối tượng nghiên cứu không cân đối, hợp lý (16,4: 29,6: 54,0). ***Kết luận:*** Cần tăng cường giáo dục và truyền thông dinh dưỡng cho sinh viên, tập trung vào việc lựa chọn các nguồn thực phẩm giàu dinh dưỡng cũng như thói quen ăn uống lành mạnh nhằm cải thiện tình trạng dinh dưỡng cho sinh viên.

Từ khoá: *Tình trạng dinh dưỡng, thiếu năng lượng trường diễn, thừa cân-béo phì, sinh viên, dân tộc thiểu số.*

**Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Huyền Trang
Email: *huyentrangdp2@gmail.com*
Ngày nhận bài: 4.10.2018
Ngày phản biện khoa học: 23.11.2018
Ngày duyệt bài: 29.11.2018

SUMMARY

THE NUTRITIONAL STATUS OF ETHNIC MINORITY UNIVERSITY STUDENTS AT THAI NGUYEN OF MEDICINE AND PHARMACY

Objectives: Describe the nutritional status and assesse the daily diet of ethnic minority students in the 2017 to 2018 acdemic year. ***Research subjects and methods:*** The study was conducted on 351 ethnic minority students at Thai Nguyen Medicine and Pharmacy with method of the cross-sectional survey. The nutritional status of study subjects was assessed based on the World Health Organization (WHO) classification in 2000. Use pre-designed questionnaires to collect demographic information, habits, frequency of eating, 24-hour diet. ***Research results:*** The percentage of chronic energy deficiency students was high (25.4%); in which the rate of underweight females (33.2%) was higher than that of underweight males (11.2%), the difference was statistically significant (p-value < 0.05). In contrast, the prevalence of overweight-obesity was relatively low (4.8%). Daily energy intake of students was from 15.0 to 30.0% lower than that in the recommended guidelines. The rate of three nutrients for energy include protein: lipid: glucid in the diet was not balanced and reasonable (16.4: 29.6: 54.0). ***Conclusion:*** High nutrition education andcommunication, focusing on selective nutrient sources as well as the benefits of healthy eating habits should be provided to ensure good heath in their adult life.

Key words: Nutritional status, chronic energy deficiency, overweight-obesity, student, ethnic minority.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sinh viên là nguồn lực lao động trí óc tương lai rất quan trọng. Khi bắt đầu bước chân vào cánh cửa trường đại học, đồng nghĩa với việc sẽ có những thay đổi trong cuộc sống, sinh viên dần phải tự chịu trách nhiệm về chế độ ăn uống, lựa chọn lối sống và nhận thức về các vấn đề sức khoẻ với bản thân.

Ở Việt Nam cũng đã có một số nghiên cứu trên đối tượng này nhưng phần lớn tập trung đến vấn đề phát triển thể lực mà ít đề cập tới tình trạng dinh dưỡng, cũng như khẩu phần của đối tượng sinh viên, đặc biệt là sinh viên ngành y người dân tộc thiểu số. Đây là đối tượng có đặc thù cường độ học tập cao, ngoài học tập giảng đường còn tham gia trực, học tập tại bệnh viện, cộng đồng.

Trường Đại học Y- Dược Thái Nguyên là trường trung tâm của miền núi phía Bắc, giữ vai trò quan trọng trong việc đào tạo đội ngũ y bác sĩ cho các tỉnh vùng núi phía Bắc. Mỗi năm trường đào tạo gần 8000 sinh viên, trong đó có hơn 1/3 số sinh viên làn gười dân tộc thiểu số. Họ đến từ các vùng khác nhau trên cả nước, nhưng tập trung chủ yếu là ở các vùng núi, vùng sâu vùng xa phía Bắc, nơi có tình trạng suy dinh dưỡng cũng như tình trạng bệnh tật chiếm tỷ lệ cao. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này để mô tả tình trạng dinh dưỡng và đánh giá khẩu phần hàng ngày của sinh viên dân tộc thiểu số trường đại học Y-Dược Thái Nguyên năm học 2017-2018. Từ đó cung cấp bằng chứng cho việc xây dựng chế độ ăn hợp lý, nâng cao sức khoẻ cho lực lượng lao động tương lai của xã hội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Sinh viên bác sỹ đa khoa hệ chính quy năm thứ nhất đến năm thứ sáu người dân tộc thiểu số.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Trường Đại học Y- Dược Thái Nguyên

Thời gian: Từ tháng 11 năm 2017 đến tháng 7 năm 2018.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả thiết kế cắt ngang.

2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp nghiên cứu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả:

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

Trong đó: n: Cỡ mẫu tối thiểu cần đạt được

$Z_{1-\alpha/2}$ = 1,96. Là giá trị tra bảng thu được tương ứng với mức ý nghĩa thống kê α= 0,05.

p =0,33, là tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn ở sinh viên trường Đại học Y Hà Nội năm 2011[3]. Chọn d = 0,05

Do đó, thay số tính được cỡ mẫu cho nghiên cứu là n = 340 sinh viên. Thực tế chúng tôi điều tra được tổng số 351 sinh viên. Toàn bộ 351 sinh viên được điều tra về khẩu phần.

****Phương pháp chọn mẫu:*** Lập khung mẫu hệ thống là danh sách sinh viên bác sĩ đa khoa hệ chính quy người dân tộc thiểu số năm học 2017-2018, xếp theo khoá, giới, tên của sinh viên. Xác định khoảng cách lấy mẫu bằng công thức k = N/n = 1318/325~4. Chọn một số ngẫu nhiên r từ 1-4. Đối tượng được chọn tham gia nghiên cứu là đối tượng thứ r, r+k, r+2k, r+3k…chọn cho đến khi đủ cỡ mẫu cần điều tra.

2.3.4. Chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, năm học, dân tộc, nơi ở, cân nặng trung bình, chiều cao trung bình và BMI trung bình.
- Số lượng bữa ăn trong ngày: ngày thường, ngày cuối tuần.
- Tần suất sử dụng các bữa ăn trong ngày.
- Tỷ lệ thừa cân, béo phì, tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn của đối tượng nghiên cứu.
- Đánh giá tính cân đối của khẩu phần dinh dưỡng.
- Đánh giá mức đáp ứng nhu cầu đề nghị về các chất dinh dưỡng trong khẩu phần

2.5. Phương pháp thu thập số liệu

****Thu thập về chỉ số nhân trắc:***

Cân nặng: sử dụng cân SECA của Nhật Bản.

Chiều cao được đo bằng thước gỗ của UNICEF.

****Đánh giá và phân loại tình trạng dinh dưỡng của đối tượng nghiên cứu*** dựa vào chỉ số khối cơ thể BMI, sử dụng thang phân loại của Tổ chức Y tế thế giới năm 2000.

- CED độ I (gầy độ I): BMI từ 17 đến 18,49;
- CED độ II (gầy độ II): BMI từ 16,0 đến 16,99;
- CED độ III (gầy độ III): BMI dưới 16;
- Bình thường: BMI từ 18,5 - 24,99;
- Thừa cân, béo phì: BMI ≥ 25

****Thu thập thông tin để đánh giá khẩu phần dinh dưỡng***: Sử dụng bộ câu hỏi điều tra được thiết kế sẵn để thu thập các thông tin về nhân khẩu học, thói quen, tần suất ăn uống, khẩu phần 24 giờ.

2.6. Phương pháp xử lý số liệu: Sau khi được làm sạch và mã hóa, các số liệu để mô tả thực trạng dinh dưỡng được nhập liệu bằng phần mềm Microsoft Office Excel 2013 và xử lý trên phần mềm STATA 12.0. Số liệu để đánh giá khẩu phần được nhập và xử lý trên phần mềm Word Access 2013.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Đề tài đã được thông qua hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học trường Đại học Y-Dược Thái Nguyên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Thông tin chung	Số lượng (SL)	Tỷ lệ %
Tuổi: 17 - <20 tuổi 20 – 29 tuổi	60 291	17,0 83,0
Giới tính: Nam Nữ	125 226	35,6 64,4
Năm học: Năm thứ nhất Năm thứ hai Năm thứ ba Năm thứ tư Năm thứ năm Năm thứ sáu	44 37 65 39 68 98	12,5 10,5 18,5 11,1 19,4 27,9
Nhóm dân tộc: Tày Mường Nùng Thái Sán Dìu	149 64 50 27 23	42,5 18,2 14,3 7,7 6,6
Khác	38	10,8
Nơi ở của sinh viên Ở nhà chung với bố mẹ Ở ngoại trú Ở nội trú (ký túc xá trường)	 14 282 55	 4,0 80,3 15,7

Nhận xét: Phần lớn sinh viên thuộc nhóm dân tộc Tày, chiếm tỷ lệ cao nhất 42,5%, tiếp đến là sinh viên thuộc dân tộc Mường (18,2%) và Nùng (14,3%). Tỷ lệ sinh viên ở ngoại trú chiếm tỷ lệ cao nhất là 80,3%, trong khi đó chỉ có 4,0% sinh viên sống cùng gia đình.

Bảng 3.2. Đặc điểm một số chỉ số nhân trắc của sinh viên dân tộc thiểu số **t-test*

Đặc điểm	Chung (n = 351) $\bar{X} \pm$ SD	Nam (SL=125) $\bar{X} \pm$ SD	Nữ (SL =226) $\bar{X} \pm$ SD	p*
Chiều cao (cm)	158,8 ± 8,0	165,7 ± 6,8	154,9 ± 5,8	p <0,01
Cân nặng (kg)	51,3 ± 8,7	58,8 ± 7,9	47,2 ± 5,8	p <0,01
BMI (kg/m^2)	20,3 ± 2,5	21,4 ± 2,6	19,6 ± 2,1	p <0,01

Nhận xét: Kết quả bảng 3.2 cho thấy các chỉ số nhân trắc của sinh viên. Nam giới có chiều cao, cân nặng và BMI trung bình cao hơn của nữ giới, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,01.

3.2. Tình trạng dinh dưỡng của sinh viên dân tộc thiểu số tại trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên

Bảng 3.3. Phân loại tình trạng dinh dưỡng của sinh viên theo giới tính **χ2 test*

Chỉ số	Chung (n = 351)		Nam (SL=125)		Nữ (SL=226)		p*
	n	%	n	%	n	%	
Thiếu năng lượng trường diễn	89	25,4	14	11,2	75	33,2	p <0,01
Bình thường	245	69,8	98	78,4	147	65,0	p <0,05
Thừa cân, béo phì	17	4,8	13	10,4	4	1,8	p <0,01

Nhận xét: Tỷ lệ sinh viên thiếu năng lượng trường diễn chung là 25,4%, trong đó nam chiếm 11,2% thấp hơn nữ chiếm 33,2%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,01.

Tỷ lệ thừa cân, béo phì ở sinh viên chiếm tỷ lệ 4,8%, trong đó nam chiếm 10,4% cao hơn nữ (1,8%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p< 0,01.

3.3. Khẩu phần của sinh viên dân tộc thiểu số tại Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên

Bảng 3.4. Thói quen ăn uống của sinh viên dân tộc thiểu số

Chỉ số	Chung (n =251)		Nam (SL=125)		Nữ (SL=226)	
	SL	%	SL	%	SL	%
Số bữa ăn vào ngày thường: 2 bữa ≥3 bữa	120 231	34,2 65,8	51 74	40,8 59,2	69 157	30,5 69,5
Số bữa ăn vào cuối tuần: 1 bữa 2 bữa ≥3 bữa	5 146 200	1,4 41,6 57	1 61 63	0,8 48,8 50,4	4 85 137	1,8 37,6 60,6
Tần suất ăn bữa sáng của sinh viên Ngày nào cũng ăn 3 đến 5 ngày trong 1 tuần 1 đến 2 ngày trong 1 tuần Hiếm khi hoặc không bao giờ ăn	 107 157 48 39	 30,5 44,7 13,7 11,1	 31 54 20 125	 24,8 43,2 16,0 16,0	 76 103 28 19	 33,6 45,6 12,4 8,4
Tần suất ăn bữa trưa của sinh viên Ngày nào cũng ăn	 322	 91,7	 116	 92,8	 206	 91,2

3 đến 5 ngày trong 1 tuần	25	7,1	9	7,2	16	7,1
1 đến 2 ngày trong 1 tuần	4	1,1	0	0	4	1,7
Hiếm khi hoặc không bao giờ ăn	0	0	0	0	0	0
Tần suất ăn bữa tối của sinh viên						
Ngày nào cũng ăn	322	91,8	118	94,4	204	90,3
3 đến 5 ngày trong 1 tuần	21	6,0	3	2,4	18	8,0
1 đến 2 ngày trong 1 tuần	4	1,1	1	0,8	3	1,3
Hiếm khi hoặc không bao giờ ăn	4	1,1	3	2,4	1	0,4

Nhận xét: Kết quả bảng 3.4 cho thấy trên 30,0% sinh viên chỉ tiêu thụ 2 bữa trong ngày, trong đó 34,2% tiêu thụ 2 bữa vào ngày thường, 1,4% và 41,6% sinh viên tiêu thụ 1 bữa và 2 bữa vào ngày cuối tuần. Chỉ có 30,5% sinh viên tiêu thụ bữa sáng hàng ngày, 11,1% sinh viên hiếm khi hoặc không bao giờ ăn bữa sáng. Đa số sinh viên tiêu thụ bữa trưa và bữa tối hàng ngày với tỷ lệ lần lượt là 91,7% và 91,8%.

Bảng 3.5. Tính cân đối trong khẩu phần của sinh viên dân tộc thiểu số **Mann-Whitney test*

Các loại tỷ lệ	Chung (n=351)	Nam (n=125)	Nữ (n=226)	p*
Năng lượng do Protein (%)	16,4%	16,6%	16,8%	p >0,05
Năng lượng do Lipid (%)	29,6%	28,6%	30,3%	p >0,05
Năng lượng do Glucid (%)	54,0%	54,8%	52,9%	p >0,05
Protein động vật/ tổng số (%)	59,8%	57,8%	61,1%	p >0,05
Lipid thực vật/ tổng số (%)	37,2%	34,5%	38,9%	P <0,05

Nhận xét: Tỷ lệ các chất sinh năng lượng trong khẩu phần ăn của sinh viên là 16,4 : 29,6 : 54,0. Tỷ lệ do protein cung cấp ở nam và ở nữ là tương đương nhau (16,6% và 16,8%). Năng lượng do lipid cung cấp ở nữ (30,3%) cao hơn ở nam (28,6%); ngược lại, năng lượng do glucid cung cấp ở nam cao hơn ở nữ (tương ứng với 54,8% và 52,9%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p> 0,05).

Bảng 3.6. Mức đáp ứng nhu cầu đề nghị về các chất dinh dưỡng trong khẩu phần

Chất dinh dưỡng	Nam (SL =125)			Nữ (SL=226)		
	NCKN	Thực tế	Mức đáp ứng	NCKN	Thực tế	Mức đáp ứng
Năng lượng (kcal): 17- <20 tuổi	2820	1795,9	63,7	2380	1685,5	70,8
20-29 tuổi	2570	2114,2	82,3	2050	1710,5	83,4
Protein (g): 17- <20 tuổi	74	72,8	98,4	63	67,5	107,1
20-29 tuổi	69	89,9	130,3	60	72,7	121,1
Lipid (g): 17- <20 tuổi	63-94	56,6	89,8	53-79	58,6	*
20-29 tuổi	57-71	65,8	115,4	46-57	52,6	114,3
Glucid (g): 17- <20 tuổi	400-440	283,2	70,8	330-370	224,6	68,1
20-29 tuổi	370-400	282,5	76,4	320-360	234,4	73,2
Chất xơ (mg): 17- <20 tuổi	38	4,9	12,9	26	5,2	20
20-29 tuổi	38	5,9	15,5	25	6,0	24
Vitamin A (μg) : 17- <20 tuổi	850	569,4	70,2	650	493,5	75,9
20-29 tuổi	850	464,4	54,6	650	449,2	69,1
Vitamin C (mg) : 17- <20 tuổi	100	80	80	100	95,6	95,6
20-29 tuổi	100	90	90	100	94,2	94,2
Folate (μg): 17- <20 tuổi	300	175,6	58,5	400	212,2	53
20-29 tuổi	400	245,3	61,3	400	216,0	54
Canxi (mg): 17- <20 tuổi	1000	463,7	46,4	1000	411,9	41,2
20-29 tuổi	800	419,3	52,4	800	420,8	52,6
Sắt (mg): 17- <20 tuổi	17,5	13,6	77,7	29,7	12,6	42,4
20-29 tuổi	11,9	15,1	126,9	29,6	12,1	40,9

NCKN: Nhu cầu khuyến nghị

* Đáp ứng nhu cầu khuyến nghị

Nhận xét: Phần lớn các chất dinh dưỡng trong khẩu phần ăn của sinh viên ở hai giới đều không đáp ứng nhu cầu khuyến nghị của Viện dinh dưỡng, đặc biệt là nhu cầu về năng lượng và glucid. Các vitamin, chất khoáng và chất xơ trong khẩu phần ăn của sinh viên còn thiếu hụt rất nhiều so với nhu cầu khuyến nghị. Riêng có protein và lipid trong khẩu phần ăn của sinh viên trong độ tuổi 20 đến 29 vượt quá nhu cầu khuyến nghị.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả đánh giá tình trạng dinh dưỡng của sinh viên cho thấy tỷ lệ sinh viên bị thừa cân, béo phì là 4,8%, trong khi đó tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn ở sinh viên chiếm tỷ lệ cao (25,4%). Kết quả này cao hơn nghiên cứu của tổng điều tra dinh dưỡng Việt Nam năm 2010 với tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn ở người trưởng thành trên 19 tuổi là 17,2% [4]. Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn ở sinh viên người dân tộc thiểu số cao hơn so với tỷ lệ này ở người trưởng thành người dân tộc thiểu số tại tỉnh Thái Nguyên năm 2013 (21,0%); ngược lại, tỷ lệ thừa cân béo phì ở sinh viên thấp hơn rất nhiều so với kết quả nghiên cứu trên (14,3%) [7]. Tỷ lệ sinh viên thiếu năng lượng trường diễn trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều so với kết quả nghiên cứu trước đó trên đối tượng sinh viên của trường Đại học Y Hà Nội (2015) và trường Đại học Quốc gia Hà Nội (2014) với tỷ lệ sinh viên thiếu năng lượng trường diễn lần lượt là 45,3% và 35,7% [2,6]. Thiếu năng lượng trường diễn ở nữ (33,2%) cao hơn ở nam (11,2%), điều này có thể do nhận định sai về tình trạng cân nặng của cơ thể là khá phổ biến ở nữ giới, họ mong muốn có một vóc dáng đẹp, nhịn ăn để giữ dáng thon thả, hoặc dành tiền cho các mục đích khác như học hành, trang trí phòng, mua quần áo…

Đánh giá năng lượng khẩu phần ăn vào theo phương pháp hỏi ghi 24 giờ qua cho thấy các nhóm sinh viên đều có khẩu phần năng lượng ăn vào thấp hơn nhu cầu khuyến nghị: Nhóm sinh viên nam độ tuổi từ 17 đến dưới 20 chỉ đạt gần 65% nhu cầu khuyến nghị (1795,9 kcal); nhóm sinh viên nữ độ tuổi từ 17 đến dưới 20 tuổi đạt 70,8%, nhóm sinh viên độ tuổi từ 20 đến 29 tuổi đạt trên 80% [1]. Khẩu phần protein của nam và nữ sinh viên nhóm tuổi 20 đến 29 tuổi đều cao hơn nhu cầu khuyến nghị. Tương tự, khẩu phần lipid của nhóm sinh viên tuổi từ 20 đến 29 cũng cao hơn so với nhu cầu khuyến nghị. Ngược lại, khẩu phần glucid ăn vào của sinh viên chưa đảm bảo, chỉ đạt gần 80% so với nhu cầu khuyến nghị. Ngoài ra, khẩu phần các vitamin, chất khoáng và chất xơ trong khẩu phần ăn vào của sinh viên còn thấp hơn rất nhiều so với nhu cầu khuyến nghị của Viện dinh dưỡng: Chất xơ chỉ đạt 12,9% đến 24% nhu cầu khuyến nghị ở nam và nữ ở các nhóm tuổi từ 17 đến dưới 20 tuổi và nhóm tuổi 20 đến 29 tuổi, khẩu phần Vitamin A chỉ đáp ứng 54,6% đến 75,9% nhu cầu khuyến nghị ở cả 2 giới, khẩu phần canxi ở nữ giới và nam giới trong độ tuổi từ 17 đến dưới 20 tuổi chiếm dưới 50% nhu cầu đề nghị. Bên cạnh đó, chất lượng của khẩu phần không cân đối, tỷ lệ đóng góp của khẩu phần lipid là 29,6%, cao hơn so với nhu cầu năng lượng khuyến nghị lipid trong khẩu phần ăn của người trưởng thành dao động trong khoảng 20-25%. Trong nội hàm các chất dinh dưỡng, năng lượng do protein động vật cung cấp (59,8%) cao hơn nhiều so với nhu cầu khuyến nghị là protein động vật nên chiếm 30-35% tổng số protein. Ngược lại, tỷ lệ lipid thực vật/ lipid tổng số trong khẩu phần ăn của sinh viên thấp hơn rất nhiều so với nhu cầu khuyến nghị (>50%) [1].

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn ở sinh viên là 25,4%, trong đó nữ sinh viên chiếm tỷ lệ 33,2% cao hơn ở nam giới (11,2%).
- Tỷ lệ thừa cân, béo phì ở sinh viên là 4,8%, nam giới có tỷ lệ thừa cân, béo phì (10,4%) cao hơn ở nữ giới (1,8%).
- Tỷ lệ protein: lipid: glucid trong khẩu phần của đối tượng nghiên cứu là 16,4: 29,6: 54,0. Tỷ lệ cân đối giữa các chất dinh dưỡng trong khẩu phần này chưa đạt nhu cầu khuyến nghị đối với người trưởng thành.
- Khẩu phần năng lượng và phần lớn các chất dinh dưỡng trong khẩu phần ăn của sinh viên chưa đáp ứng nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị cho người trưởng thành.

KHUYẾN NGHỊ

Cần tăng cường giáo dục, truyền thông, tư vấn về chế độ ăn dưới hình thức câu lạc bộ dinh dưỡng, đồng thời tổ chức các buổi sinh hoạt ngoại khoá với các chủ đề về dinh dưỡng với sức khoẻđể sinh viên chủ động phòng chống những thiếu hụt về tình trạng dinh dưỡng hiện tại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế, Viện dinh dưỡng (2016).** Nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị cho người Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học.*
2. **Nguyễn Hoàng Long, Hoàng Minh Tuấn, Nguyễn Thành Trung, Nguyễn Tuấn Sơn và Đặng Đức Nhu (2014*).*** Tình trạng dinh dưỡng và chất lượng cuộc sống của sinh viên năm thứ nhất Đại học Quốc Gia Hà Nội, *Tạp chí Y học dự phòng*, tập XXIV, số 6(155), tr. 96-102.
3. **Phạm Văn Phú (2011).** Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố ảnh hưởng ở sinh viên năm thứ nhất Đại học Y Hà Nội, *Tạp chí Nghiên cứu Y học,* số 74(3), tr. 345-350.
4. **Unicef, Viện dinh dưỡng (2011)**. Tình hình dinh dưỡng Việt Nam năm 2009-2010*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội.*

5. **Asnawi Abdullah (2015).** The double burden of undernutrition and overnutrition in developing countries: an update, *Current obesity reports*, 4(3), p. 337-349.
6. **Nayeong Ko, Duong Minh Tam, and et al. (2015).** Disordered eating behaviors in university students in Hanoi, Vietnam, *Journal of eating disorders*, 3(1), p.18.
7. **Dang Thuy Linh, Nguyen Thanh Liem (2013).** Prevalence and variation of underweight and overweight among adult population in Thai Nguyen province of Vietnam, *in Proceedings of the 27th International Union for the Scientific Study of Population*, Busan, Republic of Korea.

KIẾN THỨC, THỰC HÀNH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN VỀ CHĂM SÓC THAI NGHÉN CỦA PHỤ NỮ MANG THAI ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG NĂM 2018

Phạm Sỹ Thắng*

TÓM TẮT[54]

Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá kiến thức, thực hànhvề chăm sóc thai nghén của phụ nữ mang thai đến khám tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Số liệu sử dụng trong nghiên cứu được thu thập từ tháng 4 đến tháng 7 năm 2018, phỏng vấn trực tiếp 384 PNMT theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Phương pháp phân tích tính tỷ lệ phần trăm, kiểm định so sánh bằng test χ^2 với các tỷ lệ % để xác định sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai tỷ lệ ($p<0,05$) với độ tin cậy 95%. Kết quả nghiên cứu: Tỷ lệ PNMT có kiến thức đạt chiếm 37,9%, thấp gần 1 nửa so với tỷ lệ PNMT có kiến thức không đạt 61,9%. Tỷ lệ thực hành của PNMT không đạt 65,9% cao gần gấp đôi tỷ lệ thực hành đạt (34,1%). Tuổi, kiến thức là những yếu tố ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê với việc thực hành đúng của PNMT đến khám tại bệnh viên phụ sản trung ương ($p<0,05$).

Từ khóa: *Kiến thức, thực hành, chăm sóc thai nghén của phụ nữ mang thai.*

SUMMARY

KNOWLEDGE, PRACTICE AND SOME FACTORS RELATED ABOUT PREGNANCY OF PREGNANT WOMEN AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY IN 2018

The study was conducted to assess knowledge, practice about pregnancy of pregnant women at national hospital of obstetrics and gynecology. The data were collected from April to July in 2018, interviewed 384 students by convenient template. Analyzing about percentage, comparing test by test X2 with % testing to determine the statistically significant difference between the two ratios ($p <0.05$) with reliability of 95 %. Research results have shown the percentage of knowledgeable ofpregnant women was 37.9%, nearly half lower than the rate of knowledgeable pregnant women who was not correct 61.9%. The practice rate of pregnant women was not correct 65.9%, this rate highnearly double the rate of correct practice (34.1%). Age, knowledge are statistically significant factors with the right behavior of pregnant women visiting the central obstetric hospital ($p <0.05$).

Key words: *knowledge, practice, pregnancy of pregnant women.*

**Bệnh viện Phụ Sản Trung ương*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Sỹ Thắng
Email: sthang77vtth@gmail.com
Ngày nhận bài:
Ngày phản biện khoa học:
Ngày duyệt bài:

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chăm sóc thai nghén cho phụ nữ mang thai có vai trò quan trọng trong bảo vệ sức khỏe cho bà mẹ và thai nhi khi còn trong tử cung. Qua những lần khám thai định kì, bác sĩ có thể biết được tình trạng sức khỏe bà mẹ và thai nhi để tiên lượng và chuẩn bị tốt cho lúc sinh nở, đề phòng các nguy cơ khi chuyển dạ và giảm tối đa những tai biến sản khoa. Ngoài ra, việc quản lý thai nghén đầy đủ giúp bà mẹ có thêm nhiều kiến thức về vệ sinh thai nghén, chế độ dinh dưỡng, chế độ nghỉ ngơi hợp lý để thai nhi phát triển toàn diện và khỏe mạnh. Vì vậy bà mẹ cần phải có sự chăm sóc đặc biệt ngay trước lúc

mang thai, trong khi mang thai và sau khi mang thai.

Trong những năm gần đây, ngành y tế đã có cải thiện trong việc cung cấp các dịch vụ CSSK cho PN. Đến năm 2014 tỷ lệ PN có thai được quản lý thai là 96,4%; tỷ lệ PN được khám thai ≥ 3 lần trong 3 thời kỳ là 89,6%; tỷ lệ PN được tiêm 2 mũi vắc xin phòng uốn ván là 95,7%; tỷ lệ PN đẻ do cán bộ được đào tạo hỗ trợ là 97,5%.

Bệnh viện Phụ sản trung ương là một địa chỉ khám, chữa bệnh hàng đầu về sức khỏe sinh sản của ngành y tế Việt Nam, bệnh viện có quy mô 1000 giường bệnh nội trú; 08 phòng chức năng; 14 khoa lâm sàng; 09 khoa cận lâm sàng; 07 trung tâm. Hàng năm có hàng ngàn bệnh nhân đến khám tại bệnh viện từ nhiều địa phương trên cả nước. Trong bối cảnh chưa có nhiều nghiên cứu về công tác chăm sóc thai nghén của phụ nữ mang thai tại bệnh viện. Câu hỏi đặt ra là: Kiến thức, thực hành về chăm sóc thai nghén của phụ nữ mang thai đến khám tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương như thế nào? Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với đề tài "Thực trạng kiến thức, thực hành và một số yếu tố liên quan về chăm sóc thai nghén của phụ nữ mang thai đến khám tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2018", với 2 mục tiêu:

1.Mô tả kiến thức, thực hành về chăm sóc thai nghén của phụ nữ mang thai đến khám tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2018.

2.Phân tích một số yếu tố liên quan đến thực hành về chăm sóc thai nghén của đối tượng nghiên cứu

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

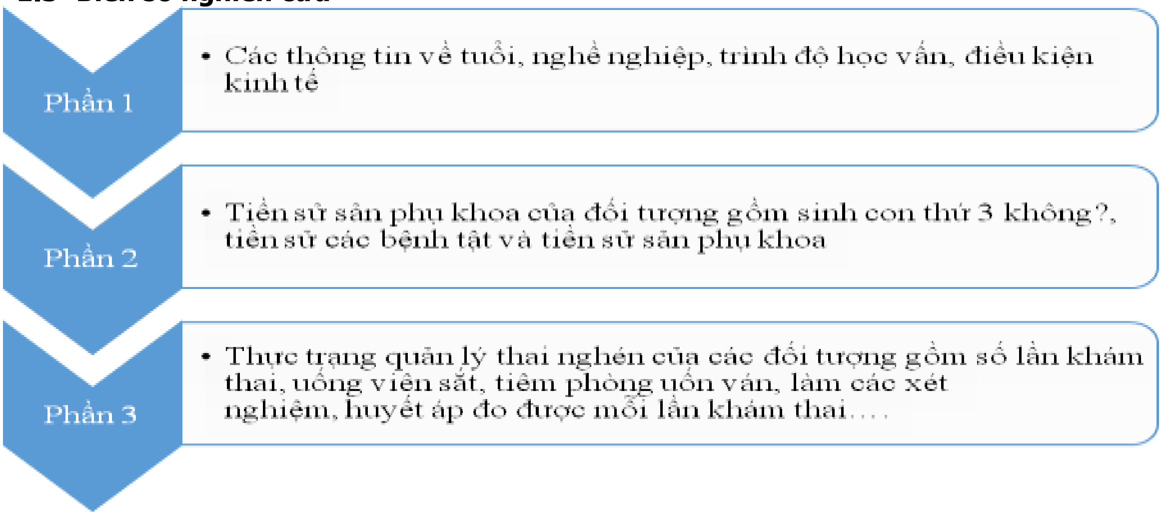
Tiêu chuẩn lựa chọn: Phụ nữ mang thai ở giai đoạn 3 của thai kỳ đến khám và theo dõi thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Phụ nữ mang thai đến khám và theo dõi thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương không đồng ý tham gia nghiên cứu, mắc các bệnh về tâm thần kinh.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ tháng 4 đến tháng 7 năm 2018 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

1.2 Phương pháp nghiên cứu: Phỏng vấn trực tiếp theo bộ câu hỏi 384 PNMT tại Bệnh viện phụ sản trung ương theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

1.3 Biến số nghiên cứu



2.3 Phân tích số liệu

Số liệu khảo sát được xử lý bằngphần mềm SPSS 16.0.

- Sử dụng tính tỷ lệ %.
- Kiểm định so sánh bằng test χ^2 với các tỷ lệ % để xác định sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai tỷ lệ (p<0,05) với độ tin cậy 95%.

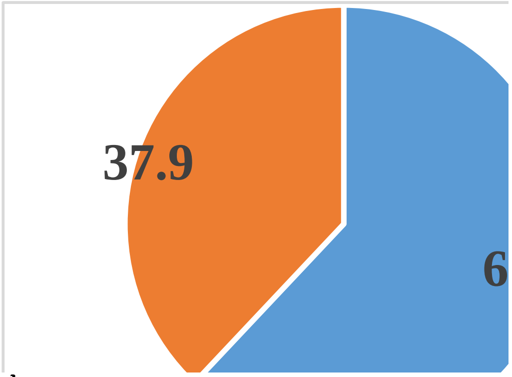
1.4 Đạo đức nghiên cứu

– Nghiên cứu được được Hội đồng trường ĐH Thăng Long và Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Phụ sản Trung ương, đối tượng nghiên cứu đồng ý tham gia nghiên cứu.

– Nghiên cứu không có tác động trực tiếp lên đối tượng nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1 Thực trạng kiến thức của PNMT tại bệnh viện phụ sản trung ương



Biểu đồ 1: Kiến thức của phụ nữ mang thai đến khám

Tỷ lệ PNMT có kiến thức đạt chiếm 37,9%, thấp gần 1 nửa so với tỷ lệ PNMT có kiến thức không đạt 61,9%. Kết quả cho thấy kiến thức của PNMT còn thấp, nhiều PNMT có kiến thức tuy nhiên chưa đúng và đầy đủ.

Kiến thức về số lần khám thai: Trong số 384 PNMT được hỏi, 2/3 PNMT trả lời về số lần nên khám thai <3 (76,3%), chỉ có 21,9% PNMT khám ≥3 (tuần 12, 22, 32). Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu tại Yên Bái "Kiến thức và thực hành chăm sóc trước, trong và sau sinh của các bà mẹ có con dưới 1 tuổi tại Yên Bái năm 2012", tỷ lệ bà mẹ có kiến thức về khám thai đủ 3 lần thấp (57,4%). Trên thực tế, PNMT ở Hà Nội có điều kiện kinh tế để khám thai đủ 3 lần, tuy nhiên khám thai đúng vào mốc thời gian quan trọng: 3 tháng đầu, 3 tháng giữa và 3 tháng cuối thì lại chưa được đầy đủ. Điều này có thể do các bà mẹ quá bận rộn trong công việc, chưa thật sự làm theo đúng việc khám định kỳ theo chuẩn Quốc gia.

Kiến thức về lợi ích của khám thai: hầu hết PNMT cho rằng lợi ích của khám thai là biết giới tính, dị tật, tiên lượng cuộc đẻ (93,8%) và kiểm tra thai khỏe, phát triển bình thường (84,1%), chỉ có 35,2% PNMT trả lời là được bác sĩ tư vấn. Kết quả này có khác so với nghiên cứu "Kiến thức và thực hành chăm sóc trước, trong và sau sinh của các bà mẹ có con dưới 1 tuổi tại Yên Bái năm 2012",các bà mẹ Yên Bái cho biết chủ yếu là để phát hiện sớm các dấu hiệu nguy hiểm (60,1%), để được tư vấn (22,3%).Mặc dù PNMT có kể được 1 số lợi ích của khám thai nhưng chưa đầy đủ.

Kiến thức về uống sắt: Gần 1 nửa PNMT cho rằng nên uống sắt trong suốt quá trình mang thai (48,4%). Kết quả này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu "Kiến thức và thực hành chăm sóc trước, trong và sau sinh của các bà mẹ có con dưới 1 tuổi tại Yên Bái năm 2012", tỷ lệ bà mẹ nhận thức về uống viên sắt là 71,5%. Nhiều PNMT nghĩ rằng hàng ngày ăn uống đầy đủ, những thức ăn cung cấp đủ sắt và các vi chất, vì vậy họ chưa thấy được sự cần thiết phải bổ sung sắt trong quá trình mang thai.

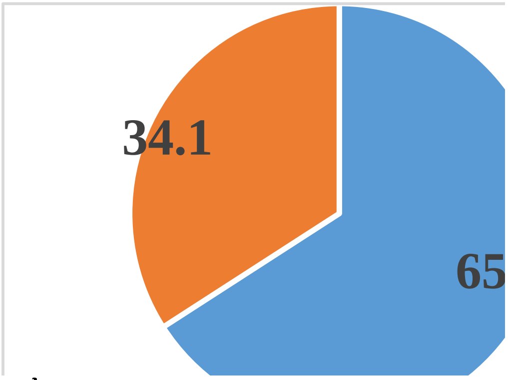
Kiến thức về dấu hiệu nguy hiểm trong khi mang thai: PNMT có thể trả lời được một số dấu hiệu nguy hiểm khi mang thai, tuy nhiên không đầy đủ. Những dấu hiệu PNMT liệt kê nhiều nhất gồm: co giật (100%), ra máu nhiều (82%), sốt (77,6%), đau bụng dữ dội (60,9%). Nôn (20,3%) và đái buốt, đái rắt (23,2%) là 2 dấu hiệu mà PNMT ít thấy nguy hiểm khi mang thai.

Kiến thức về Những dấu hiệu nguy hiểm trong thời kỳ chuyển dạ: Sốt cao và co giật là 2 dấu hiệu PNMT cho rằng nguy hiểm trong thời kỳ chuyển dạ (92,7% và 98,4%).

Kiến thức về sự cần thiết của bà mẹ về việc được các nhân viên y tế khám lại sau sinh: 64,3% PNMT cho rằng chỉ khi nào có bệnh thì mới cần các nhân viên y tế khám lại sau sinh, chỉ có 22,9% PNMT thấy cần thiết khám lại sau sinh. 11,7% PNMT thấy không cần thiết phải khám lại sau sinh.

Kiến thức về Nhận biết của bà mẹ về những dấu hiệu nguy hiểm sau sinh: Những dấu hiệu chiếm tỷ lệ cao nhất mà PNMT cho rằng nguy hiểm sau sinh: co giật (95,6%), chảy máu nhiều (95,3%), sốt (92,7%), đau bụng dưới dữ dội (83,6%). Khí hư (huyết trắng) có mùi hôi (11,7%) và sưng đau vú là 2 dấu hiệu PNMT ít thấy nguy hiểm sau sinh.

1.5 Thực trạng thực hành của PNMT tại bệnh viện phụ sản trung ương



Biểu đồ 2: Thực hành của phụ nữ mang thai đến khám

Từ bảng trên ta thấy tỷ lệ thực hành đạt của PNMT không đạt 65,9% cao gần gấp đôi tỷ lệ thực hành đạt (34,1%). Như kết quả ở trên,Tỷ lệ PNMT có kiến thức đạt chiếm 37,9%, thấp gần 1 nửa so với tỷ lệ PNMT có kiến thức không đạt 61,9%. Khi kiến thức của PNMT chưa đầy đủ, thì thực hành sẽ không thể tốt được.

Số lần khám thai: Tỷ lệ PNMT khám thai đủ 3 lần chỉ chiếm 34,4%, thấp gần 1 nửa so với tỷ lệ PNMT không khám đủ 3 lần (tuần 12,22,32) (65,6%). Tỷ lệ khám thai đủ 3 lần thấp hơn nhiều so với nghiên cứu "Kiến thức và thực hành chăm sóc trước, trong và sau sinh của các bà mẹ có con dưới 1 tuổi tại Yên Bái năm 2012", tỷ lệ các bà mẹ đi khám thai đủ 3 lần và từ 3 lần trở lên thấp (69,2%). Phụ nữ mang thai có khám thai hơn 3 lần trong quá trình mang thai, tuy nhiên chưa khám đủ 3 lần vào đúng tuần thứ 12,22,32 – là tuần quan trọng phát hiện dị tật khi sinh thì các bà mẹ mang thai lại chưa thực sự chú ý đến nhiều.

Tình hình uống bổ sung viên sắt khi mang thai: Phần lớn PNMT uống viên sắt trong suốt thời kỳ mang thai, tuy nhiên chỉ có 22,4% là uống liên tục, 39,8% có uống nhưng ngắt quãng, 37,8% không uống viên sắt. Kết quả này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu "Kiến thức và thực hành chăm sóc trước, trong và sau sinh của các bà mẹ có con dưới 1 tuổi tại Yên Bái năm 2012", 54,2% bà mẹ uống viên sắt ngay trong những tháng đầu có thai; 27,1% bắt đầu uống vào 3 tháng giữa của thai kỳ, khoảng 5% uống muộn vào 3 tháng cuối có thai. Có nhiều bà mẹ có thể uống sắt không đầy đủ, uống dưới 90 ngày, có những bà mẹ nhớ thì uống không nhớ thì thôi, uống vài ngày cách quãng rồi bỏ.

Tiêm uốn ván: Hầu hết PNMT được tiêm uốn ván trong quá trình mang thai (81,1%), trong đó 43,4% tiêm 2 mũi và 37,7% tiêm 1 mũi đối với PNMT sinh con lần thứ 2 trở lên, chỉ có 1,04% PNMT không tiêm uốn ván (bảng 3.16). Kết quả nghiên cứu gần tương đồng so với nghiên cứu thực hành về chăm sóc sức khỏe mẹ trước, trong, sau sinh và chăm sóc trẻ sơ sinh của bà mẹ có con dưới 1 tuổi tại 3 xã Phủ Lý, Hợp Thành, Ôn Lương, huyện Phú Lương, tỉnh Thái Nguyên năm 2003, 94,3% bà mẹ có tiêm phòng uốn ván

Nơi bà mẹ thường xuyên đến khám định kỳ: không có PNMT nào không khám định kỳ trong suốt quá trình mang thai, 77,6% PNMT đến khám tại các bệnh viện/TTYT/TYT. Có khoảng 22,4% đi khám phòng khám tư nhân. Kết quả tương đương với nghiên cứu "Kiến thức và thực hành chăm sóc trước, trong và sau sinh của các bà mẹ có con dưới 1 tuổi tại Yên Bái năm 2012", nơi bà mẹ đến khám thai phần lớn tập trung ở 2 địa điểm là Trạm y tế xã (75%) và bệnh viện huyện. Việc khám thai trong quá trình mang thai cũng đang dần hình thành trong tiềm thức của người mẹ.

Chế độ làm việc khi mang thai: 66,7% PNMT làm việc xen kẽ nghỉ ngơi, chỉ có 1,5% PNMT làm việc cho đến lúc mệt.Điều này cho thấy PMMT biết quan tâm đến sức khỏe của họ, làm việc điều độ và nghỉ ngơi khi mệt.

Vấn đề vệ sinh khi mang thai: 100% PNMT chú ý đến phần vệ sinh khi mang thai, tuy nhiên có 69% PNMT vẫn có thói quen tháo thụt rửa trong âm đạo, điều này không tốt cho PNMT.

Chế độ ăn uống khi mang thai của đối tượng: Đa phần khi mang thai, PNMT ăn uống như bình thường (77,3%), chỉ có 22,7% PNMT ăn đầy đủ chất hơn. PNMT cần quan tâm hơn nữa về chế độ ăn uống hợp lý, đảm bảo sức khỏe hơn.

1.6 Mối liên quan giữa thực trạng chăm sóc thai nghén của đối tượng nghiên cứu và một số yếu tố.

Phân tích đa biến cho thấy tuổi, kiến thức là những yếu tố ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê với việc thực hành đúng của PNMT đến khám tại bệnh viện phụ sản trung ương ($p<0,05$). Trong đó, khi PNMT cùng độ tuổi, kiến thức của PNMT càng cao thì thực hành của PNMT càng cao.

IV. KẾT LUẬN

KHUYẾN NGHỊ

– Tăng cường công tác thông tin truyền thông, giáo dục cho các bà mẹ kiến thức và thực hành CSSK khi có thai nhất là những kiến thức về những dấu hiệu nguy hiểm khi mang thai, khi chuyển dạ, sau đẻ... để bà mẹ chủ động phát hiện và đi khám kịp thời.

– Cần phối hợp với các ban ngành: trạm y tế, cơ quan truyền thông, bệnh viện... thiết kế nhiều phương tiện truyền thông về SKSS đến PNMT nói riêng, cũng như phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ nói chung.

– Trong nghiên cứu, độ tuổi ảnh hưởng đến thực hành quản lý thai nghén của PNMT đến khám tại bệnh viện. Vì vậy, cần bổ sung thêm kiến thức về SKSS trong nhà trường.

– Thường xuyên tập huấn kỹ năng tư vấn về SKSS cho cán bộ y tế xã, bác sĩ khoa sản, cán bộ y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện phụ sản trung ương Hà Nội (2017),** *Báo cáo tổng kết cuối năm 2017.*
2. **Bộ Y tế (2003),** "Hướng dẫn chuẩn Quốc gia về các dịch vụ CSSKSS", NXB Y học, Hà Nội.
3. **Bộ y tế (2014),** "Báo cáo tổng kết công tác y tế 2014".
4. **Bộ Y Tế (2009),** "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản",tr. 93.
5. **Đề tài nghiên cứu thực hành** về chăm sóc sức khỏe mẹ trước, trong, sau sinh và chăm sóc trẻ sơ sinh của bà mẹ có con dưới 1 tuổi tại 3 xã Phủ Lý, Hợp Thành, Ôn Lương, huyện Phú Lương, tỉnh Thái Nguyên năm 2003, tại trang web:http://doc.edu.vn/tai-lieu/de-tai-thuc-hanh-ve-cham-soc-suc-khoe-me-truoc-trong-sau-sinh-va-cham-soc-tre-so-sinh-cua-ba-me-co-con-duoi-1-tuoi-tai-3-64696/ , truy cập ngày 15/8/2018.
6. **Trần Xuân Cảnh (2012),** *Kiến thức và thực hành chăm sóc trước, trong và sau sinh của các bà mẹ có con dưới 1 tuổi tại Yên Bái năm 2012*, luận văn thạc sỹ, trường đại học Y Thái Nguyên.

MỤC LỤC

TẠP CHÍ Y HỌC VIỆT NAM TẬP 473 - THÁNG 12 - SỐ 1&2 - 2018

VIETNAM MEDICAL JOURNAL N^{0}1&2 - DECEMBER - 2018

1. Đặc điểm kỹ thuật phẫu thuật nội soi mở ống mật chủ điều trị sỏi đường mật chính — 1
Technical features of laparoscopic choledocholithotomy in treatment of biliary tract stones
Sử Quốc Khởi, Nguyễn Văn Xuyên, Đặng Việt Dũng

2. Kiến thức và thực hành phòng chống bệnh đái tháo đường ở cộng đồng tại huyện Tiên Lữ, tỉnh Hưng Yên năm 2018 — 4
Knowledge and practice of diabetes prevention in the community at Tien Lu district, Hung Yen province in 2018
Lưu Minh Châu, Bàng Thị Hoài, Đoàn Quang Huy

3. Hình ảnh X-quang xương các bệnh nhân xương thủy tinh điều trị tại Bệnh viện Quân Y 7a (2012 - 2016) — 9
Xray images of bone in osteogenesis imperfecta patients treated at 7a Military Hospital (2012 - 2016)
Trần Quốc Doanh, Phạm Đăng Ninh, Lương Đình Lâm

4. Tình hình đề kháng với kháng sinh của bệnh nhân thủy đậu nhập viện sau 72h tại Bệnh viện Da liễu Cần Thơ năm 2017 — 12
The situation of infection and resistance to antibiotics of bacterial superinfection in hospitalized varicella patients after 72 hours at Can Tho Hospital of Dermato-venereology in 2017
Huỳnh Bạch Cúc, Trần Gia Hưng, Huỳnh Văn Bá

5. Một số yếu tố liên quan đến nghiện game online gây rối loạn thần kinh của học sinh trường Lý Tử Tấn, huyện Thường Tín, thành phố Hà Nội năm 2018 — 15
Some factors related to online games addiction among students of Ly Tu Tan high school, Thuong Tin district, Hanoi City, 2018
Lưu Minh Châu, Nguyễn Thị Diệu Thu, Trương Thị Minh Trang

6. Nghiên cứu hội chứng chuyển hóa và các yếu tố nguy cơ ở tu sĩ phật giáo tỉnh Bà Rịa - Vũng Tàu — 19
Investigating of metabolic syndrome and risk factors in buddhist monks of Ba Ria - Vung Tau province
Trương Đình Cẩm, Nguyễn Thị Kim Anh

7. Đặc điểm giải phẫu mạch xuyên vách từ động mạch mũ đùi ngoài ở người Việt Nam — 24
Surgical anatomy of the septal perforators of the lateral circumflex femoral artery (study on vietnamese cadaver)
Trần Đăng Khoa

8. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nội soi u tuyến giáp tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An — 27
Evaluating the result of endoscopic thyroidectomy at the Nghe An Oncology Hospital
Nguyễn Quang Trung

9. Nghiên cứu chu vi thân răng cối lớn hàm trên — 31
Study on crown perimeter of the upper molars
Huỳnh Kim Khang, Trương Châu Bửu Lộc

10. Liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ với tình trạng tăng acid uric máu ở nam giới khám bệnh tại Bệnh xá sư đoàn 9 — 34
The correlation between some risk factors and hyperuricemia in male who took medical examination at the infirmary of division 9
Giãn Tư Chương, Trương Đình Cẩm

11. Nghiên cứu xác định tỷ lệ kiểu gen CYP3A5 trên bệnh nhân ghép thận tại Bệnh viện Vinmec Times City 38
Study of CYP3A5 gene frequency in patients with renal transplantation at Vinmec International Hospital
Đỗ Tất Cường, Nguyễn Quốc Tuấn, Lý Thị Thanh Hà

12. Đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ ở thai phụ thụ tinh trong ống nghiệm từ 22 tuần tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương 41
Clinical features and risk factors of pregnant women in vitro fertilization for 22 weeks at National Hospital of Obtetrics and Gynecology
Nguyễn Mạnh Thắng

13. Tỉ lệ giảm tiểu cầu sơ sinh tại Bệnh viện Sản Nhi Bắc Ninh năm 2017-2018 45
Prevalence of thrombocytopenia neonatal at Bac Ninh Obstetrics and Pediatric Hospital in 2017-2018
Phạm Thị Thanh Hương, Phạm Trung Kiên

14. Các biến chứng của phẫu thuật nội soi cắt nang, nối ống gan chung hỗng tràng kiểu roux-en-y điều trị nang ống mật chủ ở trẻ em 48
Complications of complete laparoscopic cyst excision and roux-en-y hepaticojejunostomy for choledochal cyst
Phạm Duy Hiền, Nguyễn Thanh Liêm

15. Đánh giá kết quả hóa trị phác đồ nhóm taxan kết hợp platinum trên bệnh nhân ung thư vòm giai đoạn tái phát, di căn tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An 51
Taxan plus platinum for patients with recurrent or metastatic nasopharyngeal carcinoma in Nghe An Oncology Hospital
Nguyễn Quang Trung

16. Kết hợp 3 phương pháp lấy bệnh phẩm qua nội soi mật tụy ngược dòng chẩn đoán nguyên nhân hẹp đường mật do ung thư đường mật 56
Diagnosis of cholangiocarcinoma by triple-tissue sampling during endoscopic retrograde cholangiopancreatography. a case report and review
Lê Quang Hưng, Trần Duy Hưng,
Đào Văn Long, Đào Viết Quân

17. Một số đặc điểm dịch tễ bệnh sốt mò tại khu vực biên giới tỉnh Đắc Lắc, năm 2017 60
Some epidemiologycal characteristics of scrub typhus in border area of Dac Lac province, 2017
Trần Viết Tiến, Nguyễn Văn Chuyên

18. Nghiên cứu chứng bệnh đau và các yếu tố liên quan: Số liệu điều tra năm 2015 của 12.136 người từ 48 tỉnh/thành phố của Việt Nam 65
Study on pain and related factors: Data in 2015 of 12,136 respondents from 48 provinces/cities of Vietnam
Nguyễn Văn Chương, Nguyễn Trung Kiên, Nguyễn Thi Thanh Thủy,
Nguyễn Đình Tòan, Nguyễn Thế Luân, Lưu Hồng Minh
Lương Thi Khai, Nguyễn Thúy Linh, Đinh Công Pho

19. Thực trạng thực hành tiêm tĩnh mạch an toàn của điều dưỡng tại Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2018 71
Safety injection and associated factors among nurses in Thanh Nhan Hospital in 2018
Nguyễn Thị Hoài Thu, Nguyễn Thị Thanh Thủy

20. Đặc điểm biến dạng và tổn thương giải phẫu cột sống cổ ở bệnh nhân lao cột sống trên chẩn đoán hình ảnh 75
Features of cervical spine deformity and anatomical lesions on imaging in patients with cervical tuberculosis
Nguyễn Xuân Diễn, Nguyễn Công Tô, Khương Văn Duy

21. **K**hảo sát chiều dày lớp tế bào hạch võng mạc trên mắt glôcôm góc mở nguyên phát bằng OCT 80
Macular ganglion cell - inner plexiform layer measurements in glaucoma with optical coherence tomography
Đỗ Tấn, Nguyễn Hoàng Lan Hương, Phạm Thị Kim Thanh

22. **S**o sánh hiệu quả điều trị sandostatin đơn độc và phối hợp với thắt vòng cao su trong cầm máu do vỡ tĩnh mạch thực quản cấp 84
Comparison between sandostatin alone and combined with band ligation for hemostasis of acute variceal bleeding
Đồng Đức Hoàng

23. **P**hân tích danh mục thuốc sử dụng và danh mục thuốc trúng thầu tại một Bệnh viện Đa khoa tuyến huyện Việt Nam 88
Analysis the list of the procurement and the list of used drugs in a district General Hospital in Vietnam
Hà Văn Thúy, Nguyễn Thị Song Hà

24. **Đ**ặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng u mạch máu gan ở trẻ em 93
Clinical and subclinical features of hepatic hemangiomas in children
Nguyễn Phạm Anh Hoa, Vũ Thị Thúy

25. **T**ình trạng dinh dưỡng, phát triển tâm-vận động và giấc ngủ của trẻ 24-60 tháng tuổi tại một số xã thuộc huyện Thanh Sơn, Phú Thọ 96
Nutrtional status, motor-cognitive development, sleep quality of children 24-60 months in some communes, Thanh Son district, Phu Tho province
Cao Thị Thu Hương, Đỗ Thị Phương Hà

26. **G**ánh nặng của đau tại Việt Nam 100
Burden of pain in Viet Nam
Nguyễn Văn Chương, Trần Thị Ngọc Trường, Nguyễn Văn Hào, Nguyễn Văn Tuấn, Đặng Phúc Đức

27. **K**hả năng duy trì và tác động của phòng truyền thông giáo dục sức khỏe đến hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe của huyện Bình Lục, tỉnh Hà Nam 103
The maintenance and impact of health communication and education department related to communication activities in Binh Luc district, Ha Nam province
Trần Thị Nga, Nguyễn Văn Hiến, Nguyễn Duy Luật

28. **N**ghiên cứu đánh giá hoạt tính ức chế dòng tế bào ung thư h460 và hep2 của prodigiosin in vitro 107
Evaluating the ability to inhibit cancer cell lines h460 and hep2 of prodigiosin in vitro
Đỗ Minh Trung, Đỗ Thị Tuyên, Nguyễn Thùy Dương, Nguyễn Lĩnh Toàn, Trần Viết Tiến, Nguyễn Duy Bắc, Lê Thị Hồng Hạnh

29. **Đ**ánh giá kết quả điều trị phẫu thuật lao cột sống cổ qua đường mổ trước đặt lồng kéo giãn etc và ghép xương tự thân 112
Evaluate the result of anterior cervical tuberculous surgery treatment with only autograft crest or expandable titanium cage
Nguyễn Xuân Diễn, Nguyễn Công Tô, Khương Văn Duy

30. **S**ự hài lòng với công việc của nhân viên y tế tại trung tâm y tế huyện Diên Khánh, tỉnh Khánh Hòa năm 2014 117
Job satisfaction of health staff in district health centre of Dien Khanh district, Khanh Hoa province in 2014
Nguyễn Thị Hoài Thu, Nguyễn Ngọc Hiếu

31. **M**ối tương quan của biến đổi chiều dày lớp tế bào hạch với chiều dày lớp sợi thần kinh và tổn thương thị trường trung tâm trong glôcôm góc mở nguyên phát 121
The correlation between macular ganglion cell thickness with retnal nerve fiber layer thickness and central visual field defect in glaucoma
Đỗ Tấn, Nguyễn Hoàng Lan Hương, Phạm Thị Kim Thanh

32. Tình trạng xơ hóa thực quản qua nội soi ở bệnh nhân xơ gan sau điều trị bằng thắt búi giãn tĩnh mạch thực quản 125
Esophageal fibrosis formation in cirrhosis patients after eradication of esophageal varices by endoscopic band ligation
Đồng Đức Hoàng

33. Điện châm kết hợp thuốc hoàn chỉ thống điều trị thoái hóa cột sống thắt lưng 130
The effect of electric acupuncture combined with "hoan chi thong" on treatment spondylosis of lumbar spine
Nguyễn Vinh Quốc, Trịnh Thị Hạnh

34. Phân tích danh mục thuốc trúng thầu tại Sở Y tế Hà Nội: nghiên cứu mô tả cắt ngang tại Việt Nam 134
Analysis of list of bid winning drugs at Hanoi Department of Health: a cross-sectional study in Vietnam
Hà Văn Thúy, Nguyễn Thị Song Hà

35. Đánh giá kết quả điều trị đình chỉ thai ở sẹo mổ đẻ tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội 138
Evaluation the result of some methods abortion in patients undergoing ectopic pregnancy in site of incision of uterus in previous c-section at Hanoi Obstetrics ang Gynecology Hospital
Nguyễn Duy Ánh, Nguyễn Công Định

36. Giá trị của chụp cắt lớp vi tính đa dãy trong chẩn đoán di căn hạch ung thư trực tràng 141
Value of multiple- slide computed tomography in n-staging diagnostic of rectal cancer
Phạm Thái Hạ, Nguyễn Xuân Hùng, Nguyễn Quốc Dũng

37. Nhận xét thực trạng điều trị đau đầu ở việt nam: Số liệu thu thập trên 48 tỉnh – thành phố trong cả nước năm 2015 144
Some remarks on pain treatment in Vietnam
Nguyễn Văn Chương, Tạ Hồng Nhung, Nguyễn Huy Ngọc

38. Nhận xét tình trạng mọc răng sữa của trẻ từ 12-36 tháng tuổi ở một số nhà trẻ tại Hà Nội 147
Evaluate eruptional status of primary teeth of children in Ha Noi
Đỗ Thị Thu Hiền

39. Thực trạng véc tơ truyền bệnh sốt xuất huyết Dengue khu vực đồng bằng ven biển Nam Bộ 151
The status of Dengue vectors in the coastal zone of Mekong River delta
Trần Kiên, Trần Quang Trung

40. So sánh tác dụng hóa giải giãn cơ của sugammadex với neostigmin sau phẫu thuật nội soi ổ bụng ở người cao tuổi 153
Randomized comparison of sugammadex with neostigmine for reversal of rocuronium after laparoscopic surgery in the elderly
Ngô Văn Định, Nguyễn Mạnh Cường,
Phạm Văn Đông, Nguyễn Trung Kiên

41. Nghiên cứu hoạt tính estrogen của chế phẩm phytoestrogen trên động vật thực nghiệm 159
Oestrogenic properties of phytoestrogen in experimental animal
Đỗ Thị Hoa Viên, Nguyễn Trọng Thông,
Đậu Thùy Dương, Đặng Thị Thu Hiên

42. Thực trạng ô nhiễm nitrit, nitrat và hóa chất bảo vệ thực vật trong một số loại thực phẩm ở hai chợ đầu mối tại thành phố Thái Nguyên 163
The status of nitrite, nitrate and insecticides contamination in foods of two central markets at Thai Nguyen City
Trương Thị Thùy Dương, Trần Thị Huyền Trang, Trần Thị Hồng Vân

43. Thực trạng nghiên cứu khoa học tại một số cơ sở nghiên cứu lĩnh vực sức khỏe tại Việt Nam 167
Current scientific researchs in a health and medical institutions in Viet Nam
Nguyễn Đức Thành, Vũ Thị Hoàng Lan, Bùi Thị Thu Hà, Bùi Tú Quyên, Nguyễn Thị Kim Ngân

44. Hiệu quả dự phòng sâu răng bằng gel fluor (1,23%) và kem đánh răng có fluor trên người cao tuổi 171
Efficacy of topical fluoride gel and fluoride toothpaste in dental caries prevention in elderly people
Hà Ngọc Chiều, Trương Mạnh Dũng

45. Kết quả chỉnh hình cửa tai ngoài kiểu chữ thập "+" trong phẫu thuật tiệt căn xương chũm 176
The result of meatoplasty form "+" in radical mastoidectomy
Lương Hồng Châu, Lê Hồng Anh, Nguyễn Thị Khánh Vân

46. Phát hiện kháng nguyên virus epstein barr trong huyết thanh bằng xét nghiệm miễn dịch gắn emzym gián tiếp (ELISA) trong chẩn đoán sớm ung thư vòm họng không biệt hóa 179
Detection of virus epstein barr antigen serum by enzyme linked immunosorbent assay in early diagnosis nasopharylgeal carcinoma
Nguyễn Thị Hồng Gấm, Đỗ Thị Nga, Nguyễn Thanh Bình, Nguyễn Văn Đô, Hoàng Thị Thúy

47. Kết quả sớm của phẫu thuật nội soi điều trị triệt căn ung thư trực tràng 182
Short- outcome of laparoscopic surgery for rectal cancer
Phạm Thái Hạ, Nguyễn Xuân Hùng, Nguyễn Quốc Dũng

48. Ứng dụng kỹ thuật lọc máu liên tục điều trị đợt cấp mất bù rối loạn chuyển hóa bẩm sinh 185
Application of continuous venovenous hemofiltration in the treatment acute decompensation of inborn errors of metabolism
Đào Hữu Nam, Tạ Anh Tuấn, Nguyễn Phú Đạt

49. Nghiên cứu các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của chửa trên vết mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội 189
A retrospective study describing the clinical and paraclinical characteristics of patients undergoing ectopic pregnancy in site of incision of uterus in previous c-section at Hanoi Obstetrics ang Gynecology Hospital
Nguyễn Duy Ánh, Nguyễn Công Định

50. Đánh giá tác dụng của cốm hạ mỡ máu trên một số chỉ số cận lâm sàng ở bệnh nhân rối loạn lipid máu thể đàm thấp 192
The effects of "ha mo mau" granular on patients with disorder of lipidcemia
Nguyễn Thị Ngọc Châu, Trần Công Trường, Nguyễn Mạnh Tuyển

51. Thực trạng kỹ năng mềm của sinh viên Trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên năm 2018 196
Thai Nguyen University Medicine and pharmacy students' soft skills in 2018
Nguyễn Thị Ngọc Hà, Nguyễn Thị Thu Thái, Trần Bảo Ngọc, Trần Anh Vũ

52. Đánh giá tác dụng kháng khuẩn và khả năng gây kích ứng da của cao lỏng sóng rắn thu hái tại Thái Nguyên 201
Evaluating the antimicrobial and skin irritant effects of *albizzia myriophylla bent* glue harvested in Thai Nguyen
Đào Thanh Hoa, Nguyễn Thị Bích, Nguyễn Thị Minh Thúy

53. Tình trạng dinh dưỡng của sinh viên dân tộc thiểu số Trường Đại học Y-Dược Thái Nguyên 205
The nutritional status of ethnic minority university students at Thai Nguyen of Medicine and Pharmacy
Trần Thị Huyền Trang, Trương Thị Thùy Dương, Nguyễn Thị Thanh Tâm, Trần Thị Hồng Vân