ISSN:1859 - 1868

TẠP CHÍ

Y HỌC VIỆT NAM

Năm thứ sáu mươi ba

VIETNAM MEDICAL JOURNAL

THÁNG 1 - SỐ 2
2017

TẬP 450

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

TẠP CHÍ
Y HỌC VIỆT NAM
VIETNAM MEDICAL JOURNAL

TỔNG BIÊN TẬP

Nguyễn Thị Xuyên

PHÓ TỔNG BIÊN TẬP

Nguyễn Thị Ngọc Dung
Đinh Ngọc Sỹ
Lê Gia Vinh

HỘI ĐỒNG CỐ VẤN

Hoàng Bảo Châu (Chủ tịch Hội đồng)

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

ỦY VIÊN BAN BIÊN TẬP

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

BAN THƯ KÝ

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

TÒA SOẠN QUẢN LÝ VÀ PHÁT HÀNH
TỔNG HỘI Y HỌC VIỆT NAM
68A Bà Triệu - Hoàn Kiếm - Hà Nội; Tel/Fax: 024.39431866 - 0915070336
Email: 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

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GÃY KÍN THÂN XƯƠNG ĐÙI TRẺ EM BẰNG ĐINH METAIZEAU DƯỚI MÀN TĂNG SÁNG

Nguyễn Thế Điệp*, Nguyễn Thái Sơn**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy kín thân xương đùi trẻ em từ 6 đến 15 tuổi bằng đinh Metaizeau tại bệnh viện Xanh Pôn Hà Nội, bệnh viện CTCH Thành Phố Hồ Chí Minh, bệnh viện Đại học y Thái Bình, đồng thời nhận xét ưu nhược điểm của kỹ thuật. ***Phương pháp:*** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, theo dõi dọc, không đối chứng 47 trường hợp. ***Kết quả:*** Liền xương đạt 100%, dài chi trung bình sau phẫu thuật là 6,5mm, chức năng khớp gối, khớp háng tốt. ***Kết luận:*** Đóng đinh Metaizeau kín là một lựa chọn tốt cho điều trị gãy kín thân xương đùi trẻ em.

Từ khóa: Đinh Metaizeau, đinh đàn hồi, gãy xương đùi trẻ em.

SUMMARY

EVALUATING THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT FOR FEMORAL FRACTURES CLOSED CHILDREN BY NAILS METAIZEAU

Objective: To evaluate the results of surgical treatment for femoral fractures closed from children aged 6 to 15 years old by nails Metaizeau at Saint Paul Hospital in Hanoi, Trauma and Orthopedic Hospital in Ho Chi Minh City, the Thai Binh medical university hospital and also comments of the technical advantages and disadvantages. ***Method:*** This is cross-sectional descriptive study, tracking along, uncontrolled 47 cases. ***Results:*** Bone healing was found in 100%, mean length of the leg is 6.5 mm post-operation, functional knee and hip achieved good results. ***Conclusion:*** Osteosynthesis by Metaizeau nails is a good alternative method for treatment of close femoral shaft fracture in children.

Keywords: Metaizeau nails, flexible intramedullary nailing, elastic stable intramedullary nailing, femoral fracture in children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy kín thân xương đùi ở trẻ em là một tổn thương thường gặp. Nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông (TNGT), ngoài ra còn gặp do các nguyên nhân khác như: tai nạn sinh hoạt (TNSH), tai nạn thể thao (TNTT)… Điều trị gãy kín thân xương đùi trẻ em hiện nay chủ yếu vẫn là bảo tồn bằng kéo nắn bó bột, điều trị phẫu thuật chỉ áp dụng cho những trường hợp trẻ lớn, di lệch nhiều khó nắn chỉnh. Phương pháp phẫu thuật thường áp dụng là nắn chỉnh mở và kết xương nẹp vít, tuy nhiên phương pháp này có những hạn chế do phải mổ mở như: chấn thương phẫu thuật lớn, bóc tách cốt mạc rộng gây mất nhiều máu, ảnh hưởng việc nuôi dưỡng ổ gãy, tập luyện sớm sau mổ và nguy cơ nhiễm khuẩn cao….

Kết hợp xương kín bằng đinh Metaizeau dưới màn tăng sáng (C-arm) là phương pháp ưu việt bởi những lý do: chấn thương phẫu thuật ít, ít nguy cơ nhiễm khuẩn, nhanh liền xương, và phục hồi chức năng sớm… Xuất phát từ thực tế đó chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm 2 mục tiêu sau:

1. Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy kín thân xương đùi trẻ em bằng đinh Metaizeau .

2. Từ kết quả thu được nhận xét về ưu nhược điểm của phương pháp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu gồm 47 bệnh nhân gãy kín thân xương đùi do chấn thương, tuổi từ 6 – 15, được điều trị phẫu thuật kết hợp xương kín bằng đinh Metaizeau dưới màn tăng sáng tại khoa Chấn thương chỉnh hình - Bệnh viện Xanh Pôn Hà Nội, khoa chỉnh hình nhi - Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình - Thành phố Hồ Chí Minh, khoa chấn thương - Bệnh viện Đại học Y Thái Bình. Thời gian từ tháng 10/2010 đến tháng 1/2015.

Tiêu chuẩn chọn BN:

- Tuổi từ 6 – 15.
- Gãy xương kín thân xương đùi loại A và B theo phân loại của AO do chấn thương.
- Điều trị bằng đóng đinh Meitazeau không mở ổ gãy.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Tuổi > 15 hoặc < 6 tuổi.
- Gãy loại C
- Gãy xương do bệnh lí.
- Đóng đinh Meitazeau nhưng mở ổ gãy nắn chỉnh.
- BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

** Trường Đại học Y Dược Thái Bình*
***Bệnh viện Đức Giang, Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Điệp
Email: diepnguyentheytb@gmail.com
Ngày nhận bài: 9/11/2016
Ngày phản biện khoa học: 9/12/2016
Ngày duyệt bài: 19/12/2016

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu, cắt ngang kết hợp theo dõi dọc.

2.1. Kỹ thuật đóng đinh Meitazeau không mở ổ gãy.

Chuẩn bị các dụng cụ: Máy C-arm, bộ dụng cụ phẫu thuật kết xương, đinh Metaizeau đường kính 3mm dài 440mm và 4mm dài 440mm. Đo xác định độ dài của xương và đường kính ống tủy tại vị trí 1/3 giữa thân xương.

2.2. Kỹ thuật phẫu thuật.

- Bệnh nhân được gây mê nội khí quản hoặc gây tê tủy sống.
- Tư thế: bệnh nhân nằm ngửa, kéo nắn trên bàn chỉnh hình, chân gãy kéo song song với trục cơ thể, chân lành giạng khoảng 70^0, C-arm nên đặt giữa hai chân.
- Xác định điểm vào ống tủy nằm ở mặt trong và mặt ngoài đầu dưới xương đùi, ngay trên sụn tiếp hợp đầu dưới xương đùi. Rạch da từ vị trí điểm vào kéo xuống lồi cầu đùi 1-2cm ở mặt trong và mặt ngoài.
-Dùng pince cong tách cân cơ đến sát xương, sau đó dùng dùi để tạo đường vào ống tủy theo hướng chếch 45^0 ở ngoài và trong.
- Luồn đinh thứ nhất ở phía ngoài theo hướng từ dưới lên, đến dưới ổ gãy 1cm. Dưới C-arm tiến hành nắn chỉnh ổ gãy về giải phẫu. Sau đó luồn đinh qua ổ gãy khoảng 5 cm thì dừng lại.
- Đinh thứ hai ở phía trong cũng luồn với kỹ thuật tương tự, khi đinh thứ 2 qua ổ gãy thì dừng lại. Đóng đinh thứ nhất đến vùng hành xương mấu chuyển lớn cố định, đinh thứ 2 đến vùng mấu chuyển bé cố định.
- Kiểm tra lại ổ gãy dưới C-arm theo hai bình diện thẳng và nghiêng.
- Cắt đinh, khâu da.

Điều trị sau phẫu thuật: Cho bệnh nhân tập vận động khớp gối, khớp háng và cổ chân từ ngày thứ 2 sau mổ. Tập đi có tỳ lên chân gãy từ tuần thứ 3 sau mổ đối với gãy ngang, tuần thứ 6 đối với gãy xoắn, gãy chéo vát và gãy có mảnh rời.

2.3. Đánh giá kết quả

- Đánh giá kết quả gần: dựa vào diễn biến tại vết mổ và kết quả kết xương trên phim chụp Xquang sau mổ.
- Đánh giá kết quả xa: Dựa vào tiêu chuẩn đánh giá của Flynn's và bảng đánh giá PHCN của Ter-schiport chúng tôi xây dựng phân loại kết quả xa theo 3 mức độ: Tốt, trung bình và kém.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới (n=47)

Giới / Tuổi	Nam		Nữ		Cộng	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
6 - 10	19	61,3	8	50	27	57,4
11 - 15	12	38,7	8	50	20	42,6
Cộng	31	66	16	34	47	100

Tỷ lệ gãy kín xương đùi ở trẻ em nam gặp nhiều hơn nữ (nam: 66%, nữ: 34%). Ở độ từ 6-10tuổi, gãy thân xương đùi gặp nhiều hơn chiếm tỷ lệ 57,4%. Tuổi nhỏ nhất là 6tuổi, lớn nhất là 15tuổi. Tuổi trung bình: 10,43tuổi.

Bảng 2. Vị trí gãy xương đùi (n=47)

Vị trí gãy xương	Chân gãy				Cộng	
	Chân P		Chân T			
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
1/3T	10	41,7	5	21,7	15	31,9
1/3G	13	54,2	17	73,9	30	63,8
1/3D	1	4,2	1	4,3	2	4,3
Cộng	24	51,1	23	48,9	47	100

Gãy thân xương đùi trẻ em chủ yếu gặp gãy ở vị trí 1/3G chiếm 63,8%, 1/3T chiếm 31,9% và gãy 1/3D chiếm 4,3%. Nguyên nhân gãy xương: TNGT: 57,5%. TN sinh hoạt: 34%, Do ngã cao: 6,4%, TN thể thao 2,1%.

Bảng 3. Phân loại theo gãy xương theo AO (n=47)

Hình thái / Vị trí	Kiểu A3	Kiểu A2	Kiểu B1	Kiểu A1	Cộng
1/3T	4 (21,1%)	6 (37,5%)	2 (33,3%)	3 (50%)	15 (31,9%)
1/3G	13 (68,4%)	10 (62,5%)	4 (66,7%)	3 (50%)	30 (63,8%)
1/3D	2 (10,5%)	0	0	0	2 (4,3%)
Cộng	19 (40,4%)	16 (34%)	6 (12,8%)	6 (12,8%)	47 (100%)

Bệnh nhân được kết xương kín bằng đinh Metaizeau chủ yếu gãy thân xương đùi loại A3 (40,4%) và nhóm kiểu A2 (34%), gãy kiểu B1 chiếm 12,8% và kiểu A1 chiếm 12,8%.

2. Kết quả điều trị

*** Kết quả gần:** Liền vết mổ kỳ đầu 47 BN (chiếm 100%).

- Kết quả nắn chỉnh: + Nắn chỉnh theo hình thái gãy: 39/47 BN chiếm 83% kết xương thẳng trục. 8/47 BN còn di lệch ít thuộc nhóm gãy kiểu A1, A2, B1.

+ Nắn chỉnh theo vị trí gãy: 39/47 BN chiếm 83% được nắn chỉnh hết di lệch. Có 8 BN còn di lệch sang bên hoặc mở góc ít sau nắn chỉnh thuộc nhóm gãy 1/3T và 1/3G.

*** Kết quả xa:** Theo dõi kết quả xa được 33 bệnh nhân (70,2%), thời gian ngắn nhất là 6 tháng, nhiều nhất là 33 tháng, trung bình 13,5 tháng.

+ Liền xương thẳng trục đạt 31/33 BN chiếm tỷ lệ 93,9%.

+ 2 trường hợp liền xương di lệch ít chiếm 6,1% thuộc nhóm gãy A2 và A3. Không có trường hợp nào di lệch lớn.

+ 3 trường hợp gấp gối hạn chế ít do đuôi đinh dài gây đau khớp gối.

+ Dài chi sau phẫu thuật trung bình 6,5mm.

(có 22 BN không ngắn chi, 11 BN độ dài tuyệt đối xương đùi dài hơn bên lành từ 3-10 mm, trung bình là 6,5mm)

+ Không gặp trường hợp nào loét tại vị trí đuôi đinh.

- Kết quả chung: Tốt: chiếm 78,8%; trung bình: 21,2%, không có kết quả kém.

IV. BÀN LUẬN

1. Kỹ thuật kết xương

**** Tạo đường vào ống tủy***

Tạo đường vào ống tủy có vai trò rất quan trọng và quyết định sự thành công hay thất bại của phẫu thuật. Vì nếu đường vào sai, đinh sẽ đi ra ngoài ống tủy, phá vỡ thành xương hoặc xuyên thủng thành xương đối diện. Khi dùi tạo lỗ vào phải để chếch 45^0 so với trục xương đùi để khi đóng đinh có thể trượt dễ dàng trong ống tủy, tránh hiện tương đầu đinh cắm vào thành xương hoặc làm thủng thành xương cứng đối diện. Trong lô nghiên cứu này chúng tôi không gặp trường hợp nào bị vỡ thành xương đối diện.

*** Nắn chỉnh và kết hợp xương:** Nắn chỉnh theo nguyên tắc nắn đoạn ngoại vi theo đoạn trung tâm. Đối với di lệch trên hai bình diện cần nắn chỉnh theo đường phân giác với góc di lệch.

Đóng đinh thứ nhất tới gần ổ gãy, nắn chỉnh cho hai đầu gãy khớp nhau rồi đóng đinh qua ổ gãy khoảng 5cm thì dừng lại. Đóng tiếp đinh thứ hai, khi tới gần ổ gãy, thì dùng đinh thứ nhất để nắn chỉnh cho ổ gãy thẳng trục và đóng đinh thứ hai qua ổ gãy cao hơn đinh thứ nhất khoảng 1cm. Xoay đầu cong của hai đinh về phía ngoài ống tủy, tiếp tục đóng đinh lên để đưa đầu trên cua đinh neo vào vùng hành xương mấu chuyển lớn và mấu chuyển bé. Đây là vị trí có các bè xương dày và chắc nhất, do đó khả năng chống xoay tốt nhất.

2. Ưu nhược điểm của phương pháp

*** Ưu điểm**: Đây là phương pháp kết xương đàn hồi vững, phù hợp với điều trị gãy kín thân xương đùi trẻ em. Thời gian liền xương nhanh và phục hồi chức năng sớm do phát triển tối đa can ngoại vi. Do không mở ổ gãy nên bảo tồn tối đa phần mềm, rất ít nguy cơ nhiễm khuẩn sâu, viêm xương, khớp giả mà điều trị phẫu thuật kinh điển có thể gặp. Ngoài ra còn đảm bảo thẩm mỹ do sẹo mổ nhỏ, giảm nguy cơ truyền máu, làm giảm đến mức tối thiểu rối loạn phát triển xương sau gãy xương.

*** Nhược điểm:** Phương pháp này chỉ áp dụng cho trẻ em lứa tuổi học đường bị gãy kín thân xương đùi do chấn thương. Để thực hiện phương pháp này đòi hỏi những phương tiện và dụng cụ chuyên dụng đi kèm như: màn tăng sáng, kìm khóa, tay cầm chữ T và đinh Metaizeau.

3. Kết quả phẫu thuật: Phương pháp điều trị này đã mang lại kết quả tốt trên các mặt liền xương và phục hồi chức năng.

Đây là một phương pháp được đa số các tác giả trên thế giới lựa chọn điều trị gãy kín thân xương đùi trẻ em từ 6 - 15 tuổi bởi những lý do: tỷ lệ liền xương và phục hồi chức năng tốt rất cao, biến chứng ít và không nghiêm trọng, thời gian điều trị ngắn giúp các cháu sớm quay trở lại trường học.

4. Biến chứng: Chúng tôi gặp 11 trường hợp dài chi sau phẫu thuật, ngắn nhất 3mm, dài nhất 10mm, trung bình 6,5mm. Mức độ chênh lệch chiều dài chi như trên không làm ảnh hưởng đến dáng đi của bệnh nhân.

Liền lệch: Có 2 trường hợp liền lệch mở góc vào trong và ra ngoài 10^0 chiếm 6,1% thuộc nhóm gãy 1/3T và 1/3G, kiểu gãy A3 và A2. Hai trường hợp này do bệnh nhân vận động và tỳ nén sớm sau phẫu thuật dẫn đến liền xương mở góc ít.

Trong nghiên cứu này những trường hợp gãy ngang chúng tôi hướng dẫn bệnh nhân tập tỳ nén sau 3 tuần, gãy chéo vát và có mảnh rời tỳ nén muộn sau 6 tuần. Chúng tôi thấy rằng lựa chọn thời gian cho bệnh nhân tập tỳ nén sau phẫu thuật phù hợp với hình thái gãy rất quan trọng, sẽ làm giảm nguy cơ gãy đinh, di lệch gập góc dẫn đến liền lệch.

V. KẾT LUẬN

1. Kết quả điều trị.

- Tuổi: Nhỏ nhất 6 tuổi, lớn nhất 15 tuổi, trung bình 10,43 tuổi.
- Giới: Nam có 31 BN chiếm 66%, Nữ có 16 BN chiếm 34%.
- Tỷ lệ liền xương đạt 100%, trong đó:
+ Liền xương thẳng trục đạt 31/33 BN chiếm tỷ lệ 93,9%.
+ 2 trường hợp liền xương di lệch ít chiếm 6,1%.
- Phục hồi chức năng: 3 trường hợp gấp gối hạn chế ít do đuôi đinh dài gây đau khớp gối.
- Dài chi sau phẫu thuật trung bình 6,5mm.
- Không gặp trường hợp nào loét tại vị trí đuôi đinh.
- Kết quả chung: Tốt: chiếm 78,8%; trung bình: 21,2%, không có kết quả kém.

2. Ưu nhược điểm của phương pháp

- Ưu điểm: Đây là phương pháp nắn chỉnh kín, dưới C- arm nên chấn thương phẫu thuật ít, 100% liền xương với thời gian liền xương nhanh, kết quả phục hồi chức năng tốt cao và ít nguy cơ nhiễm khuẩn. Phương pháp này ít ảnh hưởng đến sụn tiếp hợp nên thay đổi độ dài xương đùi sau mổ không lớn (6,5mm) và tỷ lệ có thay đổi cũng không nhiều 11/33). Đảm bảo tính thẩm mỹ, thời gian nằm viện ngắn, tránh phải bó bột nên các cháu được trở lại trường lớp sớm.
- Nhược điểm: Đòi hỏi phải có màn tăng sáng, bàn chỉnh hình và 1 số dụng cụ chuyên dụng đi kèm như: kìm khóa, tay cầm chữ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Tấn Lãm, Vũ Huyền Trinh, Phan Đức Minh Mẫn, (2007),** "Điều trị gãy thân xương đùi trẻ em bằng đinh nội tủy Rush dưới màn tăng sáng", *Y học thành phố Hồ Chí Minh,* 11(1), tr. 472-476.
2. **Phạm Kim Thiên Long (2000),** "Điều trị gãy thân xương đùi ở trẻ em bằng đinh nội tủy Rush dưới màn tăng sáng", *Thời sự Y dược học, tr. 119 - 120.*
3. **Nguyễn Thái Sơn (2003),** "Đinh Metaizeau và các khả năng ứng dụng trên lâm sàng", *Hội nghị khoa học hội Chấn thương chỉnh hình toàn quốc lần thứ III, tr. 66 - 67.*
4. **Vũ Huyền Trinh (2007),** "Phân tích nguyên nhân thành công và thất bại trong kỹ thuật đóng đinh Rush thân xương đùi trẻ em dưới màn tăng sáng". *Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở. Bệnh viện chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh.*
5. **Abhijit Bhosale, Aamer Nisar (2013),** "Complications of Elastic Stable Intramedullary Nailing for treating paediatric long bone fractures", *Journal of Orthopaedics, 10(1), p: 17-24.*
6. **Chalise P.K, Mishra A.K, Shah S.B, Adhikari V, Singh RP (2012),** "Diaphyseal femoral fractures in children treated with titanium elastic nail system", *Nepal Med Coll J, 15(2), p:95-97.*
7. **Salem H, Keppler P (2010),** "Limb geometry after elastic stable nailing for pediatric femoral fractures", *J Bone Joint Surg Am, 92(6), p: 1409 - 1417.*

NGHIÊN CỨU TÁC DỤNG CỦA BÀI THUỐC "SINH MẠCH TÁN GIA GIẢM" ĐIỀU TRỊ BỆNH HUYẾT ÁP THẤP

Nguyễn Trung Kiên*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng điều trị về mặt lâm sàng của bài thuốc "Sinh mạch tán gia giảm" trong chứng bệnh huyết áp thấp và nghiên cứu biến đổi một số xét nghiệm cận lâm sàng khi dùng của bài thuốc này. ***Đối tượng và phương pháp:*** Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng, so sánh kết quả trước và sau điều trị cho 52 bệnh nhân (BN) bị bệnh huyết áp thấp điều trị tại khoa Y học cổ truyền - Bệnh viện quân y 4. ***Kết quả và kết luận:*** Bài thuốc đã có tác dụng hiệu quả tốt với các BN có chứng bệnh huyết áp thấp, thể hiện rõ trên các triệu chứng lâm sàng đối với triệu chứng trước và sau điều trị như: Khó thở khi vận động trước và sau điều trị là 48/52 (88,46%) và 4/52 (7,69%); choáng váng khi đứng: 52/52 (100%) và 6/52 (11,54%); mệt mỏi 52/52 (100%) và 7/52 (13,46%); giảm trí nhớ: 9/52 (94,23%) và 9/52 (17,3%); triệu chứng mất ngủ: 46/52 (88,46%) và 13/52 (25%); hoa mắt chóng mặt: 52/52 (100%) và 10/52 (19,23%); đau đầu:50/52 (96,15%) và 16/52 (30,76%). Tác dụng thể hiện ở mạch: Mạch hoãn (tốt): 53,84%, mạch trầm hữu lực (khá) 30,77%, mạch kém: 15,38%. Biểu hiện ở lưỡi: Lưỡi hồng nhuận chiếm tỷ lệ là 82,7%; lưỡi thon 17,3%. Sau đợt điều trị chưa thấy có tác dụng phụ và không thấy sự biến đổi các chỉ tiêu cận lâm sàng ở nhóm BN được điều trị bằng bài thuốc này.

Từ khóa: Y học cổ truyền, huyết áp thấp, "Sinh mạch tán gia giảm".

** Bệnh viện Quân y 4 – QK4*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Kiên
Email: trungkieny4@gmail.com

Ngày nhận bài: 23/10/2016
Ngày phản biện khoa học: 22/11/2016
Ngày duyệt bài: 2/12/2016

SUMMARY

STUDY ON THE EFFECTS OF REMEDY "SINH MACH TAN GIA GIAM" FOR TREATMENT OF LOW BLOOD PRESSURE

Objective: To evaluate the effect of treatment in clinical trials of the remedy "Sinh mach tan gia giam" in disease research hypotension and change some preclinical testing of all taking this medicine. ***Subjects and methods:*** The study clinical trial, comparing the results before and after treatment for 52 patients with low blood pressure treatment at the Department of Traditional Medicine - Military Hospital 4. ***Results and conclusions***: Last remedy effective work with patients with low blood pressure disease, demonstrated on clinical symptoms for symptoms before and after treatment as: Shortness of breath when athletes before and after it value is 48/52 (88.46%) and 4/52 (7.69%); dizziness when standing: 52/52 (100%) and 6/52 (11.54%); fatigue 52/52 (100%) and 7/52 (13.46%); memory loss: 9/52 (94.23%) and 9/52 (17.3%); Symptoms of insomnia: 46/52 (88.46%) and 13/52 (25%); dizziness: 52/52 (100%) and 10/52 (19.23%); headache: 50/52 (96.15%) and 16/52 (30.76%). Effects shown in the circuit: Circuit postponed (good): 53.84%, organic circuit power downs (quite) 30.77%, less circuit: 15.38%. Expression in the tongue: The tongue is pink profit percentage 82.7%; 17.3% tapered blade. Following treatment showed no side effects and do not see the transformation of subclinical indicators in patients treated with this medicine.

Keywords: Traditional medicine, low blood pressure, "Sinh mach tan gia giam"

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Huyết áp thấp là căn bệnh phổ biến trong cộng đồng hiện nay. Huyết áp (HA) thấp, nếu không có biện pháp phòng tránh và chữa trị cũng rất nguy hiểm, không kém gì bệnh tăng huyết áp. Người bị HA thấp, thường có trị số huyết áp tâm thu (HATTh) nhỏ hơn 100mmHg, và trị số huyết áp tâm trương (HATTr) ở mức dưới 60mmHg. Bệnh huyết áp thấp thường gặp ở người suy yếu hệ thần kinh thực vật, người lớn tuổi chiếm tỷ lệ 2 - 4%. Đây là bệnh khó điều trị khỏi, tiên lượng của bệnh nhân phụ thuộc vào bệnh cơ bản. Bệnh huyết áp thấp có 10 - 15% gây tai biến mạch máu não giống như bệnh tăng huyết áp. Vì vậy cần có được theo dõi và có chế độ quản lý theo dõi hàng năm. Cho đến nay Tây Y cũng chưa có biện pháp nào điều trị chứng bệnh huyết áp thấp, khi gặp những bệnh nhân bị bệnh huyết áp thấp thì điều trị bệnh cơ bản, còn huyết áp thấp tiên phát thì điều trị triệu chứng.

Trong y học cổ truyền lâm sàng của chứng HA thấp là choáng váng, chóng mặt, hoa mắt gần tương đồng với chứng huyền vững ở thế khí hư huyết kém. Cha ông ta từ ngàn xưa đã có nhiều vị thuốc hay như uống chè, cà phê, khí công, gừng, cam thảo, sâm đến những bài thuốc quý như: Sinh mạch tán, Bổ trung ích khí, tăng áp thang..v..v.. để điều trị chứng bệnh này. Tuy vậy cho đến nay các vị thuốc, bài thuốc này chưa được đánh giá một cách khoa học, đầy đủ nên việc ứng dujng còn có phần hạn chế. Nhằm góp phần thừa kế và phát triển những kinh nghiệm quý báu của y học cổ truyền Việt Nam trong điều trị chứng bệnh huyết áp chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu tác dụng bài thuốc "sinh mạch tán gia giảm" trong điều trị chứng bệnh huyết áp thấp nhằm mục tiêu:

1. Đánh giá tác dụng điều trị về mặt lâm sàng của bài thuốc "Sinh mạch tán gia giảm" trong chứng bệnh huyết áp thấp

2. Nghiên cứu biến đổi một số xét nghiệm cận lâm sàng khi dùng của bài thuốc này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Gồm có 46 bệnh nhân được chẩn đoán huyết áp thấp điều trị tại khoa Y học cổ truyền – Bệnh viện quân y 4 trong thời gian từ tháng 2 năm 2015 đến tháng 7 năm 2016.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

Có các triệu chứng: Mệt mỏi, toàn trạng yếu, giảm tập trung trí lực, có triệu chứng hoa mắt, cảm giác ruồi bay trước mặt (nhất là thay đổi tư thế), tim nhịp nhanh.

Theo Y học cổ truyền: Sắc mặt trắng bệch; sợ rét chân tay lạnh, tự đổ mồ hôi, váng đầu, hoa mắt, chóng mặt, ù tai, hụt hơi ngại nói, tinh thần mệt mỏi, mất sức, chất lưỡi nhợt, rêu lưỡi trắng trơn, mạch trầm hoãn hoặc trì mà không có lực.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân có các bệnh lý tim mạch thực thể; Suy tim, suy thận; bệnh nhân không tham gia đủ liệu trình điều trị.

2.2. Chất liệu nghiên cứu và phương pháp dùng thuốc:

2.2.1. Chất liệu nghiên cứu

Công thức bài thuốc sinh mạch tán gia giảm gồm có các vị sau:

Hoàng kỳ: 30g; Đẳng sâm: 30g; Ngũ vị: 20g; Mạch đông: 10g; Bắc sài hồ: 03g

Dạng thuốc: Là thuốc thang, được bào chế theo quy trình bào chế đông dược của dược điển Việt Nam.

2.2.2. Phương pháp dùng thuốc

Tất cả các bệnh nhân sau khi khám và chẩn đoán là bệnh huyết áp thấp theo tiêu chuẩn

chẩn đoán của y học cổ truyền đều thực hiện các yêu cầu sau:

- Chỉ dùng bài Sinh mạch tán gia giảm, uống theo quy định, dưới sự hướng dẫn của thầy thuốc.
- Không được dùng bất kỳ loại thuốc nào
- Các dùng: 2 ngày 1 thang sắc uống như sau:

Thang thuốc được cân đúng liều lượng, cho vào ấm sành hay ấm nhôm đổ một lượng nước bằng 1.500ml đun âm ỉ trong vòng 1 đến 2 giờ, còn lại 300ml chia làm 2 lần uống trong ngày sáng và chiều trước khi ăn.

- Đợt điều trị 20 ngày

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

Thử nghiệm lâm sàng, so sánh kết quả trước và sau điều trị.

2.3.2. Phương pháp theo dõi và đánh giá kết quả

- Theo dõi các biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng
- Các chỉ tiêu theo y học cổ truyền: Vọng, văn, vấn, thiết trong đó chú trọng lưỡi và mạch.

2.3.3. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả

- Tiêu chuẩn đánh giá theo điểm:

+ Các triệu chứng lâm sàng trước và sau điều trị không có thay đổi gì cho 3 điểm.

+ Các triệu chứng lâm sàng trước và sau điều trị giảm 1/2 cho 2 điểm

+ Các triệu chứng lâm sàng trước và sau điều trị hết hoàn toàn cho 0 điểm.

Như vậy: Có hiệu quả tốt khi số điểm < 0,3 điểm

. Có hiệu quả rõ khi số điểm từ 0,31 - 0,60 điểm

. Có hiệu quả khi số điểm 0,61 - 090 điểm

. Không có hiệu quả khi số điểm từ 0,91 - 1,00 điểm

- Tiêu chuẩn đánh giá kết quả theo mức độ:

+ Có kết quả tốt khi số đo HATTh và HATTr tăng > 20 mmHg

+ Có hiệu quả rõ khi số đo HATTh và HATTr tăng từ 10 - 20 mmHg

+ Có kết quả khi số đo HATTh và HATTr tăng từ 5 - 10 mmHg

+ Không có hiệu quả khi số đo HATTh và HATTr trước và sau điều trị tăng <0,5 mmHg hoặc không có thay đổi gì, thậm chí còn thấp hơn cũ.

- Tiêu chuẩn phân loại mức độ bệnh (dựa vào chỉ số HATTh)

Mức độ	Số huyết áp tâm thu
Nặng	≤ 80 mmHg
Vừa	90 mmHg -> 80 mmHg
nhẹ	100mm Hg -> 90 mmHg

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu thu thập được xử lý theo phương pháp thống kê Y sinh học với sự hỗ trợ phần mềm EPI – INFO 6.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố theo tuổi

Nhóm tuổi	*Số lượng*	*Tỷ lệ (%)*
20 – 29	2	3,85
30 – 39	5	9,62
40 – 49	22	42,31
50 – 59	13	25
≥60	10	19,2
Tổng	**52**	**100**

Số BN huyết áp thấp gặp nhiều nhất là ở nhóm tuổi 40 – 49 (42,31%), tuổi 20-29 gặp ít nhất (3,28%).

Bảng 3.2. Phân bố theo giới

Giới tính	*Số lượng*	*Tỷ lệ (%)*
Nam	14	26,9
Nữ	38	73,1
Tổng	**52**	**100**

Đa số BN huyết áp thấp là nữ giới (73,1%), chiếm tỷ lệ cao hơn hẳn nam giới (26,9%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

3.2. Kết quả lâm sàng

Bảng 3.3. Biến đổi triệu chứng lâm sàng sau đợt điều trị

Triệu chứng	Trước điều trị		Sau điều trị		P
	n	Tỉ lệ %	n	Tỉ lệ %	
Hoa mắt, chóng mặt	52	100	10	19,23	<0,01
Choáng váng khi đứng	52	100	6	11,54	<0,001
Khó thở khi vận động	48	92,31	4	7,69	<0,001

Đau đầu	50	96,15	16	30,77	<0,01
Mất ngủ	46	88,46	13	25,00	<0,01
Mệt mỏi	52	100	7	13,46	<0,001
Giảm tập trung trí lực	49	94,23	9	17,30	<0,01

Thuốc có hiệu quả nhất là với triệu chứng: Khó thở khi vận động: trước khi điều trị: 48/52 BN (88,46%), sau điều trị còn lại 4/52 (7,69%); BN có triệu chứng đau đầu sau đợt điều trị giảm ít hơn, còn 16/52 chiếm tỷ lệ 30,76%.

Bảng 3.4. Biến đổi huyết áp sau đợt điều trị

Huyết áp tâm thu (mmHg)			**Huyết áp tâm trương (mmHg)**		
Trước điều trị	Sau điều trị	P	Trước điều trị	Sau điều trị	P
90, 25± 4,3	100,26±8,16	<0,001	57,25±5,39	67,35±5,38	<0,001

Sau 20 ngày điều trị thấy số đo HATTh và HATTr đều tăng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,001)

Bảng 3.5. Kết quả điều trị Y học cổ truyền theo mạch

Trước điều trị					
Mạch trầm trì nhược		**Trầm sác nhược**		**Trần tế nhược**	
Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
11	21,15	7	13,46	34	65,38
Sau điều trị					
Hoãn (tốt)	**Trầm hựu lực (khá)**			**Không thay đổi (kém)**	
28	53,84	16	30,77	8	15,38

Kết quả cho thấy đa số BN có hiệu quả điều trị tốt, mạch từ trầm trì nhược sang hoãn chiếm đa số (53,84%). Kết quả không thay đổi chiếm 15,38%.

Bảng 3.6. Kết quả điều trị theo Y học cổ truyền theo lưỡi

Trước điều trị		
Lưỡi nhợt	Số lượng	Tỷ lệ %
	14	26,93
Lưỡi bệu	27	51,92
Lưỡi nhớt có huyết ứ	11	21,15
Sau điều trị		
Lưỡi hồng nhuận	Số lượng: 43	Tỷ lệ % = 82,7
Lưỡi hồng thon	9	17,3

Sau đợt điều trị đa số BN khám có lưỡi hồng nhuận chiếm tỷ lệ 82,7%. Số BN lưỡi hồng thon chiếm 17,3%.

3.2. Kết quả cận lâm sàng

Bảng 3.7. Đặc điểm một số chỉ tiêu huyết học

Chỉ tiêu nghiên cứu	**Trước điều trị (n=52) X ± SD**	**Sau điều trị (n=52) X ± SD**
Số lượng hồng cầu (X.10 ^{12}/l)	3,83 ± 0,32	3,96 ± 0,25
Số lượng bạch cầu (X.10 ^{9}/l)	6,25 ± 0,68	6,23± 0,70

Sau 20 ngày điều trị các chỉ tiêu huyết học có xu hướng tăng lên như hồng cầu, còn số lượng bạch cầu vẫn trong giới hạn sinh lý bình thường, sự khác nhau không có nghĩa thống kê (P>0,05)

Bảng 3.8. Đặc điểm một số chỉ tiêu sinh hóa

Chỉ tiêu nghiên cứu	**Trước điều trị (n=52) X ± SD**	**Sau điều trị (n=52) X ± SD**
Ure (M mol/L)	4,32 ± 0,21	4,15 ± 0,31
Creatinin (Mmol/L)	73,26 ± 4,58	75,92 ± 5,76
Glucoza (Mmol/L)	4,65 ± 0,33	4,97 ± 0,44
SGOT (U/I)	24,36 ± 0,75	23,49 ± 0,67
SGPT (U/I)	19,3 ± 60,57	18,82 ± 0,42

Sau khi điều trị các chỉ số: Ure, Creatinin, Glucose và hàm lượng men SGOT, SGPT biến đổi không rõ rệt, đều nằm trong giới hạn bình thường. Điều này chứng tỏ thuốc sinh mạch tán gia giảm không gây ảnh hưởng gì đến chức năng cơ bản của gan, thận.

IV. BÀN LUẬN

Theo dõi 52 bệnh nhân có bệnh huyết áp thấp trên lâm sàng khi uống thuốc sinh mạch tán gia giảm được 20 ngày chúng tôi nhận thấy như sau:

Số BN huyết áp thấp gặp nhiều nhất là ở nhóm tuổi 40 – 49 (42,31%), tuổi 20-29 gặp ít hơn (3,28%). Đa số BN huyết áp thấp là nữ giới (73,1%), chiếm tỷ lệ cao hơn hẳn nam giới (26,9%),

sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, tỷ lệ này cũng phù hợp với các tài liệu của các tác giả [1,2,3].

Thuốc có hiệu quả nhất là với triệu chứng: Khó thở khi vận động: trước khi điều trị: 48/52 BN (88,46%), sau điều trị 20 ngày còn lại 4/52 (7,69%); BN choáng váng khi đứng trước khi điều trị là: 52/52 BN (100%), sau điều trị chỉ còn 6/52BN (11,54%); mệt mỏi trước và sau điều trị là 52/52 (100%) và 7/52 (13,46%); giảm trí nhớ trước và sau điều trị là 49/52 (94,23%) và 9/52 (17,3%); triệu chứng mất ngủ trước và sau điều trị là 46/52 (88,46%) và 13/52 (25%); hoa mắt chóng mặt trước và sau điều trị là 52/52 (100%) và 10/52 (19,23%); đau đầu trước và sau điều trị là 50/52 (96,15%) và 16/52 (30,76%). Như vậy bài sinh mạch tán gia giảm đã có tác dụng hiệu quả tốt với các BN có chứng bệnh huyết áp thấp, thể hiện rõ trên các triệu chứng lâm sàng, đặc biệt đối với triệu chứng: Chóng mặt, choáng đầu, khó thở, mệt mỏi, đau đầu và mất ngủ.

Biến đổi về số đo HA trong 20 ngày điều trị chúng tôi thấy: Bài thuốc có biến đổi về số đo huyết áp của cả 2 thì tâm thu và tâm trương. Ở thì tâm thu chỉ số đo HA đã được nâng lên là 19 mmHg, ở thì tâm trương chỉ số đo HA được nâng lên là 10mmHg. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác [1,3].

Nếu xét sự biến đổi của chỉ số HA theo mức độ bệnh, chúng tôi thấy: bài thuốc có tác dụng cao nhất là ở mức độ hiệu quả rõ là 20/52 (38,46%).

Nhận xét tác dụng của bài sinh mạch tán gia giảm trên các chỉ tiêu y học cổ truyền chúng tôi thấy: Bài thuốc sinh mạch tán gia giảm đã làm biến đổi theo chiều hướng tốt của một số chỉ tiêu như sau: Tác dụng thể hiện ở mạch: Mạch hoãn (tốt): 53,84%, mạch trầm hữu lực (khá) 30,77%, mạch kém: 15,38%. Biểu hiện ở lưỡi: Lưỡi hồng nhuận chiếm tỷ lệ là 82,7%; lưỡi thon 17,3%. Như vậy khi đánh giá kết quả cho điểm chúng tôi thấy: kết quả tốt là 12/52 chiếm tỷ lệ 23,07%; có hiệu quả là 11/52 (21,15%); không có hiệu quả là 9/52 (17,3%). Kết quả nghiên cứu chúng tôi cũng phù hợp với các tác giả khác [1,3].

Còn các chỉ số cận lâm sàng chúng tôi thấy bài thuốc tăng áp thang gia giảm đã làm biến đổi các chỉ số hồng cầu, huyết sắc tố, bạch cầu theo xu hướng tăng lên, song sự biến đổi này còn ít, không có ý nghĩa thống kê. Còn các chỉ số sinh hóa và chức năng gan, thận hầu như không thay đổi. Tuy nhiên để nghiên cứu sâu thêm vấn đề này chúng tôi cần có nhiều BN hơn nữa.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 52 bệnh nhân có chứng bệnh nhân áp thấp được điều trị nội trú tại Khoa y học cổ truyền Bệnh viện Quân y 4 bằng bài thuốc "Sinh mạch tán gia giảm" chúng tôi nhận thấy:

- Bài thuốc sinh hoạt tán gia giảm đã có tác dụng đối với các triệu chứng lâm sàng của bệnh huyết áp thấp, cải thiện được huyết áp tâm thu và tâm trương ở mức độ nhất định và làm biến đổi về mạch, lưỡi dưới góc độ của y học dân tộc.

- Với nghiên cứu của chúng tôi chưa thấy có tác dụng phụ và không thấy sự biến đổi các chỉ tiêu cận lâm sàng ở nhóm bệnh nhân được điều trị bằng bài thuốc này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hà Văn Diễn (2010),** *Đánh giá tác dụng của viên "Hồng mạch khang" trên người có huyết áp thấp*, Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Nguyễn Phú Kháng (1996),** *Lâm sàng tim mạch*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 525-528.
3. **Nguyễn Xuân Trực (2006),** *Nghiên cứu bài thuốc "Thăng áp cao" điều trị huyết áp thấp*, Bệnh viện Y học cổ truyền tỉnh Hải Dương.

SỰ KHÁC BIỆT GIỮA PHƯƠNG PHÁP ĐO TRỰC TIẾP VÀ GIÁN TIẾP KÍCH THƯỚC GẦN XA SÁU RĂNG TRƯỚC HÀM TRÊN

Huỳnh Kim Khang*, Phạm Thị Vân Anh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định kích thước *gần xa* sáu răng trước hàm trên bằng phương pháp đo gián tiếp qua mẫu hàm (laser scanner) và đo trực tiếp trên mẫu hàm (thước kẹp điện tử). So sánh sự khác biệt giữa phương pháp laser scanner và phương pháp dùng thước kẹp điện tử. ***Phương pháp:*** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, mẫu nghiên cứu gồm 65 mẫu hàm thạch cao của trẻ 18 đến 21 tuổi. Kích thước *gần xa* sáu

**Khoa Răng Hàm Mặt, ĐHYD TP.HCM*
Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Kim Khang
Email: kimkhanghuynh@yahoo.com
Ngày nhận bài: 12/10/2016
Ngày phản biện khoa học: 25/11/2016
Ngày duyệt bài: 9/12/2016

răng trước hàm trên được đo bằng hai phương pháp: laser scanner và thước kẹp điện tử. ***Kết quả:*** kích thước *gần xa* sáu răng trước hàm trên đo bằng laser scanner và thước kẹp đều cho giá trị lớn nhất ở răng cửa giữa, nhỏ nhất ở răng cửa bên. Kích thước *gần xa* sáu răng trước hàm trên đo bằng laser scanner lớn hơn thước kẹp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ở tất cả các răng (p<0,05). ***Kết luận:*** Ở cả hai phương pháp đo kích thước *gần xa* đều cho thấy tính chất đối xứng qua hai phần hàm. Kích thước *gần xa* đo bằng laser scanner thì lớn hơn bằng thước kẹp điện tử có ý nghĩa thống kê.

Từ khóa: Kích thước gần xa, thước kẹp điện tử.

Ký hiệu: Răng cửa giữa hàm trên bên phải, trái: 11, 21; răng cửa bên hàm trên bên phải, trái: 12, 22; răng nanh hàm trên bên phải, trái: 13, 23. Điểm lồi tối đa: ĐLTĐ. Khoảng tin cậy: KTC. Trung bình: TB. Độ lệch chuẩn: ĐLC. Gần: G. Xa: X.

SUMMARY

THE DIFFERENCES BETWEEN DIRECT AND INDIRECT METHODS OF MEASUREMENT OF MESIODISTAL WIDTHS OF SIX MAXILLARY ANTERIOR TEETH

Objectives: The aim of this study was: to determine the mesiodistal widths of six maxillary anterior teeth by indirect methods (laser scanner) and direct methods (electronic caliper); to compare the differences between using laser scanner and electronic caliper methods. ***Materials and method:*** With the descriptive cross - sectional study design, the sample consisted 65 dental casts (at the age of 18-21). *Mesiodistal* widths of the six maxillary anterior teeth were measured by two methods: laser scanner and electronic caliper. ***Results:*** The *mesiodistal* widths of six maxillary anterior teeth measured by indirect method (laser scanner) and direct method (electronic caliper) had the highest value in the central incisors, the lowest value in the lateral incisors. The value of *mesiodistal* widths of six maxillary anterior teeth measured by laser scanner were higher than electronic caliper, there were significant differences (p<0.05). ***Conclusions:*** In both methods of *mesiodistal* size measurement, it is displayed that the symmetry in both jaws. The value of *mesiodistal* widths of six maxillary anterior teeth measured by laser scanner were higher than electronic caliper, there were significant differences.

Key word: The mesiodistal width, the electronic caliper.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ những thế kỷ trước Zilberman (2003) đã thực hiện đo răng để tìm ra các kích thước răng. Theo thời gian hàng loạt các nghiên cứu đo đạc răng đã được công bố. Black (1902)[1] đã thực hiện đo nhiều răng, đưa ra số trung bình cho mỗi răng và ngày nay vẫn còn là tài liệu tham khảo quan trọng. Trong đó nghiên cứu của Selmer – Olsen (1949)[7] được đánh giá là một trong những hệ thống đo răng đầy đủ nhất. Mặc dù có rất nhiều phương pháp, cách thức đo răng đã ra đời nhưng để khẳng định phương thức nào là hiệu quả, chuẩn xác và hữu dụng nhất thì vẫn chưa có sự thống nhất rõ ràng. Có nhiều kích thước răng khác nhau, có nhiều cách xác định khác nhau, có nhiều phương tiện đo khác nhau và được đề nghị bởi nhiều tác giả khác nhau. Kích thước gần- xa được đo một cách kinh nghiệm, điều đó không khó đối với răng rời, tuy nhiên hầu như không phải dễ dàng đo được ở răng trên mẫu hàm thạch cao, vì không phải lúc nào cũng đưa thước vào được. Moawia, Abdelhakim (2015)[3] cho rằng kích thước gần xa của răng khi đo trên hình kĩ thuật số thì nhìn chung là nhỏ hơn trên mẫu hàm thach cao. Tuy nhiên sự khác biệt này là dưới 0,4mm và có thể xem như là không có ý nghĩa trên lâm sàng. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu về sự khác biệt giữa phương pháp đo trực tiếp trên mẫu hàm và gián tiếp qua laser scanner kích thước *gần xa* sáu răng trước hàm trên với mục tiêu nghiên cứu:

- Xác định kích thước *gần xa* sáu răng trước hàm trên bằng phương pháp đo gián tiếp qua mẫu hàm (laser scanner) và đo trực tiếp trên mẫu hàm (thước kẹp điện tử).
- So sánh sự khác biệt giữa phương pháp laser scanner và phương pháp dùng thước kẹp điện tử.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- Chọn mẫu thuận tiện từ các mẫu hàm trên đang được lưu giữ tại labo nghiên cứu hình thái của khoa Răng Hàm Mặt, Đại học Y Dược Tp.HCM.
- Tiêu chuẩn chọn mẫu: bộ răng vĩnh viễn có đủ răng cửa giữa, cửa bên và răng nanh hàm trên hai bên; tất cả răng được đánh giá là bình thường về mặt giải phẫu; mẫu hàm ghi được rõ ràng các chi tiết của răng, thể hiện rõ các điểm mốc để đo.
- Loại khỏi nghiên cứu những mẫu hàm bị bọt, bị khiếm khuyết ở những vị trí là điểm mốc đo.

***Cỡ mẫu**: 65 mẫu hàm thạch cao của trẻ 18 đến 21 tuổi.

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

2. Phương pháp nghiên cứu

- **Phương pháp đo kích thước *gần xa* bằng laser scanner:**

- *Bước 1:* Số hóa dữ liệu hình học của mẫu hàm thạch cao bằng phương pháp quét laser trên máy quét Ceramill Map 400 để tạo dựng mô hình ba chiều trong không gian đồ họa. Sau đó dựng lại dữ liệu hình học của mẫu hàm trong không gian đồ họa ảo trên máy vi tính.

- *Bước 2:* Dùng phần mềm Ceramill Mind để xác định các điểm mốc trên hình ảnh mẫu hàm: 13X, 13G, 12X, 12G, 11X, 11G, 21G, 21X, 22G, 22X, 23G, 23X (nhìn từ phía mặt ngoài và mặt nhai[4]). Trong đó các điểm mốc gần, xa các răng 13, 12, 11 được xác định theo giải phẫu. Các điểm mốc: 23X, 23G, 22X, 22G, 21X, 21G cũng được xác định lần lượt tương tự như trên cho các răng: 23, 22, 21 (13X: ĐLTĐ xa của răng 13: thường ở 1/3 giữa và 1/3 nướu; 13G: ĐLTĐ gần của răng 13: thường ở 1/3 giữa; 12X: ĐLTĐ xa của răng 12: thường ở 1/3 giữa; 12G: ĐLTĐ gần của răng 12: thường ở 1/3 giữa và 1/3 cắn; 11X: ĐLTĐ đa xa của răng 11: thường ở 1/3 giữa và 1/3 cắn; 11G: ĐLTĐ gần của răng 11: thường ở 1/3 cắn).

- *Bước 3:* Đo kích thước gần xa: dùng công cụ đo khoảng cách của phần mềm Ceramill Mind lần lượt đo khoảng cách từ các điểm đã chọn: 13X- 13G; 12X- 12G; 11X- 11G; 21G- 21X; 22G- 22X; 23G- 23X đó chính là kích thước gần xa các răng: 13; 12; 11; 21; 22; 23.

• **Đo kích thước *gần xa* bằng thước kẹp điện tử:**

Kích thước *gần xa* từng răng: được đo theo phương pháp của Moorrees và cs (1957)[4]: kích thước gần xa là khoảng cách lớn nhất giữa hai mặt bên, khi đo thước trượt giữ song song với mặt nhai và / hoặc mặt ngoài.

*** Xử lý số liệu**

- Sử dụng Microsoft Excel để xử lý số liệu.
- Sử dụng phép kiểm t để so sánh các giá trị trung bình trong nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Kích thước *gần xa* sáu răng trước hàm trên giữa laser scanner và thước kẹp điện tử

Nhìn chung kích thước gần xa sáu răng trước hàm trên đo bằng laser scanner và thước kẹp đều cho giá trị lớn nhất ở răng cửa giữa, nhỏ nhất ở răng cửa bên (bảng 1).

Bảng 1: Kích thước gần xa sáu răng trước hàm trên giữa laser scanner và thước kẹp điện tử

Răng	Laser scanner (n=65) Trung bình (mm) (độ lệch chuẩn)	Thước kẹp điện tử (n=65) Trung bình (mm) (độ lệch chuẩn)
13	8,12 (0,43)	8,03 (0,44)
12	7,28 (0,54)	7,19 (0,54)
11	8,67 (0,5)	8,63 (0,52)
21	8,7 (0,5)	8,64 (0,5)
22	7,29 (0,5)	7,15 (0,49)
23	8,1 (0,46)	7,99 (0,46)

2. So sánh kích thước *gần xa* sáu răng trước hàm trên giữa laser scanner và thước kẹp điện tử

Kích thước gần xa sáu răng trước hàm trên đo bằng laser scanner lớn hơn thước kẹp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ở tất cả các răng (p < 0,05) (bảng 2).

Bảng 2: So sánh kích thước gần xa sáu răng trước hàm trên giữa laser scanner và thước kẹp điện tử

Răng	Laser scanner (n=65)		Thước kẹp (n=65)		P
	TB (ĐLC)	KTC 95%	TB (ĐLC)	KTC 95%	
13	8,12 (0,43)	8,01-8,22	8,03 (0,44)	7,92-8,14	**<0,001**
12	7,28 (0,54)	7,15-7,42	7,19 (0,54)	7,05-7,32	**<0,001**
11	8,67 (0,5)	8,55-8,8	8,63 (0,52)	8,51- 8,76	**<0,01**
21	8,7 (0,5)	8,58-8,82	8,64 (0,5)	8,52-8,77	**<0,001**
22	7,29 (0,5)	7,17-7,42	7,15 (0,49)	7,03- 7,27	**<0,001**
23	8,1 (0,46)	7,99-8,22	7,99 (0,46)	7,87-8,1	**<0,001**

- Nhìn chung, kích thước gần xa tổng quát đo bằng laser lớn hơn đo thước, sự khác biệt này trong khoảng từ 0,04mm đến 0,14mm, giống như trong nghiên cứu của Quimby và cộng sự[5]. Ông đã so sánh hai phương pháp và cho thấy các giá trị kích thước gần xa của răng đo bằng laser thì lớn hơn đo trực tiếp trên mẫu hàm. Kết quả này trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của Mi young Lim và cộng sự năm 2009[2] khi họ tiến hành đo đạc kích thước gần xa răng và phân tích khoảng cũng cho thấy kết quả đo đạc trên laser là lớn

hơn. Sự khác biệt giữa hai phương pháp mà chúng tôi tìm thấy là có ý nghĩa thống kê ở tất cả các răng cũng tương tự như trong nghiên cứu của Mi young Lim và nghiên cứu của Santoro[6].

- Sự khác biệt giữa kết quả đo trên laser và trên mẫu hàm là bởi vì trên hình ảnh 3D của mẫu hàm ít chịu ảnh hưởng của các rào cản vật lý hơn so với khi đo trên mẫu hàm, đồng thời phần mềm Ceramill Mind cho ta một cái nhìn 3 chiều trong không gian, cùng với khả năng phóng to hình ảnh giúp việc lựa chọn điểm đo đạc dễ dàng và thuận lợi hơn. Trong khi đó đầu nhọn của thước kẹp có thể bị giới hạn khi đưa vào vùng tiếp xúc bên nếu điểm cần đo trùng hoặc gần với vùng tiếp xúc bên của các răng.

- Tuy nhiên việc đo trên hình ảnh 3D lại phụ thuộc nhiều vào việc nghiên cứu viên được đào tạo như thế nào, khả năng và sở thích khi tiến hành đo đạc, đồng thời quá trình quét mẫu hàm không ghi nhận hoàn toàn các điểm mốc trên mẫu hàm nhất là vùng tiếp xúc bên và do vậy cần sự hỗ trợ lấp đầy các vùng này của phần mềm xử lý. Do đó trong nghiên cứu này việc đo đạc trên hình ảnh 3D có sự khác biệt so với đo bằng thước kẹp.

IV. KẾT LUẬN

- Ở cả hai phương pháp đo kích thước *gần xa* đều cho thấy tính chất đối xứng qua hai phần hàm.

- Kích thước *gần xa* đo bằng laser scanner thì lớn hơn bằng thước kẹp điện tử có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Black GV. (1902),** "*Descriptive anatomy of the human teeth*". 5th ed. Philadelphia.
2. **Mi-young Lim el al (2009),** "*Comparison of model analysis measurements among plaster model, laser scan digital model, and cone beam CT image".*Department of Orthodontics, School of Dentistry, Chosun University, 421, Seoseok-dong, Dong-gu, Gwangju 501-717,Korea.
3. **Moawia A Atia1, Abdelhakim A El-Gheriani1 and Donald J Ferguson(2015),** "*Validity of 3 Shape Scanner Techniques: A Comparison with the Actual Plaster Study casts".* Biometrics & Biostatistics International Journal.
4. **Moorrees CFA., Selma Thomsen, Elli Jensen, Peter Kai-Jen Yen (1957**), "*Mesiodistal crown diameters of the deciduous and permanent teeth in individuals",* J.D.Res.
5. **Quimby ML., Vig KW., Rashid RG., Firestone AR.(2004),"***The accuracy and Reliability of measurements made on computer-based digital models".* Angle Orthod. 74:298- 303, 2004.
6. **Santoro M., Galkin S., Teredesai M., Nicolay OF., Cangialosi TJ.(2003).** *"Comparison of measurements made on digital and plaster models".* Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2003;124(1):101-5
7. **Selmer- Olsen R., (1949),** " *An Odontometrical Study on the Norwegian Lapps".*Ouoted by Sandilands, J., M.D.Sc. thesis, Univ. of Sydney, 1965

ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG BỆNH SÂU RĂNG VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA CÁN BỘ TỔNG CÔNG TY TƯ VẤN THIẾT KẾ GIAO THÔNG VẬN TẢI

Phạm Thị Thu Hiền*

TÓM TẮT

Nghiên cứu xác định thực trạng bệnh sâu răng và nhu cầu điều trị và phân tích một số yếu tố nguy cơ của 597 cán bộ công nhân viên Tổng công ty tư vấn thiết kế giao thông vận tải - Bộ Giao thông vận tải năm 2014. ***Phương pháp nghiên cứu****:* Mô tả cắt ngang. ***Kết quả****:* nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ sâu răng ở nhóm đối tượng nghiên cứu là khá cao (49,4%), trung bình một người có chỉ số SMT là 2 với trung bình 1,53 răng sâu; Các yếu tố liên quan chặt chẽ với sâu răng đó là không chải răng sau ăn, không chải răng buổi sáng, không súc miệng sau ăn đồ ngọt, chải răng không đúng cách. Các yếu tố khác như tuổi, giới, uống nước có gas, hút thuốc lá, uống rượu bia,… chưa thấy có mối liên quan mang ý nghĩa thống kê.

Từ khóa: Bệnh sâu răng, yếu tố nguy cơ.

** Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thu Hiền
Email: phthhien638@gmail.com

Ngày nhận bài: 17//10/2016
Ngày phản biện khoa học: 16/11/2016
Ngày duyệt bài: 10/12/2016

SUMMARY

STUDY ON REAL SITUATION AND RISK FACTORS OF THE OFFICIALS AND EMPLOYEES OF THE CORPORATION DESIGN CONSULTANTS TRANSPORTATION - MINISTRY OF TRANSPORT

Objective: The study identified the real situation and needs caries treatment and analysis of some risk factors of 597 officials and employees of the Corporation design consultants Transportation -

Ministry of Transport, 2014. ***Method:*** A cross-sectional study. ***Results:*** Our study showed that the rate of tooth decay in the study groups was relatively high (49.4%), the average person SMT index is 2 teeth with an average of caries is 1.53; factors are closely related with that tooth decay is not brushing after eating, not brushing the morning, do not rinse your mouth after eating sweets, improper brushing. Other factors such as age, sex, drinking fizzy drinks, smoking, drinking, ... not find an association to bring significant.

Keyword: Dental caries disease, risk factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc xác định thực trạng bệnh sâu răng cũng như phân tích các yếu tố liên quan đã được nhiều quốc gia trên thế giới cũng như ở Việt Nam nghiên cứu trong những năm gần đây. Trong các đối tượng được nghiên cứu, phần lớn tập trung vào các lứa tuổi học đường và một số đối tượng khác trong cộng đồng, riêng đối với việc khảo sát sức khỏe răng miệng cho cán bộ công nhân viên ngành Giao thông vận tải chưa có nhiều. Cán bộ công nhân viên (CBCNV) ngành Giao thông vận tải có những đặc điểm tính chất nghề nghiệp riêng: hay phải đi xa nhà, đến những nơi khó khăn, điều kiện chăm sóc vệ sinh răng miệng thiếu thốn (nước sạch, thuốc chải răng, bàn chải đánh răng, các vật dụng khỏc,...). Họ cũng thường xuyên có các hành vi ảnh hưởng đến việc vệ sinh răng miệng như uống nước có ga, bia,rượu, hút thuốc lá, ăn ngủ không đúng giờ vv... Ngoài ra họ tiếp xúc với một số hóa chất độc hại trong quá trình thiết kế và thi công như bitum, cỏc loại khúi bụi xi măng, bột đá,... Chính những yếu tố trên đã góp phần làm thay đổi tình trạng bệnh răng miệng của họ. Công tác dự phòng cho cán bộ công nhân viên ngành Giao thông vận tải cần được quan tâm một cách thích đáng, song rất tiếc chưa có nhiều công trình nghiên cứu nào đề cập đến vấn đề này. Mặt khác việc tìm hiểu thực trạng bệnh sâu răng và những yếu tố có nguy cơ đến bệnh sâu răng của một bộ phận cán bộ Giao thông vận tải cũng là một vấn đề cần được nghiên cứu. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này, nhằm mục tiêu: "Xác định thực trạng bệnh sâu răng và nhu cầu điều trị của cán bộ nhân viên Tổng công ty tư vấn thiết kế giao thông vận tải và phân tích một số yếu tố nguy cơ".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: Cán bộ công nhân viên đang làm việc tại Tổng công ty tư vấn thiết kế Giao thông vận tải - Bộ Giao thông vận tải. Từ tháng 2/2014 đến tháng 12/2014.

2. Thiết kế nghiên cứu và cỡ mẫu:

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang:
- Cỡ mẫu tính theo công thức xác định cỡ mẫu với ước lượng tỷ lệ mắc bệnh p=50%, theo công thức ta có n tối thiểu là 384 người. Ở nghiên cứu này chúng tôi đã tiến hành phỏng vấn và khám được 597 cán bộ công nhân viên.

3. Phương pháp nghiên cứu: Gồm 2 phần:

****Phỏng vấn:*** Nhằm mục đích thu thập thông tin về các đặc trưng cá nhân, thực hành vệ sinh răng miệng và các yếu tố nguy cơ. Chúng tôi tiến hành phỏng vấn theo bộ câu hỏi được chuẩn bị sẵn bao gồm kiến thức, thực hành vệ sinh răng miệng của cá nhân.

****Khám lâm sàng:*** Nhằm mục đích phát hiện bệnh sâu răng.

4. Phân tích số liệu: Số liệu đã thu thập, được làm sạch sau đó nhập trên chương trình Epi info 6.04 và SPSS 16.0, sử dụng các thuật toán:

- Frequencies: Để tính các tỉ lệ bệnh sâu răng và viêm quanh răng, các đặc trưng cá nhân và thực hành vệ sinh răng miệng.
- Test khi bình phương: Để so sánh các tỉ lệ bệnh sâu răng, các đặc trưng cá nhân và thực hành vệ sinh răng miệng giữa các nhóm theo các biến số giới tính, tuổi.
- Tỉ suất chênh OR: Được sử dụng để phân tích tương quan của một số yếu tố liên quan đến các đặc trưng cá nhân và thực hành vệ sinh răng miệng.
- Phân tích đa biến Binary logistic: Xác định yếu tố nguy cơ liên quan đến sâu răng.

III. KẾT QUẢ

1. Tỷ lệ sâu răng ở CBCNV Tổng công ty tư vấn thiết kế Giao thông vận tải.

*Trong số 597 CBCNV được khám thì có 50,6% người bị sâu răng và 49,4% không bị sâu răng.

Bảng 3.1. Phân bố sâu răng theo giới

Răng / Giới	Sâu răng		Không sâu răng		Tổng số	
	n	%	n	%	n	%
Nam	212	49,4	217	50,6	429	71,9
Nữ	83	49,5	85	50,5	168	28,1
Tổng số	**295**	**49,4**	**302**	**50,6**	**597**	**100,0**

Nhận xét: Tỷ lệ sâu răng ở nam và nữ tương đương nhau (49,4%/49,5%). Không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ sâu răng giữa hai giới với p = 0,998 > 0,05.

*Chỉ số SMT

Bảng 3.2. Chỉ số SMT theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Tổng số khám	Trung bình số răng sâu	Trung bình số răng mất	Trung bình số răng hàn	Chỉ số SMT
18 – 34	295	1,32	0,11	0,50	1,93
35 – 44	170	1,28	0,14	0,25	1,67
45 – 60	132	2,3	0,24	0,41	2,95
Tổng số	**597**	**1,53**	**0,15**	**0,32**	**2,00**

Nhận xét: Nhìn chung, số răng sâu – mất - trám của các đối tượng nghiên cứu có xu hướng tăng dần theo tuổi. Số răng sâu – mất - trám của nhóm 18 - 34 tuổi (1,93 răng) cao hơn so với nhóm 35 - 44 tuổi (1,67 răng), nhưng lại thấp hơn nhóm 45 – 60 (2,95 răng).

2. Phân tích mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ và bệnh sâu răng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ và bệnh sâu răng.

Yếu tố nguy cơ		Không sâu răng		Có sâu răng		OR	95% CI	P
		SL	%	SL	%			
Tuổi	18–34	146	49,5	149	50,5	1		
	35–44	98	57,6	72	42,4	0,72	0,50 – 1,05	0,72
	45–60	58	43,9	74	56,1	1,25	0,83 – 1,89	0,29
Giới	Nữ	217	50,6	212	49,4	1,00	0,69 – 1,45	1,00
	Nam	217	50,6	212	49,4			
Súc miệng nước muối sau ăn	Không	258	50,5	253	49,5	0,97	0,60 – 1,58	0,91
	Có	44	51,2	42	48,8			
Chải răng sau ăn	Không	144	44,6	179	55,4	0,59	0,43 – 0,82	0,001
	Có	158	57,7	116	42,3			
Uống nước có gas	Không	137	51,7	128	48,3	1,083	0,77 – 1,51	0,63
	Có	165	49,7	167	50,3			
Súc miệng sau ăn đồ ngọt	Không	76	48,9	79	51,1	0,64	0,40 – 1,01	0,07
	Có	265	60,0	177	40,0			
Hút thuốc lá	Không	222	48,9	224	50,2	0,88	0,60 – 1,30	0,50
	Có	80	53,0	71	47,0			
Uống rượu bia	Không	120	47,1	135	52,9	0,78	0,56 – 1,10	0,14
	Có	182	53,2	160	46,8			
Uống cà phê	Không	131	50,6	128	49,4	1,000	0,71 – 1,40	1,00
	Có	171	50,6	167	49,4			
Chải răng sáng	Không	14	43,8	18	56,2	0,75	0,34 – 1,63	0,43
	Có	288	51,0	277	49,0			
Chải răng tối	Không	35	22,4	121	77,6	0,19	0,12– 0,29	0,001
	Có	267	60,5	174	39,5			
Thời gian chải răng	<1 phút	38	31,1	84	68,9	1		
	1-3 phút	202	56,6	155	43,4	0,35	0,26 – 0,42	0,001
	>3 phút	62	52,5	56	47,5	0,41	0,32 – 0,74	0,01
Số lần chải răng/ngày	1 lần	44	51,1	42	48,8	1		
	2 lần	231	51,7	216	48,3	0,98	0,62 –1,55	0,93
	3 lần	27	42,2	37	57,8	1,44	0,75 – 2,76	0,28
Kỹ thuật chải răng	Sai	226	64,1	126	35,9	0,42	0,30 – 0,59	<0,001
	Đúng	105	42,7	140	57,3			

Nhận xét: Người không chải răng sau ăn có nguy cơ sâu răng cao gấp 1,69 lần (1/0,59) so với người có chải răng sau ăn. Sự khác biệt này mang ý nghĩa thống kê với p = 0,001 < 0,05. Những người không chải răng buổi tối có nguy cơ sâu răng cao gấp 5,26 lần (1/0,19) so với người có chải răng buổi tối với p = 0,001. Những người chải răng < 1 phút có nguy cơ sâu răng cao hơn 2,86 lần (1/0,35) so với người chải răng từ 1-3 phút và cao hơn 2,44 lần (1/0,41) so với người chải răng trên 3 phút, với p < 0,05. Những người chải răng không đúng cách có

nguy cơ sâu răng cao gấp 2,38 lần (1/0,42) so với những người chải răng đúng cách. Kết quả OR này có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

IV. BÀN LUẬN

1. Tỷ lệ sâu răng

* Về tỷ lệ sâu răng: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ sâu răng ở nhóm đối tượng nghiên cứu là khá cao (49,4%). Có những nhóm tuổi (45-60) tỷ lệ sâu răng chiếm tới 56,1%. Nghiên cứu của chúng tôi rất phù hợp với nhiều nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước dưới đây: Trần Văn Trường và cộng sự trong cuộc điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc năm 2001 cho thấy tỷ lệ sâu răng theo giới ở nam lứa tuổi 18-34 là 74,8%, ở nữ là 74,7%; ở lứa tuổi 35-44: nam có 89,7%; nữ có 88,5%; ở lứa tuổi từ 45 tuổi trở lên: nam có 88%; nữ có 84,3% [1]. Những kết quả trên đây cao hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi rất nhiều lần. Lê Thị Thanh Thủy nghiên cứu trên 415 công nhân đang làm việc tại công ty sản xuất vật liệu xây dựng CMC tỉnh phú Thọ năm 2009 cho thấy tỷ lệ sâu răng chung là 43,9%, trong đó: ở nữ là 46,5%, ở nam là 42,7. Kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu của chúng tôi[2]. Nguyễn Hoài Bắc nghiên cứu tại nhà máy giấy Bãi Bằng tỉnh Phú Thọ năm 2008 cho thấy tỷ lệ sâu răng chung là 80,7%. Kết quả nghiên cứu này cũng cao hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi [3].

* Chỉ số SMT: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trung bình một người có chỉ số SMT là 2 với trung bình 1,53 răng sâu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đối phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả trong nước trong giai đoạn từ năm 2001 đến nay. Các tác giả này cho biết chỉ số sâu mất trám dao động từ 0,94 đến 9,0 [1],[2],[3]. So sánh với các tác giả Wang H.Y (Trung Quốc) [4], Namal S và Can G (Thổ Nhĩ Kỳ) [5] và Chu C.H (Hồng Công) [6] trong giai đoạn từ 2002 đến 2014 chúng tôi nhận thấy chỉ số SMT dao động từ 1,6 đến 22,17. Nghiên cứu của chúng tôi thấy chỉ số SMT là 2,0; trong khi đó theo nghiên cứu của Trần Văn Trường và cộng sự (2001) cho biết chỉ số SMT ở nhóm tuổi 18-34 là 3,29; ở lứa tuổi 35-44 là 4,70; ở lứa tuổi từ 45 tuổi trở lên là 8,93. Như vậy chỉ số SMT trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều so với kết quả nghiên cứu của Trần Văn Trường [1]. Điều này có thể lý giải bởi sự quan tâm, chăm sóc vệ sinh răng miệng ở CBCNV Tổng công ty tư vấn thiết kế Giao thông vận tải tốt hơn, có thể do điều kiện sống, sinh hoạt tại thành phố Hà Nội - nơi được tuyên truyền, giáo dục về vệ sinh răng miệng từ các cấp học phổ thông.

2. Yếu tố nguy cơ của sâu răng

Khi nghiên cứu các yếu tố nguy cơ sâu răng, chúng tôi thấy rằng về yếu tố nguy cơ với bệnh sâu răng, trên mô hình hồi quy đa biến, sau khi loại bỏ các yếu tố nhiễu và tương tác, chúng tôi thấy rằng các yếu tố không chải răng sau ăn, không chải răng buổi sáng, không chải răng buổi tối, không súc miệng sau ăn đồ ngọt, số lần chải răng/ngày, thời gian chải răng/lần, cách chải răng và thời gian dùng bàn chải có mối liên quan chặt chẽ với bệnh sâu răng. Một số tác giả trong nước khi nghiên cứu về yếu tố nguy cơ của sâu răng thường mô tả các yếu tố nguy cơ chứ không phân tích sâu về mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và bệnh sâu răng. Trần Văn Trường và cộng sự [1] nghiên cứu trên phạm vi toàn quốc năm 2001 cho biết tuổi càng cao thì có tỷ lệ sâu răng cao nhưng lại sử dụng ít đồ ăn và đồ uống ngọt. Như vậy, sâu răng không chỉ phụ thuộc đồ ăn và đồ uống có đường mà còn bị ảnh hưởng bởi những yếu tố khác như thực hành vệ sinh răng miệng sau khi ăn những loại thức ăn này. Đây chính là yếu tố thúc đẩy chúng tôi nghiên cứu mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ và sâu răng đồng thời cần phải có những phân tích sâu hơn (như phân tích đa biến) để tìm hiểu kỹ hơn về mối liên quan giữa yếu tố nguy cơ và sâu răng. Phạm Anh Dũng và cộng sự [7] cho thấy nhóm chải răng 1 lần/ngày có tỷ lệ sâu răng cao nhất và thấp nhất ở nhóm chải răng 3 lần/ngày. Điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Cũng trong nghiên cứu này, tác giả cho rằng những người có súc miệng sau ăn đồ ngọt có tỷ lệ sâu răng thấp hơn so với nhóm người không súc miệng sau ăn đồ ngọt.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu mô tả cắt ngang tình trạng sâu răng kết hợp với phỏng vấn, phân tích môi liên quan của bệnh sâu răng của 597 CBCNV Tổng công ty tư vấn thiết kế Giao thông vận tải, chúng tôi thu được tỷ lệ sâu răng là 49,4%. Chỉ số SMT trung bình là 2,00. Trên mô hình hồi quy đa biến thấy được các yếu tố liên quan chặt chẽ với sâu răng đó là người không chải răng sau ăn, không chải răng buổi sáng, không súc miệng sau ăn đồ ngọt, chải răng không đúng cách. Các yếu tố khác như tuổi, giới, uống nước có gas, hút thuốc lá, uống rượu bia,… chưa thấy có mối liên

quan mang ý nghĩa thống kê. Trên cơ sở kết quả nghiên cứu chúng tôi kiến nghị cần tuyên truyền giáo dục vệ sinh cho CBCNV Tổng công ty tư vấn thiết kế giao thông vận tải để mỗi người nhận thức được và thực hành vệ sinh răng miệng đúng cách để phòng ngừa bệnh lý sâu răng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Trường và cộng sự (2001**). *Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc.* Đề tài khoa học cấp Bộ, tr 22-70.
2. **Lê Thị Thanh Thủy (2009).** *Điều tra tình trạng sâu răng, viêm quanh răng và nhu cầu điều trị của công nhân nhà máy sản xuất vật liệu xây dựng CMC Phú Thọ.* Luận văn Thạc sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội, tr 42-53.
3. **Nguyễn Hoài Bắc (2008).** *Nghiên cứu tình trạng sâu răng, viêm quanh răng, mất răng và nhu cầu điều trị của công nhân nhà máy giấy Bãi Bằng tỉnh Phú Thọ.* Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ chuyên khoa II. Đại học Y Hà Nội, tr3-64.
4. **Wang Hong Ying et at (2002).** The second national survey of oral health status of children and adults in China. *International dental journal* 52.4 pp. 283-290.
5. **Namal N., Can G. et al (2008).** Dental health status and rish factors for dental caries in adults in Istabul, Turkey. *Eastern Mediterranean Health Journal* 14.1, pp. 110-118.
6. **Chu C.H., Ng A (2014).** Dental erosion and caries status of Chinese university students. *Oral health & preventive dentistry* 13.3, pp. 130-149.
7. **Phạm Anh Dũng (2010).** *Đánh giá thực trạng bệnh răng miệng của công nhân khai thác than hầm lò tại công ty Than Thống Nhất, Quảng Ninh*. Luận văn Thạc sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội. tr.36-75.

KẾT QUẢ SINH THIẾT MÀNG PHỔI KÍN BẰNG KIM COPE TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Phạm Kim Liên*, Lương Thị Kiều Diễm*

TÓM TẮT

Mô tả kết quả sinh thiết màng phổi kín bằng kim COPE tại Bệnh viện Trung ương Thái nguyên. Trong 1 năm đầu triển khai kỹ thuật, chúng tôi thu thập được 36 bệnh nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết có chỉ định sinh thiết màng phổi, trong đó nam 25 (tỷ lệ 69,4%), nữ 9 (30,6%), tuổi thấp nhất 19, cao nhất 75, tuổi trung bình 47,6± 21,3. Bệnh nhân có dịch mức độ trung bình và nhiều (88,9%), được sinh thiết 1 lần chiếm tỷ lệ 94,4%, với số mảnh màng phổi được cắt qua 1 lần chọc sinh thiết trung bình là 3,28 mảnh. Kết quả mô bệnh qua mảnh sinh thiết đã chẩn đoán chính xác bệnh lao 82,6% và ung thư màng phổi 72,7%. Mức độ phù hợp so với kết luận chẩn đoán là 74%. Tai biến chung 13,3%, trong đó chỉ có tràn khí màng phổi ít (10,7%) và choàng nhẹ thoáng qua (2,9%).

Từ khóa: Sinh thiết màng phổi kín, kim Cope.

SUMMARY

RESULT PLEURAL BIOSPY THE COPE NEEDLE IN THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

To describe the results of closed pleural biopsy by the Cope needle in Thai Nguyen National Hospital. In the first year deploy biopsy technique, we collected 36 patients with exudative pleural effusion indicated pleural biopsy, 25 male (rate 69,4%), 9 female (rate 30,6%), the lowest age 19, highest age 75, average age 47,6 ± 21,3. Patients with moderate and large pleural effusion (88.9%), biopsy once percentage 94,4%, the mumber of piece through one percutaneous pleural biopsy average 3,28 pieces. Histopathology results through the piece biopsy were accurate diagnosis of tuberculosis 82,6% and pleural cancer 72,7%. Relevance compared with conclusion diagnosis is 74%. Common complications of 13,3%, of which only little pneumothorax (10,7%) and transient mild shock (2,9%)

Keywords: Closed pleural biopsy, Cope needle.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tràn dịch màng phổi (TDMP) là hiện tượng tích tụ dịch nhiều hơn mức sinh lý bình thường trong khoang màng phổi. Chẩn đoán xác định thì dễ nhưng chẩn đoán nguyên nhân thật sự còn gặp nhiều khó khăn. Theo thống kê của các tác giả trong và ngoài nước cho thấy vẫn còn 5-30% tràn dịch màng phổi không xác định được nguyên nhân. Tràn dịch màng phổi được chia thành các nhóm: Tràn dịch màng phổi nước trong vàng chanh (dịch thấm và dịch tiết), tràn máu màng phổi, tràn mủ màng phổi và tràn dịch màng phổi dịch dưỡng chấp. Trong đó, tràn dịch màng phổi dịch tiết là thường gặp hơn cả, nguyên nhân chủ yếu là do lao và ung thư. Ngày nay có nhiều phương pháp chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi được áp dụng phù hợp

**Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Kim Liên
Email: lientnvn@gmail.com
Ngày nhận bài: 6/11/2016
Ngày phản biện khoa học: 10/12/2016
Ngày duyệt bài: 19/12/2016

sau khi có các định hướng qua thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng cơ bản như sinh hóa dịch màng phổi định lượng LDH, CD4, CD8, TNF-alpha, PCR...

Đối với tràn dịch màng phổi do lao chẩn đoán bằng soi trực khuẩn lao trực tiếp ở dịch màng phổi đạt hiệu quả thấp do mật độ AFB rất thấp trong dịch màng phổi, theo Đặng Thị Hương tỷ lệ tìm thấy trực khuẩn lao chỉ đạt 2,6%, theo Trịnh Thị Kim Oanh tỷ lệ này là 0%, xét nghiệm MGIT dịch màng phổi phải chờ đợi kết quả lâu và hiệu quả chẩn đoán cũng không cao. Trong chẩn đoán tràn dịch màng phổi do ung thư tỷ lệ tìm thấy tế bào ung thư trong dịch màng phổi cũng thấp (9%) và không định được typ ung thư.

Mặc dù là một phương pháp cổ điển nhưng với tính chất ít can thiệp nguy hiểm, có hiệu quả chẩn đoán cao từ 35-92%, sinh thiết màng phổi kín vẫn là phương pháp được lựa chọn hàng đầu, nhất là ở các nước kém và đang phát triển. Ở Việt Nam các loại kim thường dùng nhất hiện nay là Castelain, Cope, Abrams và đã có nhiều nghiên cứu về giá trị chẩn đoán nguyên nhân của các loại kim này như: Nguyễn Xuân Triều (1998), Ngô Quý Châu (2004), Ngô Thanh Bình (2007), Mai Xuân Khẩn (2010), đã nghiên cứu giá trị chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết thông qua giải phẫu bệnh được sinh thiết bằng các loại kim khác nhau như kim Castelain, Cope, Abrams… cho kết quả độ nhạy đối với chẩn đoán lao từ 35% đến 92%, độ nhạy đối với chẩn đoán ung thư từ 23,7% đến 92%; độ đặc hiệu đối với chẩn đoán lao từ 92% đến 100%, độ đặc hiệu đối với chẩn đoán ung thư 99- 100%. Tuy nhiên, ở Việt Nam năm 2015 kim COPE đã được đưa vào sử dụng và nghiên cứu giá trị sinh thiết của kim này tại BV Bạch Mai, BV Bắc Ninh. Bệnh viện ĐKTƯ TN tiến hành sử dụng kim COPE từ cuối năm 2015, Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: Mô tả kết quả sinh thiết màng phổi kín bằng kim COPE tại BVĐKTƯTN.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết

- Tiêu chuẩn chọn: Chọc dò khoang màng phổi có dịch, Protein DMP/Protein huyết thanh >0,5, Bệnh nhân có chỉ định STMP

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có 1 trong các tiêu chuẩn sau sẽ được loại ra khỏi nghiên cứu

+ Dịch đặc, đục, có thể có mùi thối, nuôi cấy có vi khuẩn (+), Bạch cầu đa nhân trung tính trong DMP > 500/mm^3, tế bào DMP có nhiều Bạch cầu đa nhân trung tính thoái hóa.

+ TDMP dưỡng chấp: dịch đục kiểu dưỡng chấp, Triglycerid dịch màng phổi >110mg% và tỷ lệ Cholesterol dịch màng phổi/Choleterol huyết thanh >1.

+ Bệnh nhân TDMP có chống chỉ định sinh thiết màng phổi: Rối loạn đông máu, suy hô hấp, suy thận cấp, rối loạn huyết động, có rối loạn nhịp tim (nhịp nhanh thất, trên thất), thể trạng gầy yếu, suy kiệt, bệnh nhân không hợp tác với thủ thuật viên.

+ BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

2.3. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới, mức độ tràn dịch trước khi sinh thiết**,** số lần sinh thiết/1bệnh nhân, số mảnh/1 lần sinh thiết, kết quả mô bệnh học, tai biến do sinh thiết (tràn khí màng phổi, choáng, tràn máu màng phổi, tụ máu tại chỗ, tràn khí dưới da, sinh thiết vào phủ tạng…) Chẩn đoán xác định bệnh

2.5. Phương pháp, kỹ thuật thu thập số liệu

2.5.1. Khám lâm sàng, cận lâm sàng ghi chép theo mẫu bệnh án nghiên cứu: Bệnh nhân được nhóm nghiên cứu thăm khám trực tiếp, xác định dịch màng dựa trên lâm sàng có hội chứng 3 giảm, X quang có hình ảnh dịch khoang màng phổi, chọc thăm dò và lấy dịch làm xét nghiệm, lấy máu làm xét nghiệm phân tích tế bào máu. Khi kết quả xét nghiệm đủ tiêu chuẩn lựa chọn, bệnh nhân được sinh thiết màng phổi

2.5.2. Kỹ thuật sinh thiết màng phôi: Thủ thuật viên là mhóm nghiên cứu trực tiếp thực hiện

Quy trình sinh thiết màng phổi

+ Chuẩn bị bệnh nhân: Sau khi thăm khám lâm sàng, khai thác kỹ về tiền sử dị ứng thuốc đặc biệt là thuốc gây tê, làm đầy đủ các xét nghiệm cần thiết.

+ Chuẩn bị dụng cụ: Khay vô trùng có: bơm tiêm: 20ml, 5ml, kim tiêm số 18G-22G, 1 lưỡi dao phẫu thuật, bộ dây truyền dịch, khay nhỏ đựng bệnh phẩm.

Trong suốt thời gian tiến hành thủ thuật người phụ quan sát toàn trạng của bệnh nhân để sớm phát hiện và xử trí tai biến nếu có.

2.5.3. Xử lý bệnh phẩm

Các bệnh phẩm được xử lý theo quy trình của khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện TƯ Thái Nguyên.

Bệnh phẩm sinh thiết màng phổi sau khi được cố định bằng dung dịch formol 10%, chúng tôi đưa trực tiếp đến khoa Giải phẫu bệnh.

Bệnh phẩm được chuyển đúc Parafin rồi cắt và nhuộm theo phương pháp Hematoxylin – Eosin (HE) và Pediodic Acid Shiff (PAS), rồi đọc kết quả dưới kính hiển vi quang học với độ phóng đại 40, 100, 200 và 400 lần.

2.5.4. Theo dõi bệnh nhân sau thủ thuật:

Đánh giá toàn trạng: Mạch, huyết áp, nhịp thở, khám lại phổi cho bệnh nhân. Cho bệnh nhân nằm nghỉ ngơi nghiêng về bên lành. 100% bệnh nhân được chụp lại XQ sau sinh thiết màng phổi từ 4-24 giờ.

Đánh giá các tai biến sớm có thể có: Tràn khí màng phổi, chảy máu khoang màng phổi, choáng, ngất

2.5.5. Chẩn đoán xác định bệnh: Sau khi có kết quả mô bệnh, bệnh nhân được chuyển đến khoa/ bệnh viện chuyên ngành xác định lại chẩn đoán.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thu thập được 36 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, trong đó nam 25 (tỷ lệ 69,4%), nữ 9 (30,6%), tuổi thấp nhất 19, cao nhất 75, tuổi trung bình 47,6± 21,3.

Bảng 1. Đặc điểm đại thể dịch màng phổi của đối tượng nghiên cứu

Mức độ tràn dịch	n	%
Mức độ		
It	4	11,1
Trung bình	23	63,9
Nhiều	9	25,0
Màu sắc		
Vàng chanh	29	80,5
Đỏ	7	19.5

Nhận xét: trong 36 bệnh nhân nghiên cứu được sinh thiết màng phổi, mức độ dịch trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất 63,9%, bệnh nhân tràn dịch mức độ ít đã được sinh thiết chếm tỷ lệ 11,1%

Bảng 2. Số lần chọc sinh thiết cho một bệnh nhân

Số lần chọc / 1 bệnh nhân	n	%
1 lần	34	94,4
2 lần	2	5.6
Tổng	36	100.0

Nhận xét: Bệnh nhân được chọc sinh thiết 1 lần chiếm tỷ lệ cao nhất: 94,4%.

Bảng 3. Số lần cắt màng phổi trung cho một lần sinh thiết (38 lần chọc sinh thiết)

Số lần cắt màng phổi/ 1 lần sinh thiết	n=38	%
2 mảnh	5	13,1
3 mảnh	17	44,7
4 mảnh	16	42,1
Tổng	**38**	**100**
Trung bình	3,28	

Nhận xét: Trong 38 lần sinh thiết được cắt 3 hoặc 4 mảnh sinh thiết chiếm tỷ lệ 44,7 và 42,1%, chỉ có 13,1% lần sinh thiết được cắt 2 mảnh. Trung bình 1 lần sinh thiết 3,28 mảnh.

***Bảng 4.* Tai biến và biến chứng của STMP bằng kim.**

Tai biến sau sinh thiết	n=38	%
Không có tai biến	34	89,4
Choáng	1	2,6
Tràn khí màng phổi	3	10,7
Tai biến chung	4	13,3

Nhận xét: STMP 38 lần chúng tôi ghi nhận được tỷ lệ tai biến chung là 13,3% (04 lần) trong đó 10,7% (04 trường hợp) là tràn khí màng phổi ít không phải dẫn lưu, 2,6% là choáng (01 trường hợp).

Bảng 5: Kết quả mô bệnh qua mảnh sinh thiết màng phổi

Kết quả mô bệnh qua mảnh sinh thiết	n	Tỷ lệ
TDMP do lao	19	48,8 %
TDMP do ung thư	9	25,0%
TDMP viêm không xác định	8	22,2 %
Tổng	**36**	**100%**

Nhận xét: Tỷ lệ chẩn đoán được nguyên nhân TDMP qua mảnh sinh thiết xác định do lao 36,1%, do ung thư 25,0%, 22,2 % bệnh nhân chỉ có kết quả viêm không xác định.

Bảng 6: Độ phù hợp giữa chẩn đoán nguyên nhân TDMP qua mô bệnh từ mảnh STMP kín với kết luận chẩn đoán cuối cùng

Kết luận chẩn đoán / STMP	TDMP do lao	TDMP do ung thư	TDMP KXĐ	Tổng
TDMP do lao	19	0	0	19
TDMP do ung thư	0	8	1	9
TDMP viêm KXĐ	4	3	1	8
Tổng	**23**	**11**	**2**	**36**

Chỉ số Kappa: 0,74

Nhận xét: Sự phù hợp chẩn đoán nguyên nhân TDMP bằng mô bệnh từ mảnh STMP kín bằng kim COPE so với chẩn đoán cuối cùng là 38%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chung tôi thu thập được 36 bệnh nhân có tuổi thấp nhất 19, cao nhất 75, tuổi trung bình 47,6±21,3. So với một số nghiên cứu khác ở trong nước như nghiên cứu của Nguyễn Văn Vĩnh ở Bắc Ninh (2015) đã thực hiện ở nhóm đối tượng có tuổi >80 là 24/105 đối tượng và trung bình và tuổi cao nhất 98, cao hơn so với đối tượng nghiên cứu của chúng tôi, của Thân trọng Hưng (Bắc giang 2014) thực hiện ở bệnh nhân có tuổi trung bình 62,15 ± 17,4 và có 4/33 bệnh nhân có độ tuổi >80, tuổi cao nhất 82. Tôi cho rằng do nghiên cứu của chúng tôi sử dụng kim COPE được thực hiện ngay trong năm đầu tiên kể từ khi phương tiện ký thuật nên việc lựa chọn bệnh nhân có phần cân nhắc hơn.

Chúng tôi đã tiến hành sinh thiết màng phổi ở bệnh nhân tràn dịch có màu vàng chanh và màu đỏ, với lượng dịch chủ yếu ở mức trung bình và nhiều, chỉ có 4/36 bệnh nhân tràn dịch ít đã được chọc. So với nghiên cứu của và Thân trọng Hưng đã chọc sinh thiết ở 1/33 bệnh nhân tràn dịch mức độ ít. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi đã có 2 bệnh nhân tràn dịch ít đã được chọc sinh thiết 2 lần do lần đầu bệnh phẩm không đủ kích cỡ. Còn lại 34/36 bệnh chỉ cần chọc sinh thiết 1 lần chiếm tỷ lệ 94,9% không có bệnh nhân nào chọc 3, 4 lần, còn nghiên cứu của Vũ văn Vĩnh sinh thiết 1 lần chiếm 72,6%. Chúng tôi thấy sự khác biệt về số lần chọc sinh thiết/1 bệnh nhân có thể do nghiên cứu của Vũ Văn Vĩnh đã tiến hành ở nhiều bệnh nhân có lượng dịch ít nên cắt vào mô cơ vân nhiều hơn vì vậy cần chọc sinh thiết lần 2 và lần 3. Số mảnh màng phổi được cắt trong 1 lần chọc sinh thiết ở nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương nghiên cứu của Vũ văn Vĩnh, Không bệnh nhân nào cắt 1 mảnh mà đều cắt từ 2-4 mảnh cho 1 lần chọc sinh thiết. tuy nhiên chúng tôi có trung bình số mảnh là 3,28, còn Vũ văn Vĩnh là 2,96.

Với kỹ thuật thực hiện ở đối tượng nghiên cứu, chúng tôi cũng như các thủ thuật viên của các nghiên cứu tại Bắc Ninh, Bắc Giang đều không xảy ra tai biến nguy hiểm, chỉ tràn khí màng phổi mức độ ít chiếm tỷ lệ thấp (10,7%), tất cả đều không cần dẫn lưu khí. Nghiên cứu của Vũ văn Vĩnh tràn khí màng phổi ít 9,0%, của Thân trọng Hưng 9,1%. Tình trạng toàn thân của người bệnh trong và sau chọc chỉ choáng, không có bệnh nhân nào có tai biến nguy hiểm. Đặng Hùng Minh (2002) sinh thiết màng phổi bằng kim Castelain ở 47 bệnh nhân thì tỷ lệ tai biến là 7,5% trong đó tràn khí màng phổi là 5,7%, choáng 1,8%.

Mặc dù sinh thiết màng phổi mù nhưng kết quả là mảnh sinh thiết đã giúp chẩn đoán chính xác 19/23 (82,6%) bệnh nhân lao màng phổi và 8/11 (72,7%) bệnh nhân ung thư màng phổi. Độ phù hợp khi so sánh với kết luận chẩn đoán cuối cùng dựa nhận phản hồi từ khoa/viện chuyên ngành đạt 73.5%. Theo Mai Xuân Khẩn (2010), khi STMP bằng kim Abrams- loại kim cần rạch da dài hơn và chỉ được 1 lần cắt/1 lần chọc kim) ở 55 bệnh nhân TDMP với 68 lần sinh thiết đạt kết quả chẩn đoán mô bệnh là 85,4%, trong đó Lao: 34 bệnh nhân chiếm 61,8%, Ung thư: 13 bệnh nhân chiếm 23,6% Qua đó chúng tôi cho rằng kỹ thuật này có giá trị thực sự trong việc lấy bệnh phẩm để chẩn đoán mô bệnh cho bệnh nhân tràn dịch màng phổi.

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật sinh thiết màng phổi kín bặng kim COPE tại Bệnh viên Trung ương Thái Nguyên trong 1 năm đầu triển khai, chúng tôi thu thập được 36 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, trong đó nam 25 (tỷ lệ 69,4%), nữ 9 (30,6%), tuổi thấp nhất 19, cao nhất 75, tuổi trung bình 47,6 ± 21,3. Bệnh nhân có dịch chủ yếu mức độ trung bình và nhiều (88,9%), được sinh thiết 1 lần chiếm tỷ lệ 94,4%, với số mảnh sinh thiết trung bình là 3,28. Kết quả mô bệnh qua mảnh sinh thiết đã chẩn đoán chính xác bệnh lao 82,6% và ung thư màng phổi 72,7%. Mức độ

phù hợp so với kết luận chẩn đoán là 74%. Tai biến chung 13,3%, trong đó chỉ có tràn khí màng phổi ít và choáng nhẹ thoáng qua.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Khắc Bảo (2005).** " Giá trị sinh thiết màng phổi bằng kim xuyên da trong chẩn đoán nguyên nhân lao ung thư gây tràn dịch màng phổi". *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 3/2005
2. **Lê Ngọc Hưng, Ngô Thị Thúy Quỳnh (2012),** "Nghiên cứu hiệu quả sinh thiết màng phổi trong chẩn đoán tràn dịch màng phổi", *Tạp chí Y học thực hành*, 9, tr. 35 – 38
3. **Thân Trọng Hưng (2014)** "Giá trị của sinh thiết màng phổi bằng kim Castelain trong chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Giang" Luận văn chuyên khoa II, Đại học Y dược Thái Nguyên
4. **Mai Xuân Khẩn, Bùi Quang Việt (2010),** Nghiên cứu giá trị chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết bằng kim Abrams, Luận văn Thạc sỹ Y học, Học viện Quân y
5. **Đặng Hùng Minh (2002),** Hiệu quả sinh thiết màng phổi bằng kim Castelain dưới định vị của siêu âm trong chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi, Luận văn Thạc sỹ y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội
6. **Vũ Văn Vĩnh (2015)** "Kết quả sinh thiết màng phổi kín bằng kim sinh thiết Cope trong chẩn đoán nguyên nhân tràn dịch màng phổi dịch tiết tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh"Luận văn chuyên khoa II, Đại học Y dược Thái Nguyên
7. **Biswajit C., Ryland I., Sheard J. et al (2006)** "The role of Abrams Percutanous Pneural biopsy in the Investigation of Exudative Pneural Effusions " Chest.129 no 6 ; p 1549 - 1555

QUI TRÌNH KỸ THUẬT NẮN CHỈNH KÍN VÀ ĐÓNG ĐINH METAIZEAU ĐIỀU TRỊ GÃY KÍN THÂN XƯƠNG ĐÙI TRẺ EM

Nguyễn Thế Điệp*, Nguyễn Thái Sơn**

TÓM TẮT

Chúng tôi đã xây dựng qui trình nắn chỉnh kín và đóng đinh Metaizeau điều trị gãy kín thân xương đùi trẻ em dựa trên tham khảo các tài liệu về giải phẫu xương đùi trẻ, quy trình điều trị gãy xương đùi trẻ em bằng đinh Metaizeau của các tác giả trên thế giới. Từ tháng 10-2010 đến tháng 1 năm 2015, chúng tôi đã áp dụng quy trình này vào điều trị cho 47 bệnh nhân từ 6 đến 15 tuổi bị gãy kín thân xương đùi tại bệnh viện Xanh Pôn Hà Nội, bệnh viện Chấn thương Chỉnh hình Thành phố Hồ Chí Minh, bệnh viện Đại họcY Thái Bình. Qua nghiên cứu này chúng tôi thấy qui trình điều trị này thu được kết quả tốt trên các mặt liền xương và phục hồi chức năng.

Từ khóa: Đinh Metaizeau, đinh đàn hồi, gãy xương đùi trẻ em.

SUMMARY

TECHNICAL PROCESS OF MANIPULATION AND NAILED METAIZEAU FOR TREATMENT OF CLOSED FEMORAL FRACTURES IN THE CHILDREN

From October 2010 to January 2015, we have treated 47 peadiatric patients aged from 6-15 years old closed femoral shaft fractures was closed with Metaizeau nail at Saint-Paul hospital in Ha Noi, Trauma and Orthopedic hospital in Ho Chi Minh City, Thai Binh medical university hospital. This study we have better results on the bone union and rehabilitation.

Key word: Metaizeau nails, Flexible intramedullary nailing, Elastic stable intramedullary nailing, Femoral fracture in children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy kín thân xương đùi ở trẻ em là một tổn thương nặng thường gặp do nhiều nguyên nhân khác nhau như: tai nạn giao thông (TNGT), tai nạn sinh hoạt (TNSH), tai nạn thể thao (TNTT)… Điều trị gãy kín thân xương đùi trẻ em hiện nay chủ yếu vẫn là kéo nắn bó bột. Điều trị phẫu thuật kết xương nẹp vít được áp dụng đối với những trường hợp điều trị bảo tồn thất bại, gãy xương ở trẻ lớn di lệch nhiều khó nắn chỉnh bó bột hoặc đường gãy không vững. Phương pháp này bộc lộ những nhược điểm như: phải bóc tách cân cơ, cốt mạc làm tổn thương thêm phần mềm và tuần hoàn nuôi dưỡng của xương, bệnh nhân thường mất nhiều máu và vết mổ dễ nhiễm khuẩn, chậm liền xương, khớp giả. Kết hợp xương kín bằng đinh Metaizeau để điều trị gãy kín thân xương đùi trẻ em đã và đang được ứng

** Trường Đại học Y Dược Thái Bình*
***Bệnh viện Đức Giang, Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Điệp
Email: diepnguyentheytb@gmail.com
Ngày nhận bài: 29/10/2016
Ngày phản biện khoa học: 9/12/2016
Ngày duyệt bài: 19/12/2016

dụng ở nhiều nước trên thế giới. Tại Việt Nam, phương pháp này đã được ứng dụng trong vài năm trở lại đây đã mang lại kết quả tốt trên các mặt liền xương và phục hồi chức năng. Tuy nhiên, chưa có một nghiên cứu nào về qui trình kỹ thuật điều trị loại tổn thương này. Xuất phát từ thực tế đó chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm 2 mục tiêu sau:

1. Xây dựng qui trình kỹ thuật nắn chỉnh và kết xương kín điều trị gãy kín thân xương đùi trẻ em bằng đinh Metaizeau.

2. Từ kết quả thu được rút ra ưu nhược điểm của qui trình kỹ thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu gồm 47 bệnh nhân chẩn đoán gãy kín thân xương đùi do chấn thương, từ 6 - 15 tuổi được điều trị phẫu thuật kết hợp xương kín bằng đinh Metaizeau dưới màn tăng sáng tại khoa chấn thương chỉnh hình - Bệnh viện Xanh Pôn Hà Nội, khoa chỉnh hình nhi - Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình - Thành phố Hồ Chí Minh, khoa chấn thương - Bệnh viện Đại học Y Thái Bình từ tháng 10/2010 đến tháng 1/2015.

2. Xây dựng qui trình kỹ thuật: Dựa trên các tài liệu tham khảo trong và ngoài nước về kinh nghiệm và kết quả đóng đinh Metaizeau kín điều trị gãy kín thân xương đùi ở trẻ em. Dựa trên đặc điểm giải phẫu và sinh lý phát triển xương đùi trẻ em, cùng với kinh nghiệm đóng đinh Metaizeau, chúng tôi xây dựng qui trình điều trị gãy kín thân xương đùi ở trẻ bằng đinh Metaizeau. Điều kiện trang thiết bị cần có: máy C- arm, bàn mổ chỉnh hình, đinh Metaizeau và các dụng cụ dùng để đóng đinh.

Các bước thực hiện qui trình

*** Bước 1: Lựa chọn bệnh nhân.**

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Tuổi từ 6 - 15, gãy kín thân xương đùi loại A và B theo phân loại của AO. Thời gian từ khi gãy xương đến khi nắn chỉnh là ≤ 15 ngày.

Giải thích cho người nhà về qui trình và phương thức điều trị, tai biến biến chứng có thể xảy ra để gia đình bệnh nhân yên tâm, có sự phối hợp tốt trong điều trị.

*** Bước 2: Chuẩn bị.**

- Phương tiện: Máy C - arm, bộ dụng cụ phẫu thuật, đinh Metaizeau đường kính 3mm dài 440mm và 4mm dài 440mm.
- Đo kích thước ống tủy tại vị trí 1/3 giữa thân xương đùi trên 2 bình diện thẳng và nghiêng.
- Người bệnh: Vệ sinh thụt tháo, nhịn ăn uống, dùng kháng sinh dự phòng.
- Hồ sơ bệnh án theo qui định.

*** Bước 3: Tiến hành phẫu thuật.**

- Bệnh nhân được gây mê nội khí quản hoặc gây tê tủy sống.
- Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, kéo trên bàn chỉnh hình, chân gãy kéo song song với trục cơ thể, chân lành giạng khoảng 70^0, C-arm nền đặt giữa hai chân.
- Sát khuẩn từ mào chậu đến cổ chân. Trải săng vô khuẩn, bộc lộ phẫu trường từ khớp háng đến khớp gối.
- Xác định điểm vào ống tủy trên sụn tiếp hợp 2cm.
- Rạch da từ vị trí điểm vào kéo xuống phía lồi cầu đùi 1 - 2 cm ở mặt trong và mặt ngoài đầu dưới xương đùi.
- Dùng pince cong tách cân cơ đến sát xương.
- Đặt mũi dùi từ mép trên vết mổ (nhằm mục đích khi đóng đinh không làm bầm dập vết mổ), dùi tạo đường vào ống tủy chếch 45^0 ở ngoài và trong.
- Luồn đinh phía ngoài (đinh thứ nhất) đến cách ổ gãy 1cm. Dưới C-arm tiến hành nắn chỉnh ổ gãy về giải phẫu. Nếu:

+ Gãy 1/3 trên: Đẩy đoạn gãy trung tâm ra sau vào trong, đoạn gãy ngoại vi ra ngoài.

+ Gãy 1/3 giữa: Đẩy đoạn gãy trung tâm ra sau vào trong, đoạn gãy ngoại vi ra ngoài.

+ Gãy 1/3 dưới: Đẩy đoạn gãy trung tâm ra sau và ra ngoài, đoạn gãy ngoại vi ra trước.

Tiếp tục luồn đinh qua ổ gãy khoảng 5 cm thì dừng lại.

- Luồn đinh phía trong (đinh thứ 2) với kỹ thuật tương tự, khi đinh thứ 2 qua ổ gãy thì dừng lại. Đóng đinh thứ nhất đến vùng hành xương mấu chuyển lớn cố định, đinh thứ 2 đến vùng mấu chuyển bé cố định.
- Kiểm tra lại ổ gãy dưới C-arm theo hai bình diện thẳng và nghiêng.
- Cắt đinh, khâu da.

*** Bước 4: Điều trị sau phẫu thuật.**

- Thay băng sau 24 giờ.
- Hướng dẫn tập vận động khớp gối, khớp háng và cổ chân từ ngày thứ 2 sau mổ. Tập tỳ lên chân gãy từ tuần thứ 3 sau mổ đối với gãy ngang, tuần thứ 6 đối với gãy xoắn, gãy chéo vát, gãy có mảnh rời.
- Dùng kháng sinh dự phòng trước trong và sau mổ kết hợp thuốc giảm đau, giảm nề.
- Cho bệnh nhân xuất viện khi toàn trạng ổn định, không sốt, vết mổ khô, Xquang kiểm tra sau mổ đạt yêu cầu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Tỷ lệ bệnh nhân theo tuổi và giới (n=47)

Giới / Tuổi	Nam		Nữ		Cộng	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
6 - 10	19	61,3	8	50	27	57,4
11 - 15	12	38,7	8	50	20	42,6
Cộng	31	66	16	34	47	100

Tỷ lệ gãy kín xương đùi ở trẻ em nam gặp nhiều hơn nữ (nam: 68,1%, nữ: 31,9%). Tuổi nhỏ nhất là 6 tuổi, lớn nhất 15 tuổi. Tuổi trung bình: 10,43 tuổi.

Bảng 2. Vị trí gãy xương đùi (n=47)

Vị trí gãy xương	Chân gãy				Cộng	
	Chân P		Chân T			
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
1/3T	10	41,7	5	21,7	15	31,9
1/3G	13	54,2	17	73,9	30	63,8
1/3D	1	4,2	1	4,3	2	4,3
Cộng	24	51,1	23	48,9	47	100

Gãy thân xương đùi trẻ em chủ yếu gặp gãy ở vị trí 1/3G chiếm 63,8%, 1/3T chiếm 31,9% và gãy 1/3D chiếm 4,3%.

- Nguyên nhân gãy xương: TNGT: 57,5%. TN sinh hoạt : 34%, Do ngã cao : 6,4%, TN thể thao 2,1%.

Bảng 3. Phân loại theo gãy xương theo AO (n=47)

Hình thái / Vị trí	Kiểu A3	Kiểu A2	Kiểu B1	Kiểu A1	Cộng
1/3T	4 (21,1%)	6 (37,5%)	2 (33,3%)	3 (50%)	15 (31,9%)
1/3G	13 (68,4%)	10 (62,5%)	4 (66,7%)	3 (50%)	30 (63,8%)
1/3D	2 (10,5%)	0	0	0	2 (4,3%)
Cộng	19 (40,4%)	16 (34%)	6 (12,8%)	6 (12,8%)	47 (100%)

Bệnh nhân được kết xương kín bằng đinh Metaizeau chủ yếu gãy thân xương đùi kiểu A3 (40,4%) và nhóm kiểu A2 (34%), gãy kiểu B1 chiếm 12,8% và kiểu A1 chiếm 12,8%.

2. Qui trình kỹ thuật.

Tất cả 47 bệnh nhân được nắn chỉnh và kết xương kín dưới màn tăng sáng theo qui trình đã chọn. Không có trường hợp nào nắn chỉnh thất bại phải mở ổ gãy.

IV. BÀN LUẬN

1. Kỹ thuật nắn chỉnh và kết xương

*** Kỹ thuật nắn chỉnh ổ gãy:** Sau khi kéo chân trên bàn chỉnh hình, kiểm tra ổ gãy dưới màn tăng sáng. Tùy theo vị trí gãy và kiểu di lệch, người phụ tiến hành nắn chỉnh ổ gãy. Nếu:

+ Gãy 1/3 trên: Đẩy đoạn gãy trung tâm ra sau vào trong, đoạn gãy ngoại vi ra ngoài.

+ Gãy 1/3 giữa: Đẩy đoạn gãy trung tâm ra sau vào trong, đoạn gãy ngoại vi ra ngoài.

+ Gãy 1/3 dưới: Đẩy đoạn gãy trung tâm ra sau và ra ngoài, đoạn gãy ngoại vi ra trước.

**** Tạo đường vào ống tủy:*** Tạo đường vào ống tủy có vai trò rất quan trọng, nó quyết định sự thành công hay thất bại của phẫu thuật. Vì nếu đường vào sai đinh sẽ đi ra ngoài ống tủy, vỡ thành xương hoặc xuyên thủng thành xương đối diện. Hướng đường vào phải chếch 45^0 so với trục xương đùi để đinh có thể trượt trong ống tủy, tránh đầu đinh ghim vào thành xương cứng đối diện hoặc làm thủng thành xương cứng đối diện. Trong lô nghiên cứu này chúng tôi không gặp trường hợp nào bị vỡ thành xương đối diện.

*** Vị trí gãy:** Gãy 1/3T, 1/3G, 1/3D đều ứng dụng được kỹ thuật kết xương kín ngược dòng bằng 2 đinh Metaizeau để đạt được một cấu trúc kết xương vững chắc nhất với hai đường cong đối lập theo nguyên lý 3 điểm tỳ. Những trường hợp còn di lệch mở góc sau nắn chỉnh, đóng thêm đinh thứ 3 để chỉnh sửa di lệch mở góc.

2. Qui trình kỹ thuật

Đây là một qui trình kỹ thuật điều trị gãy kín thân xương đùi trẻ em có độ an toàn cao, dễ ứng dụng ở những cơ sở y tế có điều kiện về phương tiện như màn tăng sáng, bàn kéo nắn chỉnh hình. Kỹ thuật nắn chỉnh đơn giản, kết xương vững chắc nhưng vẫn tạo ra chuyển động nhỏ tại ổ gãy có tác dụng kích kích liền xương

nhanh thông qua việc phát triển tối đa can ngoại vi. Làm giảm đến mức tối thiểu rối loạn phát triển xương sau gãy xương. Như vậy, đinh Metaizeau thực sự là một phương pháp, một phương tiện ngày càng được ứng dụng trong điều trị gãy xương đùi trẻ em.

V. KẾT LUẬN

1. Qui trình kỹ thuật

Đây là một qui trình kỹ thuật điều trị gãy kín thân xương đùi trẻ em có độ an toàn cao, dễ ứng dụng ở những cơ sở y tế có điều kiện về phương tiện như màn tăng sáng, bàn mổ chỉnh hình.

2. Ưu nhược điểm của qui trình kỹ thuật

*** Ưu điểm**: Qui trình kỹ thuật đơn giản, dễ hiểu, dễ ứng dụng ở những cơ sở y tế có điều kiện về phương tiện như màn tăng sáng, bàn kéo nắn chỉnh hình.

*** Nhược điểm:** Chỉ áp dụng cho gãy kín thân xương đùi trẻ em. Kỹ thuật này đòi hỏi những phương tiện và dụng cụ chuyên dụng đi kèm như: màn tăng sáng, bàn chỉnh hình, kìm khóa, tay cầm chữ T. Nếu thiếu dụng cụ thì thực hiện kỹ thuật sẽ gặp khó khăn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Tấn Lãm, Vũ Huyền Trinh, Phan Đức Minh Mẫn, (2007**), "Điều trị gãy thân xương đùi trẻ em bằng đinh nội tủy Rush dưới màn tăng sáng", *Y học thành phố Hồ Chí Minh,* 11(1), tr. 472-476.
2. **Phạm Kim Thiên Long (2000),** "Điều trị gãy thân xương đùi ở trẻ em bằng đinh nội tủy Rush dưới màn tăng sáng", *Thời sự Y dược học, tr. 119 - 120.*
3. **Nguyễn Thái Sơn (2003),** "Đinh Metaizeau và các khả năng ứng dụng trên lâm sàng", *Hội nghị khoa học hội Chấn thương chỉnh hình toàn quốc lần thứ III, tr. 66 - 67.*
4. **Vũ Huyền Trinh (2007),** "Phân tích nguyên nhân thành công và thất bại trong kỹ thuật đóng đinh Rush thân xương đùi trẻ em dưới màn tăng sáng". *Đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở. Bệnh viện chấn thương chỉnh hình TP. Hồ Chí Minh*.
5. **Dietz H.G et al (1997),** "Titanium Elastic nail system technique guide", *Synthes - Original instruments and implants of the association for the study of internal fixation – AO/ ASIF.*
6. **Metaizeau J.D, Pierre Lascombes (2010**), "Femoral fracture, Flexible intramedullary nailing in children", *Springer-Verlag Berlin Heidelberg,* p. 197-230.
7. **David L.S John M.F (2010),** "Femoral shaft fractures. Fractures in childrens", *Rockwood and Wilkins Fractures in Children,*7, p. 798-838.

SIÊU ÂM ĐO KHOẢNG CÁCH TỪ DA ĐẾN MỎM NGANG – MÀNG PHỔI VÀ CHIỀU DÀI THỰC TẾ KIM TUOHY TRONG GÂY TÊ CẠNH CỘT SỐNG NGỰC

Nguyễn Hồng Thủy*, Nguyễn Quốc Anh*, Nguyễn Quốc Kính, Nguyễn Xuân Hiền***

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh khoảng cách từ da đến mỏm ngang, lá thành màng phổi trên siêu âm với độ dài thực tế của kim Tuohy đến mỏm ngang và khoang cạnh cột sống ngực (CCSN) khi gây tê CCSN. ***Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:*** thử nhiệm lâm sàng trên 35 mổ thận, niệu quản tại khoa gây mê Bệnh viện Bạch Mai, từ tháng 10/2014 đến 5/2015. Siêu âm đo độ sâu từ da đến mỏm ngang, lá thành màng phổi và chiều dài thực tế của kim Tuohy đến mỏm ngang và khoang CCSN tại T_6-T_9. ***Kết quả:*** Tuổi trung bình của BN là 50±13,22 tuổi, chỉ số BMI trung bình là 20,8±2,65 kg/m^2. Khoảng cách từ da đến mỏm ngang theo mặt cắt ngang của siêu âm là 2,25±0,604 cm và chiều dài thực tế kim Tuohy là 2,66±0,63 cm và hai khoảng cách này có mối tương quan chặt với hệ số tương quan r=0,979 (p<0,05). Khoảng cách từ da đến lá thành màng phổi (3,62±0,682cm) và chiều dài thực tế kim Tuohy đến khoang CCSN (4,10±0,703 cm) cũng có mối tương quan chặt với r=0,937 (p<0,05). Vị trí chọc kim tại T_8 chiếm tỷ lệ cao nhất (54,1%), tỉ lệ chọc thành công ngay lần đầu là 94,3% và thành công của gây tê là 100%. Không có trường hợp nào xảy ra tai biến thủng màng phổi, tỷ lệ chọc vào mạch máu là 2,8%. ***Kết luận:*** Siêu âm khoang cạnh cột sống ngực theo mặt cắt ngang cung cấp các chỉ số đáng tin cậy giúp ích cho việc thực hiện gây tê CCSN thành công cao và an toàn cho Bệnh nhân, tránh được nguy cơ đâm thủng màng phổi và tràn khí màng phổi.

Từ khoá: Siêu âm, Khoang cạnh cột sống ngực, Phẫu thuật thận-niệu quản.

** Bệnh viện Bạch Mai*
*** Bệnh việt Việt Đức*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Thủy
Email: drthuy71@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 3.10.2016
Ngày phản biện khoa học: 20.12.2016
Ngày duyệt bài: 30.12.2016

SUMMARY

ULTRASOUND MEASURE THE DISTANCE FROM MOM TO HORIZONTAL DA - PLEURAL KIM AND ACTUAL LENGTH TUOHY COMPETITION IN ANAESTHESIA THORACIC SPINE

Objective: To compare the distance from the skin to the transverse process, to the parietal pleural on ultrasound with the actual depth of the needle Tuohy to the transverse process and and to paravertebral space in thoracic paravertebral block. ***Subjects and Methods***: clinical trial on 35 patients of kidney-ureter surgery in anesthesia recovery room at Bach Mai Hospital from 10/2014 to 5/2015. Ultrasound to measure depth from skin to transverse process, to parietal pleural and the actual depth of the needle Tuohy at T_6-T_9 to transverse process and to paravertebral space. ***Results***: The mean age of patients was 50±13,22 years, BMI was average at 20,8±2,65 kg/m^2. Distance from the skin to transverse process of 2,25±0,604cm on ultrasound and actual depth of the needle Tuohy was 2,66±0,63cm and they are correlated with correlation coefficient r=0,979 (p<0,05). Distance from the skin to parietal pleural (3,62±0,682cm) and the actual depth of Tuohy needle to paravertebral space (4,10±0,703cm) also correlated with r=0,937 (p<0,05). The insertion point located at the level of T_8 is high percentage (54,1%); and the rate of successful first attempt is 94,3% and the the success of anesthesia was 100%. There is no cases of pleural puncture in the study, the rate of vascular puncture was 2,8%. ***Conclusion***: Ultrasound imaging of thoracic paravertebral space with transverse transducer position to provide reliable indicators useful for performing anesthesia highly successful and safe for the patient, help avoid inadvertent pleural puncture and pneumothorax.

Key words: Ultrasound, Thoracic paravertebral space, Kidney-ureter surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gây tê cạnh cột sống là một trong những phương pháp lâu đời nhất của gây tê vùng được sử dụng cách đây hơn một thế kỷ. Hugo Sellheim ở Leipzig (1905) là người đi tiên phong trong lĩnh vực gây. Sau khi công bố ban đầu, kỹ thuật gây tê này đã bị quên lãng cho đến tận năm 1979, khi Eason và Wyatt nhìn lại kỹ thuật gây tê CCSN và tái hiện lại tính hấp dẫn *"lợi ích mới từ kỹ thuật cũ"* bằng cách mô tả một kỹ thuật đặt catheter vào khoang CCSN. Kết quả của gây tê CCSN là làm phong bế thần kinh vận động, cảm giác và thần kinh giao cảm giao ở 1 bên cơ thể. Hiệu quả giảm đau của tê CCSN được đánh giá là tương tương với giảm đau ngoài màng cứng nhưng có ưu điểm về kỹ thuật là dễ làm hơn, tỷ lệ thành công cao và ít tác dụng phụ hơn. Hiệu quả giảm đau và tính an toàn của nó còn phụ thuộc vào kỹ thuật gây tê và kinh nghiệm của người làm gây tê [1],[2]. Kỹ thuật vào khoang CCSN bao gồm các phương pháp cổ điển mang tính bước ngoặt như kỹ thuật mất sức cản, kích thích thần kinh. Các phương pháp này gặp khó trong việc xác định khoảng cách từ da đến các mốc giải phẫu là rất khác nhau và kỹ thuật mất sức cản đôi khi khó cảm nhận được. Gây tê CCSN dưới hướng dẫn siêu âm có nhiều ưu điểm vượt trội làm tăng tỷ lệ thành công và tính an toàn của kỹ thuật gây tê này do nhìn rõ các mốc giải phẫu, đường đi của kim và sự lan truyền của thuốc tê [3],[4]. Tại Bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi áp dụng siêu âm khoang CCSN theo mặt cắt ngang trước khi tiến hành gây tê với mục tiêu: "So sánh khoảng cách từ da đến mỏm ngang, đến lá thành màng phổi trên siêu âm với độ dài thực tế của kim Tuohy đến mỏm ngang và khoang CCSN", từ đó làm tiền đề cho những nghiên cứu sâu hơn và mang lại sự an toàn cho Bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu*:* 35 BN được gây tê CCSN dưới hướng dẫn siêu âm để giảm đau sau mổ thận - niệu quản tại Khoa Gây mê Hồi sức Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10/2014 đến 05/2015.

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

• BN được mổ phiên thận và niệu quản một bên với đường mổ sườn lưng, trắng bên, dưới sườn.

• Tuổi trên 16, không phân biệt giới tính, đồng ý hợp tác nghiên cứu

• Thể trạng toàn thân ASA I – II và độ suy thận ≤ 2.

• Gây mê NKQ và dự kiến rút NKQ tại phòng mổ hoặc phòng hồi tỉnh

• Không có chống chỉ định của gây tê cạnh cột sống ngực và thuốc tê

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

• Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

• Bệnh nhân mổ thận, niệu quản hai bên

• Bệnh nhân có tiền sử và hiện tại có mắc các bệnh thần kinh hay tâm thần.

• Tình trạng sức khỏe trước mổ nặng (ASA III, IV), có các bệnh lý kèm theo như bệnh tim phổi nặng, suy gan nặng, suy thận độ 3, 4.

• Có tiền sử nghiện hoặc phụ thuộc opioid và có chống chỉ định của gây tê cạnh cột sống ngực

2. Phương pháp nghiên cứu:

2.1. Thiết kế nghiên cứu: thử nghiệm lâm sàng.

2.2. Các bước tiến hành:

- Cách thức chọn BN: 35 BN có chỉ định mổ thận-niệu quản và đủ tiêu chuẩn được chọn ngẫu nhiên theo phần đối tượng nghiên cứu.

- Tiến hành giảm đau sau mổ: sau khi BN tỉnh và đã rút ống NKQ, điểm VAS>4.

** Các chỉ số theo dõi đánh giá trong nghiên cứu*

✓ Các chỉ tiêu chung: tuổi, giới, chiều cao, cân nặng, BMI.

✓ Liên quan tới gây tê:

- Đo khoảng cách từ da đến mỏm ngang trên siêu âm
- Đo độ dài thực tế từ da đến mỏm ngang của kim Tuohy
- Đo khoảng cách từ da đến lá thành màng phổi trên siêu âm.
- Đo độ dài thực tế từ da đến khoang CCSN của kim Tuohy.
- Vị trí chọc kim, bên gây tê, số lần thay đổi hướng kim, số lần chọc.

✓ Hiệu quả gây tê.

✓ Các tác tai biến sau gây tê: chọc vào mạch máu, thủng màng phổi, đau vết chọc, nhiễm trùng khoang CCSN…

2.3. Phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 19.0.

III. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	X ± SD	Min - Max
Tuổi BN (năm)	50 ± 13,22	17 - 70
Cân nặng (kg)	52 ± 8,89	35 - 78
Chiều cao (cm)	157 ± 5,78	147 – 170
BMI (kg/m^2)	20,8 ± 2,65	15,56 - 27,31

Nhận xét: Tuổi trung bình là 50 (17-70 tuổi), chỉ số cân nặng cơ thể trung bình là 20,8 (15,5 -27,5).

2. Khoảng cách từ da đến mỏm ngang, lá thành màng phổi trên siêu âm và chiều dài thực tế của kim Tuohy đến mỏm ngang và đến khoang CCSN.

Bảng 2: Khoảng cách từ da đến mỏm ngang, lá thành màng phổi trên siêu âm và chiều dài thực tế của kim Tuohy đến mỏm ngang và đến khoang CCSN (cm).

	X ± SD	Min - Max	r	p
Khoảng cách da- mỏm ngang trên siêu âm (cm)	2,25 ± 0,604	1 - 3,2	0,979	<0,05
Chiều dài thực tế của kim Tuohy da – mỏm ngang (cm)	2,66 ± 0,63	1,5 – 3,5		
Khoảng cách da-lá thành màng phổi trên siêu âm (cm)	3,62 ± 0,682	2,4 – 4,8	0,937	<0,05
Chiều dài thực tế của kim Tuohy da-khoang CCSN(cm)	4,10 ± 0,703	2,8 – 5,5		

Nhận xét: Chiều dài thực tế của kim Tuohy đến mỏm ngang dài hơn khoảng cách từ da đến mỏm ngang trên siêu âm và hai khoảng cách này có mối tương quan chặt với hệ số tương quan r=0,979 (p<0,05). Chiều dài thực tế của kim Tuohy đến khoang CCSN lớn hơn khoảng cách da - lá thành màng phổi trên siêu âm và hai khoảng cách này có mối tương quan chặt với hệ số tương quan r=0,937 với p<0,05.

3. Một số vấn đề liên quan tới gây tê cạnh cột sống ngực

Bảng 3: Một số vấn đề liên quan đến gây tê cạnh cột sống ngực

	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí chọc kim		
T_6	1	2,9%
T_7	7	20,0%
T_8	18	51,4%
T_9	9	25,7%
Bên gây tê		
Bên phải	20	57,1%
Bên trái	15	42,9%
Số lần thay đổi hướng kim		
0 lần	31	88,6%
1 lần	4	11,4%
Số lần chọc kim		
1 lần	33	94,3%
2 lần	2	5,7%
Hiệu quả gây tê		
Thành công	35	100%
Thất bại	0	0%

Nhận xét: Vị trí gây tê chủ yếu tại T_8 chiếm tỷ lệ 51,4%. Tỷ lệ gây tê thành công khi gây tê lần đầu chiếm tỷ lệ khá cao là 94,3%.

4. Các tai biến liên quan tới gây tê cạnh cột sống ngực

Chọc vào mạch máu gặp 01 BN, chiếm tỷ lệ 2,85%. Các biến chứng khác của gây tê CCSN không gặp trong nghiên cứu này.

VI. BÀN LUẬN

1. Đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN có tuổi nhỏ nhất là 17 tuổi, lớn nhất là 70 tuổi, độ tuổi trung bình là 50±13,2. Trong nghiên cứu của các tác giả nước ngoài có độ tuổi cao hơn như Pusch F trên 22 phụ nữ phẫu thuật một bên vú, tuổi trung bình 57,7 (46 -75) [5]; tác giả Marhofer P, gây tê CCSN dưới hướng dẫn ở 22 BN mổ ung thư vú có độ tuổi trung bình là 58 (41-74) [6]; với Stéphane L trên 48 BN đốt sóng cao tần khối u thận có tuổi trung bình là 69 (56-81) [7]. Luyet C trên BN mổ nội soi lồng ngực có tuổi trung bình là 55 (21-77). Chỉ số cân nặng cơ thể trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình là 20,8 kg/m^2 (15,5 -27,5); thấp hơn các giả nước ngoài như Marhofer P, chỉ số cân nặng cơ thể trung bình là 24,8 (18,4-36,3) [6]. Theo Naja MZ, BMI trung bình là 27,8±5,8 kg/m^2 và chỉ số cân nặng cơ thể có ảnh hưởng đến độ sâu của kim đến khoang CCSN.

2. Liên quan tới gây tê cạnh cột sống ngực dưới hướng dẫn siêu âm

2.1. Khoảng cách từ da đến mỏm ngang trên siêu âm và chiều dài thực tế của kim Tuohy

Trong nghiên cứu của chúng tôi, khoảng cách từ da đến mỏm ngang đo trên siêu âm tại vị trí từ T_6-T_9 trung bình là 2,25±0,604 cm, khoảng cách này thấp nhất là 1 cm và cao nhất là 3,2 cm. Theo nghiên cứu của Pusch F tiến hành gây tê CCSN trên 22 phụ nữ mổ một bên vú. Siêu âm theo trục cắt ngang với đầu dò thẳng có tần số 7,5 MHz tại T_4. Khoảng cách từ da đến mỏm ngang đo trên siêu âm là 2,1 cm (0,9–3,4 cm) [5]. Theo tác giả Hara K gây tê CCSN dưới hướng dẫn siêu âm trên 25 BN phẫu thuật vú 1 bên. Siêu âm theo trục quét dọc với đầu dò thẳng có tần số 3-11 MHz tại T_1 và T_4, khoảng cánh từ da đến mỏm ngang trên siêu âm tại T_1 là 2,7 cm (1,8 - 4,1) và tại T_4 là 2 cm (1,2 -2,8 cm). Chiều dài thực tế của kim từ da vào đến mỏm ngang đã được một số tác giả nghiên cứu trên lâm sàng. Khi thực hiện gây tê CCSN trên BN mổ thận- niệu quản, chúng tôi tiến hành đo khoảng cách thực tế từ da đến mỏm ngang trên kim Tuohy. Kết quả chiều dài của kim từ da đến mỏm ngang tại vị trí từ T_6-T_9 trung bình là 2,66±0,63 cm; khoảng cách này thấp nhất là 1,5 cm và cao nhất là 3,5 cm. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Pusch F, chiều dài của kim từ da đến mỏm ngang tại T_4 là 2,5 cm (1,5-3,8 cm) [5]. Theo tác giả Hara K, chiều dài của kim từ da đến mỏm ngang tại T_1 sâu hơn, trung bình là 3,2 cm (2-4,5 cm) và tại T_4 là 2,3 cm (1,5-3 cm). Khi so sánh hai khoảng cách (từ da đến mỏm ngang trên siêu âm và chiều dài thực tế của kim Tuohy đến mỏm ngang), chúng tôi nhận thấy khoảng cách đo trên siêu âm luôn thấp hơn chiều dài thực tế của kim và hai khoảng cách này có mối tương quan chặt với hệ số tương quan r=0,979. Kết quả này phù hợp với kết quả của Pusch F: khoảng cách từ da đến mỏm ngang trên siêu âm thấp hơn chiều dài thực tế của kim Tuohy trung bình là 4 mm (1-7mm) và hai khoảng cách này có mối tương quan chặt với r=0,974 [5].

2.2. Khoảng cách từ da đến màng phổi trên siêu âm và chiều dài của kim Tuohy đến khoang CCSN.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, khoảng cách từ da đến lá thành màng phổi đo trên siêu âm tại vị trí từ T_6-T_9 trung bình là 3,62±0,682 cm; khoảng cách này thấp nhất là 2,4 cm và cao nhất là 4,8 cm. Tác giả Marhofer P gây tê CCSN dưới hướng dẫn siêu âm ở 22 BN mổ ung thư vú. Siêu âm trục quét ngang với đầu dò thẳng có tần số 6-15 MHz tại hai điểm T_3 và T_6, khoảng cách từ da đến lá thành màng phổi tại T_3 là 3,1 cm (2,4-4,6 cm) và T_6 là 3,2 cm (2,4-4,9 cm) [6]. Theo tác giả Hara K, khoảng cách từ da đến lá thành màng phổi tại T_4 là 3,1 cm (2,3-4,1 cm).

Độ sâu của kim gây tê từ da vào đến khoang CCSN đã được một số tác giả nghiên cứu trên lâm sàng. Ở đốt ống ngực, khoảng cách này trung bình là 4-6 cm. Trong nghiên cứu của chúng tôi trên BN mổ thận- niệu quản, chúng tôi tiến hành đo khoảng cách thực tế từ da vào đến khoang CCSN trên kim Tuohy. Sau khi hoàn tất việc luồn catheter vào khoang CCSN, chúng tôi đánh dấu vị trí tiếp xúc với da của kim Tuohy, sau khi rút kim ra tiến hành đo với thước có vạch chia centimet. Kết quả chiều dài thực tế của kim Tuohy tại T_6-T_9 trung bình là 4,10±0,703 cm,

ngắn nhất là 2,8 cm và dài nhất là 5,5 cm. Kết quả của chúng tôi tương đương với tác giả Pusch F, thực hiện gây tê tại vị trí T_4, chiều dài thực tế của kim là 4 cm (2,4-5,6 cm) [5]. Tác giả Hara K thực hiện gây tê CCSN trên BN mổ vú cho thấy chiều dài kim thực tế tại T_1 sâu hơn, trung bình là 4,6 cm (2,8-6 cm) và tại T_4 nông hơn, trung bình là 3,6 cm (2,5-4,5 cm). Kết quả này sâu hơn so với Marhofer P, chiều dài của kim gây tê từ da vào đến khoang CCSN tại T_3 là 3 cm (2,3-4,1 cm) và T_6 là 3 cm (2,3-4,8 cm) [6]. Kết quả độ sâu của kim trong nghiên cứu của chúng tôi nông hơn so với một số tác giả nước ngoài khác. Tác giả Stephane L trên 48 BN đốt sóng cao tần khối u thận khoảng cách này sâu hơn, tại T_9 là 4,9 cm (3,9-6,1 cm) và T_{11} là 5,2 cm (4,4-6,2 cm), nhưng không có sự khác nhau giữa về độ sâu giữa hai vị trí gây tê ($p>0,05$) [7]. Ở trẻ em có thể ước tính chiều dài của kim đến khoang CCSN theo công thức: [21,2 + 0,53x P (kg)] mm [1],[6]. Khi so sánh hai khoảng cách từ da đến lá thành màng phổi trên siêu âm và chiều dài thực tế của kim Tuohy đến khoang CCSN, chúng tôi nhận thấy khoảng cách từ da đến lá thành màng phổi trên siêu âm luôn thấp hơn chiều dài thực tế của kim đến khoang CCSN và hai khoảng cách này có mối tương quan chặt với r=0,937. Theo nghiên cứu Pusch F, khoảng cách từ da đến lá thành màng phổi trên siêu âm thấp hơn chiều dài thực tế của kim Tuohy đến khoang CCSN trung bình là 4 mm (1-7 mm) và hai khoảng cách này có mối tương quan chặt với r=0,959 [5].

2.3. Một số vấn đề khác liên quan tới gây tê cạnh cột sống ngực

Hiệu quả gây tê thành công 100% (35/35) trong nghiên cứu của chúng tôi, đáp ứng tốt nhu cầu giảm đau sau mổ cho BN. Kết quả của chúng tôi phù hợp với kết quả của Hara K, gây tê CCSN dưới hướng dẫn siêu âm trên 25 BN mổ vú, hiệu quả thành công là 100% và của Pusch F, hiệu quả thành công 95,4% trên 22 BN mổ vú [5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 33 trường hợp gây tê thành công trong lần chọc kim đầu tiên, chiếm tỷ lệ 94,3%; có 2 trường hợp rút kim ra khỏi da và tiến hành chọc lại kim lần 2 (5,7%). Vị trí gây tê CCSN trong nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại các vị trí từ T_6 đến T_9, đa số các trường hợp gây tê ở vị trí đốt sống ngực T_8, chiếm tỷ lệ 51,4%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, việc gây tê lần đầu chính xác mà không thay đổi hướng kim là 31 trường hợp (chiếm 88,6%), trong khi có 4 trường hợp phải đổi hướng kim một lần (chiếm 11,4%). Về bên gây tê, chúng tôi thực hiện tê CCSN bên phải 20 trường hợp (57,1%) và bên trái 15 trường hợp (42,9%), giữa hai bên không có sự khác nhau về độ sâu của kim Tuohy đến khoang CCSN với $p>0,05$.

3. Tai biến gây tê

Trong kết quả nghiên cứu, chúng tôi gặp 01 trường hợp chọc vào mạch máu (2,85%) nhưng không để lại di chứng và các tai biến khác chưa gặp trong nghiên cứu này (thủng màng phổi, tràn khí màng phổi, tụ máu…). Điều này thật sự có ý nghĩa khi tiến hành siêu âm xác định vị trí gây tê, cũng như tiên đoán khoảng cách từ da vào đến các mốc giải phẫu của khoang CCSN như mỏm ngang, lá thành màng phổi sẽ giúp cho người thực hiện thủ thuật an toàn và tránh được nguy cơ thủng màng phổi và tràn khí màng phổi. Tác giả Hara K gây tê CCSN dưới hướng dẫn siêu âm trên 25 bệnh nhân mổ vú 1 bên, ông nhận thấy không có tai biến thủng màng phổi hay các biến chứng khác liên quan trực tiếp đến việc gây tê khi sử dụng siêu âm hổ trợ gây tê CCSN. Theo Naja Z nghiên cứu các biến chứng sau khi gây tê CCSN và thắt lưng ở 682 BN với kỹ thuật không phải siêu âm (640 người lớn, 42 trẻ em) và quan sát thấy các biến chứng có tần suất sau: tỷ lệ thất bại 6,1%, chọc vào mạch máu 6,8%, tụ máu tại điểm chọc 2,4%, đau tại vị trí chọc 1,3%, thủng màng phổi 0,8%, tràn khí màng phổi 0,5%, lan vào khoang dưới nhện hoặc vào khoang ngoài màng cứng 1% [2].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu siêu âm khoang CCSN trên 35 BN mổ thận-niệu quản, chúng tôi nhận thấy việc đánh giá bằng siêu âm khoang CCSN theo mặt cắt ngang đã cung cấp thông tin đáng tin cậy, giúp cho việc tiến hành gây tê CCSN có tỷ lệ thành công cao và an toàn, tạo cảm giác thoải mái cho Bệnh nhân. Có một mối liên quan chặt chẽ giữa khoảng cách từ da đến mỏm ngang trên siêu âm và chiều dài thực tế của kim Tuohy đến mỏm ngang, cũng như mối liên quan chặt giữa khoảng cách từ da đến màng phổi với chiều dài thực tế của kim Tuohy đến khoang CCSN. Siêu âm giúp xác định chính xác vị trí chọc kim, hướng xuyên kim và ước lượng khoảng cách từ da đến mỏm ngang, đến lá thành màng phổi, từ đó có thể ước lượng khoảng cách từ da đến khoang CCSN và chiều sâu tối đa của kim Tuohy khi thực hiện gây tê, điều đó góp phần tránh tai

biến đâm thủng màng phổi và hạn chế nguy cơ tràn khí màng phổi. Ngày nay, gây tê vùng được sử dụng nhiều để giảm đau sau mổ, đặc biệt khi có sự hỗ trợ của siêu âm và siêu âm làm tăng hiệu quả, tăng tính an toàn cho gây tê vùng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Karmakar M (2001**). Thoracic Paravertebral Block. *Anesthesiology*; 95, 771 - 780.
2. **Andreas Vogt (2013).** Paravertebral block. A new standard for perioperative analgesia. *Trends in Anaesthesia **and Critical Care*; 3, 331 - 335.**
3. **Andreas Vogt (2011).** Review about ultrasounds in paravertebral blocks. *European Journal of Pain Supplements*; 5, 489-494.
4. **Karmakar Manoj Kumar (2011).** Ultrasound-Guided Thoracic Paravertebral Block. *Atlas of Ultrasound-Guided Procedures in Interventional Pain Management*, 134-147.
5. **Pusch F, Wildling E, Klimscha W, Weinstabl C (2000).** Sonographic measurement of needle insertion depth in paravertebral blocks in women. *Br J Anaesth*; 85, 841-843.
6. **Marhofer. P, Kettner. SC, Hajbok. L, Dubsky. P and Fleischmann. E (2010).** Lateral ultrasound-guided paravertebral blockade: an anatomical-based description of a new technique. *British Journal of Anaesthesia*; 105(4), 526-532.
7. **Stéphanie Lieutaud (2014).** *Comparaison de la diffusion clinique et tomodensitométrique du bloc paravertébral au cours du traitement thermo-ablatif percutané des tumeurs rénales*. Thèse pour le diplôme d'etat de docteur en médecine, Faculté de médecine Toulouse-Purpan.

NGHIÊN CỨU MÔ HÌNH BỆNH KÝ SINH TRÙNG TẠI KHOA NHI VÀ KHOA NHIỄM CỦA BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH TRÀ VINH NĂM 2012 – 2014

Phạm Thế Hiền*

TÓM TẮT

Qua nghiên cứu 5101 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân vào điều trị tại khoa Nhiễm và khoa Nhi tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh trong 3 năm từ 2012 đến 2014, chúng tôi thu được kết quả:

- Tỷ lệ bệnh nhân điều trị nội trú bệnh ký sinh trùng tại bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh năm 2013 là 43,74%, tỷ lệ bệnh nhân điều trị nội trú bệnh ký sinh trùng tại bệnh viện trong năm 2012 là 31,58 %và trong năm 2014 là 24,68%.

- Các bệnh thường gặp chiếm tỷ lệ cao từ năm 2012 đến 2014 là: Nhiễm virus ở vị trí không xác định (36,75% - 68,79% - 50,83%), Tay Chân Miệng độ 1(25,51% -38,87% - 23,99%).

Từ khóa: bệnh ký sinh trùng (KST), Bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh (BVĐK)

SUMMARY

RESEARCH DISEASE MODELS PARASITES INFECTION IN THE FACULTY OF SCIENCE AND CHILDREN HOSPITAL IN 3 YEARS TRA VINH PROVINCE (FROM 2012 TO 2014)

Through the study of 5101 medical records of patients in treatment at the Department of Infection and pediatrics at the Hospital in Tra Vinh province from 2012 to 2014 three years, we obtained results:

-The proportion of inpatient patients parasitic diseases in general hospitals Tra Vinh province is 43.74% in 2013, the proportion of inpatient patients parasitic diseases at the hospital in 2012 was 31, 58% and in 2014 is 24.68%.

- The common diseases high percentage from 2012 to 2014 are: Viral infections in unspecified locations (36.75% - 68.79% - 50.83%), hand foot and mouth level 1 (25.51 % -38.87% - 23.99%).

Keywords: parasitic diseases, Hospital Tra Vinh Province

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc xác định mô hình bệnh ký sinh trùng giúp cho bệnh viện xây dựng kế hoạch chăm sóc sức khỏe cho nhân dân và cho nhân viên y tế một cách toàn diện, đầu tư cho công tác phòng chống bệnh có chiều sâu và trọng điểm, từng bước hạ thấp tỷ lệ tử vong cho cộng đồng, nâng cao chăm sóc sức khỏe nhân dân.

Đáp ứng nhu cầu phục vụ và định hướng phát triển bệnh viện một cách bền vững cần có những thông tin về tình hình bệnh ký sinh trùng cùng với kết quả điều trị của những bệnh nhân. Xuất phát từ thực tiễn đó, đề tài nghiên cứu của chúng tôi đã được thực hiện với 3 mục tiêu sau:

- Đánh giá thực trạng bệnh ký sinh trùng tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh trong 3 năm (2012 – 2014).

** Khoa Y Dược, Trường Đại học Trà Vinh*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Hiền
Email: : hien_fr@tvu.edu.vn
Ngày nhận bài: 1.11.2016
Ngày phản biện khoa học: 20.12.2016
Ngày duyệt bài: 29.12.2016

- Xác định tỷ lệ mắc bệnh thường gặp theo ICD 10.
- Xác định sự phân bố bệnh theo các yếu tố dịch tễ học như: tuổi, giới, nghề nghiệp, khu vực cư trú và sự biến đổi mô hình bệnh tật qua các năm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu:Tất cả bệnh nhân điều trị nội trú các bệnh ký sinh trùng tại khoa Nhiễm và khoa Nhi của Bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh từ ngày 1/1/2012 đến 31/12/2014.
- Phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.
- Thu thập số liệu và phương tiện nghiên cứu:

+ Sổ lưu trữ số liệu bệnh nhân nằm viện tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh.

+ Nhập số liệu, xử lý và phân tích số liệu bằng chương trình Excel.

- Kiểm soát sai lệch thông tin: theo chẩn đoán không có trong ICD 10.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tình hình bệnh nhân điều trị nội trú bệnh ký sinh trùng

Tình hình bệnh nhân nội trú	Năm 2012		Năm 2013		Năm 2014	
	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %
Tình hình mắc bệnh	1611	31,58	2231	43,74	1259	24,68

Nhận xét: Tỷ lệ BN điều trị nội trú bệnh KST tại BVĐK tỉnh Trà Vinh chiếm cao nhất là năm 2013 (chiếm 43,74%) và chiếm tỷ lệ thấp nhất là năm 2014 (chiếm 24,68%).

Bảng 2. Phân bố bệnh ký sinh trùng theo giới

Giới	Năm 2012		Năm 2013		Năm 2014	
	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %
Nữ	488	30,29	657	29,45	365	28,99
Nam	1123	69,71	1574	70,55	894	71,01
Tổng	**1611**	**100**	**2231**	**100**	**1259**	**100**

Nhận xét: Tỷ lệ nam mắc bệnh KST cao hơn gấp đôi tỷ lệ nữ mắc bệnh KST. Tỷ lệ nam mắc bệnh KST cao nhất là vào năm 2014 (71,01%).

Bảng 3. Tình hình phân bố bệnh ký sinh trùng theo khu vực cư trú

Khu vực cư trú	Năm 2012		Năm 2013		Năm 2014	
	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %
Nông thôn	1324	82,18	1981	88,79	1016	80,70
Thành thị	287	17,82	250	11,21	243	19,30
Tổng	**1611**	**100**	**2231**	**100**	**1259**	**100**

Nhận xét: Tỷ lệ BN mắc bệnh KST sống ở khu vực nông thôn đến điều trị nội trú tại BV luôn chiếm tỷ lệ cao hơn so với tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh KST sống ở khu vực thành thị. Tỷ lệ BN mắc bệnh KST sống ở khu vực nông thôn đến điều trị nội trú tại BV chiếm tỷ lệ cao nhất là vào năm 2013 (88,79%).

Bảng 4. Tình hình phân bố bệnh ký sinh trùng theo nhóm nghề nghiệp

Nhóm nghề nghiệp	Năm 2012		Năm 2013		Năm 2014	
	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %
Nông dân	75	4,66	153	6,86	28	2,22
Làm ruộng	86	5,34	234	10,49	89	7,07
Công nhân	39	2,42	156	6,99	44	3,49
Trí thức	-	0	-	0	2	0,16
Lực lượng vũ trang	1	0,06	92	4,12	2	0,16
Công nhân viên	18	1,12	112	5,02	13	1,03
Hành chính, sự nghiệp	9	0,56	97	4,35	9	0,71
Hưu và dưới 60 tuổi	4	0,25	2	0,09	1	0,08
Thợ may	-	0	1	0,04	-	0
Dịch vụ	-	0	1	0,04	-	0
Y tế	-	0	2	0,09	2	0,16
Sinh viên, học sinh	157	9,75	309	13,85	71	5,64
Trẻ em dưới 6 tuổi không đi học,dưới 15 tuổi đi học	989	61,39	728	32,63	673	53,46
Già	69	4,28	139	6,23	89	7,07
Loại khác	164	10,18	205	9,19	236	18,75
Tổng	**1611**	**100**	**2231**	**100**	**1259**	**100**

Nhận xét: Tỷ lệ BN mắc bệnh KST cao nhất chủ yếu tập trung vào 4 nhóm đối tượng nghề nghiệp theo thứ tự lần lượt là: trẻ em dưới 6 tuổi không đi học và dưới 15 tuổi đi học, loại khác, sinh viên/học sinh và làm ruộng. Tỷ lệ BN mắc bệnh KST theo nhóm nghề nghiệp chiếm tỷ lệ cao nhất là trong năm 2012.

Bảng 5. Mười bệnh ký sinh trùng chiếm tỷ lệ cao nhất thường gặp tại bệnh viện năm 2012

Mã ICD10	Số ca	Tỷ lệ %
[B34] Nhiễm virus ở vị trí không xác định	592	36,75
[B08.4-1] Tay Chân Miệng độ 1	411	25,51
[B08] Nhiễm virus khác, có biểu hiện tổn thương tại da và niêm mạc, chưa phân loại	247	15,33
[B08.4-A] Tay Chân Miệng độ 2a	100	6,21
[B08.4] Viêm miệng rộp nước do virus đường ruột với phát ban	80	4,97
[B34.9] Nhiễm virus, không xác định	32	1,99
[B01] Thủy đậu	24	1,49
[B26] Quai bị	24	1,49
[B16] Viêm gan B cấp	20	1,24
[B37.0] Viêm miệng do candida	19	1,18

Nhận xét: Trong 10 bệnh KST chiếm tỷ lệ cao nhất thường gặp tại BV năm 2012, mã bệnh B34 (Nhiễm virus ở vị trí không xác định) chiếm tỷ lệ cao nhất 36,75%, đứng vị trí thứ hai là mã bệnh B08.4-1 (Tay Chân Miệng độ 1) chiếm tỷ lệ 25,51%, đứng vị trí thứ 3 là mã bệnh B08 (Nhiễm virus khác, có biểu hiện tổn thương tại da và niêm mạc, chưa phân loại) chiếm tỷ lệ 15,33%.

Bảng 6. Mười bệnh ký sinh trùng chiếm tỷ lệ cao nhất thường gặp tại bệnh viện năm 2013

Mã bệnh	Tần số	Tỷ lệ %
[B34] Nhiễm virus ở vị trí không xác định	1069	68,79
[B08.4-1] Tay Chân Miệng độ 1	604	38,87
[B08.4-A] Tay Chân Miệng độ 2A	199	12,81
[B08] Nhiễm virus khác, có biểu hiện tổn thương tại da và niêm mạc, chưa phân loại	104	6,69
[B34.9] Nhiễm virus, không xác định	68	4,38
[B01] Thủy đậu	35	2,62
[B16] Viêm gan B cấp	12	0,77
[B18] Viêm gan virus mạn	10	0,64
[B26] Quai bị	10	0,64
[B17] Viêm gan virus cấp khác	9	0,58

Nhận xét: Trong 10 bệnh KST chiếm tỷ lệ cao nhất thường gặp tại BV năm 2013, mã bệnh B34 (Nhiễm virus ở vị trí không xác định) chiếm tỷ lệ cao nhất 68,79%, đứng vị trí thứ hai là mã bệnh B08.4-1 (Tay Chân Miệng độ 1) chiếm tỷ lệ 38,87%, đứng vị trí thứ ba là mã bệnh B08.4-A (Tay Chân Miệng độ 2A) chiếm tỷ lệ 12,81%.

Bảng 7. Mười bệnh ký sinh trùng chiếm tỷ lệ cao nhất thường gặp tại bệnh viện năm 2014

Mã ICD10	Tần số	Tỷ lệ %
[B34] Nhiễm virus ở vị trí không xác định	640	50,83
[B08.4-1] Tay chân miệng độ 1	302	23,99
[B08.4-2a] Bệnh tay chân miệng độ 2A	88	6,99
[B05] Sởi	49	3,89
[B01] Thủy đậu	37	2,94
[B08] Nhiễm virus khác, có biểu hiện tổn thương tại da và niêm mạc, chưa phân loại	28	2,22
[B34.9] Nhiễm virus, không xác định	22	1,75
[B18] Viêm gan virus mạn	10	0,79
[B02] Bệnh Zoster [nhiễm Herpes zoster]	8	0,64
[B20] Bệnh HIV dẫn đến bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng	8	0,64

Nhận xét: Trong 10 bệnh KST chiếm tỷ lệ cao nhất thường gặp tại BV năm 2014, mã bệnh B34 (Nhiễm virus ở vị trí không xác định) chiếm tỷ lệ cao nhất 50,83%, đứng vị trí thứ hai là mã bệnh B08.4-1 (Tay chân miệng độ 1) chiếm tỷ lệ 23,99%, đứng vị trí thứ ba là mã bệnh B08.4-2a (Bệnh tay chân miệng độ 2A) chiếm tỷ lệ 6,99%.

IV. BÀN LUẬN

• *Về đặc điểm BN vào BV điều trị nội trú theo từng năm:* Theo số liệu thống kê được, tỷ lệ BN điều trị nội trú bệnh KST tại BVĐK tỉnh Trà Vinh chiếm cao nhất là năm 2013 và chiếm tỷ lệ thấp nhất là năm 2014. Điều này cho thấy số lượng bệnh nhân mắc bệnh KST tập trung cao nhất vào hai năm là 2012 và 2013. Tuy nhiên, năm 2013 số lượng bệnh nhân mắc bệnh KST là cao nhất. Điều này hoàn toàn có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

• *Về sự phân bố bệnh theo giới:* Đa số nam giới mắc bệnh KST nhiều hơn nữ giới, điều này cho thấy được đặc điểm dịch tễ học là: bệnh KST dễ gặp ở nam giới hơn, chủ yếu là do thói quen vệ sinh trong sinh hoạt hàng ngày. Điều này hoàn toàn có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

• *Tình hình phân bố bệnh ký sinh trùng theo khu vực cư trú:* Tỷ lệ BN mắc bệnh KST sống ở khu vực nông thôn đến điều trị nội trú tại BV luôn chiếm tỷ lệ cao hơn so với tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh KST sống ở khu vực thành thị. Điều này cho thấy được người dân ở khu vực thành thị luôn có nhu cầu chăm sóc sức khỏe và nhu cầu phòng bệnh cao, người dân ở thành thị có nhiều điều kiện thuận lợi để dễ dàng tiếp xúc với các dịch vụ y tế. Còn một số bộ phận người dân ở khu vực nông thôn còn thiếu ý thức phòng bệnh, chưa có điều kiện thuận lợi để tiếp xúc với các dịch vụ khám chữa bệnh hiện đại, khó khăn trong việc đi lại nên tỷ lệ mắc bệnh KST còn cao. Điều này hoàn toàn có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

• *Tình hình phân bố bệnh ký sinh trùng theo nhóm nghề nghiệp:* Tỷ lệ BN mắc bệnh KST cao nhất chủ yếu tập trung vào 4 nhóm đối tượng nghề nghiệp theo thứ tự lần lượt là: trẻ em dưới 6 tuổi không đi học và dưới 15 tuổi đi học, loại khác, sinh viên/học sinh và làm ruộng. Điều này phù hợp với đặc điểm dịch tễ học của bệnh KST. Trẻ em thì việc vệ sinh cá nhân còn chưa thực hiện tốt, ý thức phòng bệnh nhiễm trùng còn chưa cao. Ở nông thôn, đa số người dân sống chủ yếu bằng nghề làm ruộng, người làm ruộng thì phải tiếp xúc với môi trường lao động có nhiều yếu tố gây bệnh (bụi, thuốc trừ sâu, nước bẩn,…) nên dễ mắc bệnh KST. Còn sinh viên/học sinh dễ mắc bệnh KST là do bị ảnh hưởng bởi các yếu tố trong môi trường sống.

• *Về sự biến đổi mô hình bệnh ký sinh trùng qua các năm (2012 đến 2014):* Trong 10 bệnh KST chiếm tỷ lệ cao nhất thường gặp tại BV từ năm 2012 đến 2014 thì hai nhóm bệnh có tỷ lệ mắc cao nhất liên tục theo từng năm là: mã bệnh B34 (Nhiễm virus ở vị trí không xác định) và mã bệnh B08.4-1 (Tay Chân Miệng độ 1).

Và đây cũng là hai nhóm bệnh phổ biến nhất mà nếu mắc bệnh thì để lại hậu quả nghiêm trọng về mặt sức khỏe cho cộng đồng. Đặc biệt, bệnh Tay Chân Miệng là một bệnh hết sức phổ biến với cộng đồng, và xảy ta tập trung ở đối tượng trẻ dưới 5 tuổi.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ bệnh nhân điều trị nội trú bệnh KST tại BVĐK tỉnh Trà Vinh trong năm 2013 là 43,74%, tỷ lệ bệnh nhân điều trị nội trú bệnh KST tại BV trong năm 2012 là 31,58 % và trong năm 2014 là 24,68%.

- Các bệnh KST thường gặp chiếm tỷ lệ cao từ năm 2012 đến 2014 là: Nhiễm virus ở vị trí không xác định (36,75% - 68,79% - 50,83%), Tay Chân Miệng độ 1(25,51% -38,87% - 23,99%).

- Đa số tỷ lệ nam (69,71% - 70,55% - 71,01%) mắc bệnh KST cao hơn tỷ lệ nữ mắc bệnh KST (30,29% - 29,45% - 28,99%).

- Nhóm nghề nghiệp mắc bệnh KST chiếm tỷ lệ cao là trẻ em dưới 6 tuổi không đi học và dưới 15 tuổi đi học (61,39% - 32,63% - 53,46%), loại khác (10,18% - 9,19% - 18,75%), sinh viên/học sinh (9,75% - 13,85% - 5,64%) và làm ruộng (5,34% - 10,49% - 7,07%).

- Tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh KST sống ở khu vực nông thôn đến điều trị nội trú tại BV luôn chiếm tỷ lệ từ năm 2012 đến năm 2014 (82,18% - 88,79% - 80,70%). Tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh KST sống ở khu vực thành thị chiếm tỷ lệ từ năm 2012 đến năm 2014 (17,82% - 11,21% - 19,30%).

KIẾN NGHỊ

1.Tăng cường thêm nguồn nhân lực y tế có chuyên môn về bệnh KST.

2.Tại tuyến y tế cơ sở cần được tập huấn kiến thức về phòng chống bệnh KST, đặc biệt là phòng bệnh Tay Chân Miệng.

3.Tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cho cộng đồng (hộ gia đình, bà mẹ trẻ em) về tác hại của bệnh KST, cách giữ gìn vệ sinh cá nhân và vệ sinh môi trường để phòng bệnh KST.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Bảng phân loại Quốc tế bệnh tật Việt Anh lần thứ 10 (ICD10), nhà xuất bản Y học, 2001.
2. **Tạp chí Y học thực hành 2010.** Lê Thị Thanh, Trương Việt Dũng, Phạm Thị Bích Ngọc. Mô hình bệnh tật tại Bệnh viện và trạm y tế xã tại tỉnh Đồng Tháp năm 2008.

3. **Nguyễn Trọng Bài, Bùi Văn Chín (2010).** Nghiên cứu mô hình bệnh tật Bệnh viện đa khoa huyện Thới Bình trong 4 năm 2006- 2009.
4. **Lê Thị Phương Nam (2012).** Khảo sát tình hình bệnh tật tại Khoa Nội, Nhi Bệnh viện đa khoa khu vực An Khê, tỉnh Gia Lai từ 2009-2011.
5. **Trương Thị Mai Hồng, Lê Thanh Hải, Phạm Ngọc Toàn, Đỗ Quang Vỹ, Lê Thị Dung**. (2012). Mô hình bệnh tật tại Khoa cấp cứu, bệnh viện Nhi Trung ương 2011.
6. **Nguyễn Thị Xuân Hương**, Hoàng Thị Huế (2011). Tình hình bệnh tật và tử vong so sinh tại bệnh viện tại khoa Nhi bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên trong 3 năm (2008-2010).
7. **Lawn JE (2004)** "Why are 4 million dying each year", *The lancet*, vol 364.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ NÔN VÀ BUỒN NÔN SAU MỔ NỘI SOI PHỤ KHOA CỦA ONDANSETRON VÀ DEXAMETHASON

Nguyễn Đình Long*, Vũ Văn Du*, Nguyễn Đức Lam**

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá hiệu quả điều trị nôn và buồn nôn sau mổ nội soi phụ khoa của ondansetron và dexamethason. ***Đối tượng, phương pháp:*** tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng trên 100 bệnh nhân trên 16 tuổi, khỏe mạnh, có chỉ định phẫu thuật nội soi phụ khoa, chia làm hai nhóm bằng nhau: nhóm O sử dụng 4 mg ondansetron, nhóm D sử dụng 8 mg dexamethason, tiêm tĩnh mạch trước khi khởi mê. Các bệnh nhân được theo dõi liên tục trong 24 giờ đầu sau mổ, khi bệnh nhân bị buồn nôn, nôn thì được điều trị lần 1 bằng tiêm tĩnh mạch 4 mg ondansetron ở nhóm O hoặc 8 mg dexamethason ở nhóm D; sau điều trị lần 1 không đỡ sẽ được điều trị lần 2 bằng thuốc khác: 8 mg dexamethason ở nhóm O và 4 mg ondansetron ở nhóm D. ***Kết quả:*** khi điều trị lần 1, nhóm ondansetron có tỷ lệthành công cao hơn nhóm dexamethason (71,4% so với 26,7%); khi điều trị lần 2, tỷ lệ thành công của nhóm dexamethason cao hơn nhóm ondansetron (54,5% so với 25%); tỷ lệ cấp cứu thành công sau hai lần điều trị của thuốc ondansetron là 64% so với thuốc dexamethason là 26,3%. ***Kết luận:*** ondansetron có tác dụng điều trị nôn, buồn nôn sau mổ nội soi phụ khoa tốt hơn so với dexamethason.

Từ khóa: điều trị nôn, buồn nôn sau mổ phụ khoa, ondansetron, dexamethason

SUMMARY

EVALUATION THE TREATMENT EFFECTIVENESSOF NAUSEA, VOMITING AFTER GYNAECOLOGICAL LAPAROSCOPIC SURGERY OF ONDANSETRON AND DEXAMETHASON

Objective: To evaluate the efficacy of treatment nausea, vomiting after gynecological laparoscopic surgery of ondansetron and dexamethasone. ***Subjects and methods:*** prospective, randomized clinical trials were identified in 100 patients over 16 years old, healthy, indicated gynecological laparoscopic surgery, divided into two equal groups: Group O uses ondansetron 4 mg, 8 mg group D using dexamethasone intravenously before induction of anesthesia. The patients were monitored continuously for the first 24 hours after surgery, when patients have nausea, vomiting, 1st treatment with intravenous ondansetron 4 mg in group O or 8 mg of dexamethasone in group D; after the 1st treatment does not help to be treated by other medications in 2nd treatment: 8 mg dexamethasone in group O and 4 mg ondansetron in group D. The result: 1st treatment, ondansetron group had a higher success rate than group dexamethasone (71.4% versus 26.7%); 2nd treatment, the success rate is higher in dexamethasone group than ondansetron group (54.5% versus 25%); successful rate of twice treatment of ondansetron was 64% and of dexamethasone was 26.3%. ***Conclusion:*** ondansetron was better than dexamethasone in treatment of nausea, vomiting after gynecological laparoscopy.

Keywords: vomiting, nausea following gynecological laparoscopy surgery, ondansetron, dexamethasone

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cùng với tiến bộ của y học nói chung, ngành gây mê hồi sức Việt Nam đã có những bước phát triển vượt bậc, tuy nhiên việc điều trị nôn, buồn nôn sau mổ vẫn chưa được quan tâm đúng mức, đặc biệt ở các đối tượng nguy cơ cao như các phụ nữ trẻ sau mổ nội soi phụ khoa. Nôn, buồn nôn sau mổ không chỉ gây khó chịu cho người bệnh, mà còn có thể gây trào ngược dịch dạ dày vào phổi, chảy máu vết mổ, mất nước điện giải và thậm chí còn gây bục vết mổ… Vì vậy, điều trị nôn, buồn nôn sau mổ không chỉ làm giảm khó chịu cho người bệnh mà còn hạn chế được các biến chứng của gây mê và phẫu thuật, nhanh

**Bệnh viện Phụ sản Trung ương*
***Trường Đại học y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Du
Email: dutruongson@gmail.com
Ngày nhận bài: 8.10.2016
Ngày phản biện khoa học: 9.12.2016
Ngày duyệt bài: 16.12.2016

chóng thiết lập lại cân bằng nước điện giải, giúp người bệnh vận động sớm, rút ngắn thời gian nằm viện, giảm chi phí điều trị… Ondsansetron và dexamethason là các thuốc có tác dụng trong điều trị nôn, buồn nôn đã được nghiên cứu nhiều trên thế giới, tuy nhiên ở nước ta chưa có nhiều nghiên cứu về các thuốc này đặc biệt cho đối tượng bệnh nhân sau mổ nội soi phụ khoa. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm:đánh giá hiệu quả điều trị nôn, buồn nôn sau mổ nội soi phụ khoa của ondansetron và dexamethason.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 1/2011 đến tháng 8/2011 trên 100 bệnh nhân nữ, không có các bệnh lý khác kèm theo trừ bệnh lý phụ khoa phải chỉ định mổ, tuổi từ 16 trở lên, có chỉ định mổ nội soi phụ khoa, gây mê nội khí quản. Loại ra khỏi nghiên cứu các trường hợp có chống chỉ định sử dụng của ondansetron và dexamethason, các trường hợp bị nôn, buồn nôn từ trước mổ: cơ học (tắc ruột, hẹp môn vị…), bệnh lý hệ thần kinh (u não, chấn thương sọ não…), bệnh nội khoa (tăng ure máu…), thuốc (hóa chất điều trị ung thư…).

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng.

2.3 Quy trình nghiên cứu: Các bệnh nhân được khám tiền mê trước mổ, giải thích rõ về nghiên cứu. Trước khi gây mê được bốc thăm ngẫu nhiên phân thành hai nhóm: nhóm O sử dụng 4mg ondansetron, nhóm D sử dụng 8mg dexamethason, tiêm tĩnh mạch trước khi khởi mê. Gây mê nội khí quản bằng: propofol 2mg/kg, fentanyl 2mcg/kg, rocuronium 0,6mg/kg, duy trì mê bằng isofluran 2%, sau mổ giải giãn cơ bằng atropin 0,015mg/kg và Neostigmin 0,05mg/kg, giảm đau sau mổ bằng paracetamol 1 g/6 giờ, nếu VAS>4: chuẩn độ morphin tĩnh mạch liều 2mg cách nhau 10phút/lần.

Khi bệnh nhân bị buồn nôn, nôn thì được điều trị lần 1 bằng tiêm tĩnh mạch 4mg ondansetron ở nhóm O hoặc 8mg dexamethason ở nhóm D; sau điều trị lần 1 không đỡ sẽ được điều trị lần 2 bằng loại thuốc khác: 8mg dexamethason ở nhóm O và 4mg ondansetron ở nhóm D. Các bệnh nhân được theo dõi liên tục các chỉ số về huyết động, hô hấp trong mổ và sau mổ 24 giờ đầu, đánh giá dấu hiệu buồn nôn và số lần nôn, các thuốc chống nôn và các thuốc giảm đau sử dụng sau mổ.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu, phẫu thuật, gây mê hồi sức

	Nhóm O (Ondansetron) (n = 50)	Nhóm D (Dexamethason) (n = 50)	p
Tuổi (năm)	35,6 ± 11,8	37,1 ± 12,4	> 0,05
Chiều cao (cm)	150 ± 5	160 ± 4	> 0,05
Cân nặng (kg)	49,6± 6,9	50,8 ± 6,0	> 0,05
Chỉ số BMI	20,7 ± 2,4	20,9 ± 2,1	> 0,05
Loại phẫu thuật			
U nang buồng trứng	34 (68%)	27 (56%)	> 0,05
Nội soi cắt tử cung hoàn toàn	10 (20%)	13 (26%)	> 0,05
Nội soi can thiệp trong vô sinh	6 (12%)	10 (20%)	> 0,05
Thời gian mổ (phút)	41,2 ± 13,7	43 ± 16,7	> 0,05
Thời gian bơm CO2 (phút)	36,7 ± 13,7	38,4 ± 16,7	> 0,05
Thời gian gây mê (phút)	56,5 ± 12,9	55 ± 17,6	> 0,05
Lượng Fentanyl dùng trong mổ (mg)	0,24 ± 0,04	0,25 ± 0,05	> 0,05
Lượng Propofol dùng trong mổ (mg)	107 ± 15	111,4 ± 14,2	> 0,05
Lượng dịch truyền trong mổ (ml)	774 ± 22,5	772,6 ± 26,2	> 0,05

Bảng 2. Tỷ lệ thành công điều trị nôn, buồn nôn sau mổ ở các bệnh nhân phải điều trị cấp cứu

	Nhóm O (Ondansetron)	Nhóm D (Dexamethason)	p
Tỷ lệ thành công điều trị lần 1	10 (71,4%)	4 (26,7%)	< 0,05
Tỷ lệ thất bại điều trị lần 1	4 (26,8%)	11 (73,3%)	< 0,05
Tỷ lệ thành công điều trị lần 2	1 (25%)	6 (54,5%)	< 0,05
Tỷ lệ thất bại điều trị lần 2	3 (75%)	5 (45,5%)	< 0,05

Bảng 3. Tỷ lệ thành công điều trị nôn, buồn nôn sau hai lần dùng thuốc

	Ondansetron		Dexamethason	
	n	%	n	%
Thành công	16	64	5	26,3
Thất bại	9	36	14	73,7
Tổng	25	100	19	100

IV. BÀN LUẬN

Đối tượng nghiên cứu trong hai nhóm nghiên cứu khá tương đồng về các đặc điểm: tuổi, chiều cao, cân nặng, chỉ số BMI… do đó sẽ ít ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu. Chỉ định phẫu thuật nội soi phụ khoa ở cả hai nhóm chủ yếu là bóc hoặc cắt u nang buồng trứng, cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi, nội soi chẩn đoán và can thiệp trong điều trị vô sinh. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chỉ định phẫu thuật của hai nhóm. Một số yếu tố liên qua đến tỷ lệ nôn, buồn nôn sau mổ như: thời gian mổ, thời gian bơm CO_2 vào ổ phúc mạc, thời gian gây mê, lượng thuốc họ morphin sử dụng trong mổ, lượng dịch truyền trong mổ… không có sự khác biệt giữa hai nhóm nghiên cứu. Cơ chế bệnh sinh của nôn, buồn nôn sau mổ nội soi vẫn có nhiều điều còn chưa được rõ, tuy nhiên, một số yếu tố làm tăng tỷ lệ nôn, buồn nôn là: giới, tuổi, sử dụngcác thuốc họ morphin trong và sau mổ, tồn đọng khí CO_2 trong ổ bụng sau mổ [1]… Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân sau mổ được điều trị đau bằng paracetamol truyền tĩnh mạch, không có bệnh nhân nào phải dùng morphin sau mổ, do đó tỷ lệ nôn, buồn nôn cũng sẽ thấp hơn so với các nghiên cứu sử dụng morphin liều cao sau mổ, có thể do mổ nội soi phụ khoa ít gây đau sau mổ hơn so với mổ mở.

Tỷ lệ thành công điều trị nôn, buồn nôn cấp cứu trong nghiên cứu của chúng tôi được thể hiện trong bảng 2: có 14 bệnh nhân ở nhóm ondansetron (28% tổng số bệnh nhân) và 15 bệnh nhân ở nhóm dexamethason (30% tổng số bệnh nhân) cần phải điều trị nôn, buồn nôn cấp cứu. Tỷ lệ thành công của lần điều trị thứ nhất là: 71,4% ở nhóm ondansetron và 26,7% ở nhóm dexamethason, sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tổng số bệnh nhân thất bại điều trị nôn, buồn nôn sau lần điều trị nôn thứ nhất là 4 bệnh nhân ở nhóm ondansetron (28,6%) và 11 bệnh nhân ở nhóm dexamethason (73,3%), các bệnh nhân này được tiếp tục điều trị bằng tiêm tĩnh mạch thuốc chống nôn thứ hai (8 mg dexamethason ở nhóm ondansetron và 4 mg ondansetron ở nhóm dexamethason), kết quả lần điều trị thứ hai cho thấy: tỷ lệ thành công của nhóm ondansetron chỉ đạt 25% so với 54,5% ở nhóm dexamethason.

Kết quả ở bảng 3 cho thấy tỷ lệ thành công chung trong cả hai lần điều trị của các bệnh nhân được sử dụng ondansetron là 64% cao hơn rất nhiều so với các bệnh nhân được sử dụng dexamethason (26,3%). Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của tác giả Dipasri Bhattacharya khi nghiên cứu trên 90 bệnh nhân nguy cơ cao nôn, buồn nôn sau mổ, tỷ lệ nôn, buồn nôn là 20% ở nhóm được sử dụng 4 mg ondansetron so với tỷ lệ nôn, buồn nôn là 50% ở nhóm dùng giả dược [2]. Kết quả này có thể phần nào giải thích do cơ chế tác dụng của ondansetron là tác dụng trực tiếp đối kháng với thụ thể 5HT3 trên dây thần kinh ngoại vi và hệ thần kinh trung ương, còn dexamethason là chất có cơ chế hoạt động gián tiếp thông qua việc nâng cao điểm nhạy cảm, cân bằng cảm giác [3], [4]. Chính vì vậy, tác dụng điều trị nôn, buồn nôn sau mổ của dexamethason kém hơn so với ondansetron.

V. KẾT LUẬN

Ondansetron có tác dụng điều trị nôn, buồn nôn sau mổ nội soi phụ khoa tốt hơn so với dexamethason.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Barbara J. Pleuvry (2006),** "Physyology and pharmacology of nausea and vomitting", pp. 250-256.
2. **Dipasri. B (2003),** "Comparison of ondansetron and granisetron for prevent of nausea and vomiting following day care gynaecological laparoscopy", Indian J. Anaesth 47 (4),pp. 279-282.
3. **Gautam B, Shrestha, Lama P, Rai S (2008),** "Antiemetic prophylaxis against postoperative nausea and vomiting with ondansetron – dexamethason combination compared to ondansetron or dexamethasone alone for patients undergoing laparoscopic cholecystectomy", *Kathmandu University Medical Journal*, vol 6, No.3, Issue 23, 319-328.
4. **Fujii Y. Janaka H. Tokyo H. (1997),** "The effect of dexamethason on antiemeties in female patients undergoing gyneacology surgery", Anesth Analg 85/913 -7.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT U DƯỚI MÀNG CỨNG - NGOÀI TỦY VÙNG NGỰC VÀ THẮT LƯNG TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC TỪ THÁNG 6/2015 – 5/2016

Đinh Ngọc Sơn*, Nguyễn Lê Bảo Tiến*, Tô Văn Quỳnh*

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật u dưới màng cứng-ngoài tủy vùng ngực và thắt lưng tại bệnh viện Việt Đức năm 2015 nhằm cung cấp thêm những thông tin giá trị trong việc áp dụng hợp lý phương pháp phẫu thuật vào điều trị bệnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy trong 66 bệnh nhân nghiên cứu, bệnh nhân phẫu thuật ở giai đoạn bệnh sớm (khối u chưa ảnh hưởng đến chức năng cơ thể) thì có tỷ lệ cải thiện tốt cao hơn so với những bệnh nhân phẫu thuật ở giai đoạn muộn (liệt hoàn toàn), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Từ khóa: U dưới màng cứng – ngoài tủy sống, phẫu thuật

SUMMARY

ASSESSMENT RESULTS OF SURGICAL INTRADURAL-EXTRAMEDULLE TUMOR AT THORACIC AND LUMBAR CORD AT VIET-DUC HOSPITAL, FROM 6/2015 TO 5/2016

The study aimed to assess the results of surgical treatment at thoracic and lumbar cord tumor at Viet – Duc hospital in 2015, to help provide additional valuable information in the application of probably surgical approach. The results of study showed that in 66 patients studied, surgical patients in the early stage of the disease (tumor not affected to body functions), the ratio improved compared with surgical patients at advanced stage (complete paralysis), differences were statistically significant at p <0.05.

Keywords*:* Intradural- extramedulle tumor, surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tủy dưới màng cứng–ngoài tủy là bệnh lý thường gặp, trong đa số các trường hợp bệnh thường diễn biến chậm, nhưng do sự phát triển liên tục của khối u và vị trí đặc biệt của nó, nếu không được phát hiện kịp thời, điều trị không đúng cách người bệnh có nguy cơ bị biến chứng nặng nề. Các biến chứng đa dạng như rối loạn cảm giác, vận động và cuối cùng gây liệt cho bệnh nhân [1].

Đối với các u trong ống sống phẫu thuật đóng vai trò quyết định. Tuy nhiên kết quả phẫu thuật phụ thuộc rất nhiều yếu tố: vị trí u trong tủy hay ngoài tủy, bản chất u đó là gì, và điều hết sức quan trọng là việc u được chẩn đoán sớm hay muộn. Vấn đề này không những liên quan đến mức độ hồi phục mà còn liên quan tới việc tái phát của khối u sau mổ [2]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích: *Đánh giá hiệu quả điều trị phẫu thuật U dưới màng cúng ngoài tủy ngực và thắt lưng tại bệnh viện Việt Đức năm 6/2015-5/2016.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2. Đối tượng nghiên cứu.

Các bệnh nhân đã được phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 6/2015 tới 5/2016 có đủ hồ sơ bệnh án và thỏa mãn các điều kiện:

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định u dưới màng cứng - ngoài tủy vùng ngực và thắt lưng.

Tiêu chuẩn loại trừ: Trường hợp chẩn đoán sau mổ không phải u trong ống sống.

3. Phương pháp thu thập thông tin

Đánh giá kết quả sau mổ: Đánh giá theo bảng phân độ Nurick:

Đánh giá kết quả xa: đánh giá kết quả xa khi kiểm tra lại bệnh nhân sau 1 đến 3 năm theo phương pháp của Selosse P, Graieri U (1968), Austin G (1961), Pasztor E. (1980)

Kết quả đánh giá qua năm mức độ:

Khỏi: toàn trạng tốt, lên cân, sẹo mổ liền tốt, phục hồi hoàn toàn nhóm cơ sau mổ, bệnh nhân đi lại được, cảm giác phục hồi hoàn toàn, phục hồi các rối loạn về cơ tròn.

Tiến triển tốt: toàn trạng tốt, sẹo mổ liền tốt, phục hồi một phần nhóm cơ bị liệt, tập luyện có kết quả tiến bộ, phục hồi gần hoàn toàn cảm giác, phục hồi chức năng đại, tiểu tiện.

Như trước mổ: toàn trạng tốt, vết mổ liền sẹo, bớt đau trước mổ, không phục hồi vận động, có phục hồi cảm giác nhưng rất ít.

**Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lê Bảo Tiến
Email: drtienvnspine@gmail.com
Ngày nhận bài: 7.11.2016
Ngày phản biện khoa học: 20.12.2016
Ngày duyệt bài: 30.12.2016

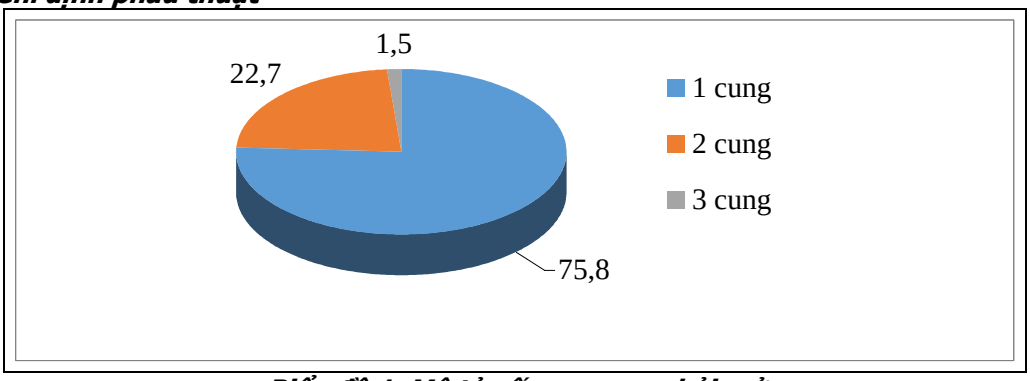
Xấu đi: toàn trạng yếu đi, sút cân, vết mổ không liền, không có dấu hiệu phục hồi về vận động, cảm giác, dấu hiệu về rối loạn cơ tròn nặng nề thêm.

Tử vong.

4. Phân tích xử lí số liệu: Phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ

1. Chỉ định phẫu thuật



Biểu đồ 1. Mô tả số cung sau phải mở

Trong phẫu thuật tất cả bệnh nhân đều được mở cung sau, vị trí và số lượng cung cần mở phụ thuộc vào vị trí và chiều dài khối u. Phần lớn các bệnh nhân đều được mở một cung sau chiếm 75,8%, còn số bệnh nhân mở hai cung chiếm 22,7%.

2. Đánh giá cải thiện sau mổ với mức độ bệnh (kết quả gần)

Bảng 1. Cải thiện cảm giác và vận động (n=66).

		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Cải thiện cảm giác	Có	42	63,6
	Không	24	36,4
Cải thiện vận động	Có	50	75,8
	Không	16	24,2

42/66 bệnh nhân có cải thiện về cảm giác sau mổ, đa số bệnh nhân giảm tê bì, không còn cảm giác đau buốt, cải thiện một phần cảm giác nông và sâu. 36,4% bệnh nhân không có cải thiện cảm giác sau mổ. 75,8% bệnh nhân có cải thiện về vận động so với trước mổ, tất cả các trường hợp này nằm trong nhóm liệt không hoàn toàn, 24,2% không cải thiện rõ rệt về vận động so với trước mổ.

Bảng 2. Kết quả sau mổ với mức độ bệnh (n=66)

Kết quả		Không liệt	Liệt không hoàn toàn	Liệt hoàn toàn	Tổng
Số lượng	N	44	18	4	66
	%	66,7%	27,3%	6%	100%
Tốt	N	41	12	2	55
	%	93,2 %	66,7%	50%	83,3%
Trung bình	N	3	6	1	10
	%	6,8 %	33,3%	25%	15,2%
Xấu	N	0	0	1	1
	%	0%	0	25%	1,5%
p	< 0,05				

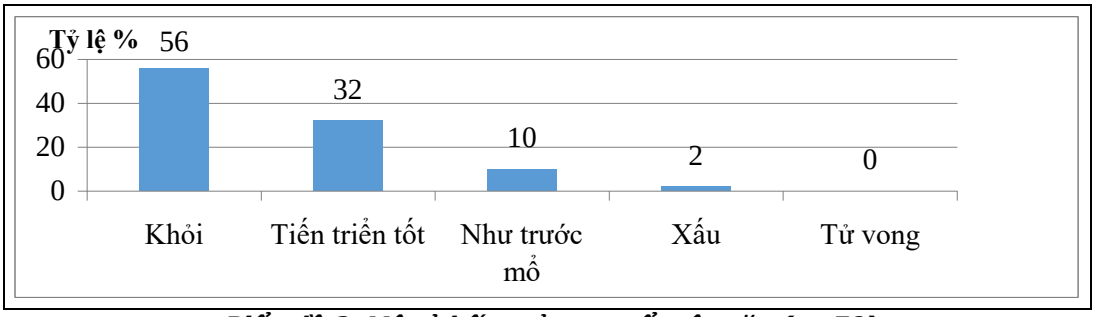
Kết quả sau mổ chúng tôi thấy có 41/44 bệnh nhân giai đoạn không liệt đạt kết quả tốt.

Giai đoạn liệt không hoàn toàn kết quả tốt là 66,7%.

Giai đoạn liệt hoàn toàn kết quả tốt là 2 bệnh nhân chiếm (50%)

3. Kết quả sau mổ với các mức độ bệnh (kết quả khám lại)

Trong số 66 bệnh nhân u dưới màng cứng ngoài tủy vùng ngực và thắt lưng chúng tôi khám được 50 bệnh nhân. Số còn lại do không liên lạc được bệnh nhân, hoặc bệnh nhân ở xa, hoàn cảnh bệnh nhân mà không tái khám được.



Biểu đồ 2. Mô tả kết quả sau mổ một năm(n=50)

Trong số 66 bệnh nhân u dưới màng cứng ngoài tủy được phẫu thuật tại bệnh viện Việt Đức chúng tôi kiểm tra được 50/66 bệnh nhân. Đánh giá kết quả và phân loại chúng tôi thấy: Đa số bệnh nhân khỏi bệnh và tiến triển tốt (88%)

Bảng 3. Kết quả sau mổ với mức độ bệnh(n=50)

Kết quả		Không liệt	Liệt không hoàn toàn	Liệt hoàn toàn
Khỏi	N	20	8	0
	%	40	16	0
Tiến triển tốt	N	10	5	1
	%	20	10	2,5
Như trước mổ	N	1	1	3
	%	2,5	2,5	6
Xấu đi	N	0	0	1
	%	0	0	2,5
Tử vong	N	0	0	0
	%	0	0	0

Giai đoạn không liệt có 20/31 bệnh nhân được đánh giá là khỏi sau một năm. Số bệnh nhân tiến triển tốt là 10/31 bệnh nhân, chỉ có 1 bệnh nhân là triệu chứng không cải thiện triệu chứng so với trước mổ.

Giai đoạn liệt không hoàn toàn số bệnh nhân khỏi bệnh là 8/14. Số bệnh nhân tiến triển tốt là 5/14 bệnh nhân, có 1/14 bệnh nhân triệu chứng không cải thiện.

Giai đoạn liệt hoàn toàn không có bệnh nhân nào được đánh giá là khỏi bệnh. Có 1/5 bệnh nhân tiến triển tốt, 3/5 bệnh nhân triệu chứng không cải thiện, và có 1 bệnh nhân tiến triển xấu đi.

IV. BÀN LUẬN

1. Chỉ định. Chỉ định mổ là tuyệt đối với bệnh nhân có chẩn đoán xác định.

Tất cả bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi đều mở cung sau. Số lượng mở cung sau phụ thuộc vào độ dài của u. Trong số 66 bệnh nhân của chúng tôi có 75,8% số bệnh nhân mở một cung sau, 22,7% bệnh nhân mở hai cung sau, 1,5% bệnh nhân mở ba cung sau. Việc mở cung sau nhiều có thể gây nên mất vững cột sống. Để khắc phục điều này có một số phương pháp như: cố định cột sống, tái tạo cung sau, mở cung sau hạn chế.

Một số tác giả khi nghiên cứu về phẫu thuật u tủy có đề xuất mở nửa cung sau có thể kèm tái tạo cung sau nẹp vit. Ưu điểm của phương pháp này là đường mổ nhỏ ít mất máu, tuy nhiên lại gây khó khăn trong quá trình phẫu tích lấy u, dẫn tới thời gian phẫu thuật kéo dài, đồng thời yêu cầu phẫu thuật viên có kinh nghiệm [3-4].

Tác giả Lei Peng cũng đề xuất hạn chế cắt cung sau và áp dụng kính vi phẫu đê lấy u, điều này hạn chế tổn thương tủy hạn chế di chứng sau mổ của cuộc sống [5].

2. Đánh giá kết quả sau mổ (kết quả gần)

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân được phẫu thuật khi bệnh còn ở giai đoạn sớm thì có kết quả tốt hơn so với những bệnh nhân phẫu thuật khi bệnh ở giai đoạn muộn (khi đã liệt hoàn toàn). Cụ thể, nếu bệnh nhân phẫu thuật khi không có triệu chứng liệt thì sau phẫu thuật tỷ lệ đạt kết quả tốt là 93,2%, trong khi đó, bệnh nhân phẫu thuật khi đã bị liệt hoàn toàn thì tỷ lệ kết quả tốt chỉ đạt 50%, sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với $p< 0,05$. Như vậy nếu được chẩn đoán và điều trị sớm kết quả sẽ rất tốt hơn nhiều so với chẩn đoán và phẫu thuật giai đoạn muộn. Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự với một số tác giả trong và ngoài nước [6-7].

Đa số các bệnh nhân có kết quả tốt nằm trong nhóm bệnh nhân không liệt hoặc liệt không hoàn toàn. Nhóm bệnh nhân có kết quả trung bình thường là bệnh nhân có khối u kích thước lớn, khó lấy. Bệnh nhân có kết quả xấu là bệnh nhân thuộc nhóm liệt hoàn toàn, triệu chứng diễn biến lâu năm, mặc dù đã được phẫu thuật lấy u, giải phóng chèn ép nhưng tổn thương tủy nặng nên hầu như không còn khả năng hồi phục.

Kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với một số tác giả Vũ Hồng Phong (2001)[6]. Kết quả này cũng tương tự như kết quả của một số tác giả nước ngoài [7].

3. Kết quả bệnh nhân khi khám lại (kết quả xa).

Thông qua khám lâm sàng, gọi điện phỏng vấn chúng tôi đánh giá lại kết quả phẫu thuật của bệnh nhân sau một năm. Từ kết quả nghiên cứu, phần lớn bệnh nhân có sự cải thiện tình trạng bệnh chiếm tỷ lệ lớn trong các bệnh nhân khám lại. Nguyên nhân của điều này là do hầu hết bệnh nhân đến viện trong giai đoạn sớm, khi các triệu chứng ở mức độ nhẹ, dấu hiệu chèn ép tủy ở mức độ nhẹ tới vừa, khả năng bù trừ của tủy còn tốt. Kết quả này của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của một số tác giả [4,5,6].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 66 bệnh nhân cho thấy kết quả phẫu thuật khi ra viện: Tốt 83,3% , Trung bình 15,2%, Xấu 1,5%. Kết quả khi khám lại bệnh nhân: khỏi 56%, tiến triển tốt 32%, như trước mổ 10%, xấu đi 2%, tử vong 0%. Kết quả nghiên cứu đã cho thấy bệnh nhân phẫu thuật ở giai đoạn bệnh sớm (khối u chưa ảnh hưởng đến chức năng cơ thể) thì có tỷ lệ cải thiện tốt cao hơn so với những bệnh nhân phẫu thuật ở giai đoạn muộn (liệt hoàn toàn), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Vì vậy, chẩn đoán và điều trị sớm sẽ mang lại kết quả tốt cho người bệnh và ít di chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Zozulya YP, Slynko YI và Qashqish (2011).** Surgical treatment of ventral and ventrolateral intradural extramedullary tumors of craniovertebral and upper cervical localization. *Asian J Neurosurg,* 6(1), 18-25.
2. **Cervoli L, Celli P và Fortuna A (1994).** Recurrence of Spinal Ependymoma. Risk factors and long-term survival. *Spine,* 15(24), 2838-2841.
3. **Friedman DP, Tartaglio LM và Flanders AE (1992).** Intradural schwannomas of the spine: MR findings with emphasis on contrast-enhancement characteristics. *AIR Am J Roentgenol,* 158(6), 1347-1350.
4. **Gu R., Liu J.B. và Xia P. (2014).** Evaluation of hemilaminectomy use in microsurgical resection of intradural extramedullary tumors. *Oncol Lett,* 7(5), 1669 - 1672.
5. **Lei Peng, Sun Wenhai và Li Zhiyun (2005).** Surgical treatment of lateral and ventral tumors of cervical spinal cord. *Chinese medical journal,* 169(9), 543-547.
6. **Vũ Hồng Phong (2001).** *Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị u thần kinh tuỷ tại bệnh viện Việt Đức* Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Sun Wenhai, Lei Peng và Li Zhiyun (2005).** Surgical treatment of lateral and ventral tumors of cervical spinal cord. *Chinese medical journal,* 116(9), p. 543-547.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU CỦA HỒI XUÂN HOÀN TRÊN BỆNH NHÂN LOÃNG XƯƠNG

Nguyễn Thị Tâm Thuận*

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Bước đầu khảo sát mối liên quan giữa triệu chứng lâm sàng và mức độ loãng xương .2. Đánh giá hiệu quả giảm đau của *Hồi Xuân Hoàn trên bệnh nhân loãng xương* . **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu thử nghiệm lâm sàng mở, so sánh trước - sau điều trị trên 45 bệnh nhân loãng xương, thời gian điều trị 30 ngày. **Kết quả:** 1. 100% bệnh nhân loãng xương nặng đau lưng, đau dọc xương dài đầu chi; điểm đau chói thắt lưng chiếm 60%, gù vẹo chiếm 40%. 2.***Hồi Xuân Hoàn*** có tác dụng cải thiện các triệu chứng đau sau 30 ngày điều trị, điểm đau trung bình giảm từ 3,60 ± 1,91 xuống 2,07 ± 1,66; khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. **Kết luận:** 1.Mức độ loãng xương càng nặng thì triệu chứng lâm sàng càng nặng. 2.***Hồi Xuân Hoàn*** có tác dụng cải thiện các triệu chứng đau sau 30 ngày điều trị khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Từ khóa: Hồi Xuân Hoàn , loãng xương

** Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương.*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Tâm Thuận
Email: ntamthuan@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2016
Ngày phản biện khoa học: 2.12.2016
Ngày duyệt bài: 12.12.2016

SUMMARY

EVALUATE THE ANALGETIC EFFECT OF " HOI XUAN HOAN" IN THE TREATMENT OF OSTEOPOROSIS PATIENT

Objective: 1. Preliminary investigate the relations between clinical symtoms and osteoporosis level. 2. Evaluate the analgetic effect of " Hoi xuan hoan" in the treatment of osteoporosis patient. **Subject and research method**: The controlled clinical trial, compared before - after 30 day treatment, involved 45 Osteoporosis patients. The study lasted for 30 ngày. **Results:** 1. 100% serious osteoporosis patients had back pain and long bone, sharp pain lumbar vertebrae: 60%, kyphoscoliosis: 40% . 2. "Hoi xuan hoan" had improved on analgetic symtoms after 30 treatment days.The average analgetic score decreased from 3,60 ± 1,91 to 2,07 ± 1,66 ; the difference is statistic significance with p<0,05. **Conclusions:** 1. Clinical symtoms are equivalent to Osteoporosis level . 2. "Hoi xuan hoan" had improved on analgetic symtoms after 30 treatment days, the difference is statistic significance with p<0,05.

Key words: " Hoi xuan hoan" , osteoporosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương thường diễn biến âm thầm trong thời gian dài và chỉ xuất hiện các triệu chứng lâm sàng đặc trưng khi có biến chứng gãy xương. Theo một số nghiên cứu, chỉ khoảng 30% phụ nữ được chẩn đoán chính xác và 15% trong số đó được điều trị hợp lý [2].

Loãng xương đang thực sự trở thành một gánh nặng bệnh tật không chỉ cho bệnh nhân, gia đình mà cho toàn xã hội. Thông qua tính toán và so sánh số năm tàn tật ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống (Disability – adjusted life year – DALYs) của một số bệnh, kết quả cho thấy, chỉ số bệnh nhân loãng xương cao hơn nhiều so với một số bệnh như cao huyết áp, viêm khớp dạng thấp...

Để góp phần nâng cao chất lượng điều trị và phòng bệnh loãng xương, để có thêm một sự lựa chọn thuốc cho người bệnh loãng xương, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài "*Đánh giá tác dụng điều trị của Hồi Xuân Hoàn trên bệnh nhân loãng xương*", với hai mục tiêu:

1.Bước đầu khảo sát mối liên quan giữa triệu chứng lâm sàng và mức độ loãng xương.

2.Đánh giá hiệu quả giảm đau của Hồi Xuân Hoàn trên bệnh nhân loãng xương

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Chất liệu nghiên cứu: Viên nang HXH được sản xuất tại Học viện Y Dược học cổ truyền Việt Nam phối hợp với công ty Cổ phần Dược liệu Trung ương Mediplantex.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

+ BN tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

+ Tuổi > 40, không phân biệt giới tính, nghề nghiệp

+ Bệnh nhân được chẩn đoán xác định Loãng xương theo tiêu chuẩn của YHHĐ

Bệnh nhân có chỉ số T ≤ -1SD. Dựa theo tiêu chuẩn loãng xương của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2004 (khi sử dụng kỹ thuật DEXA bone scan) (WHO Ospeoporosis Criteria [DEXA Bone Scan]) theo thang điểm của T – Score vùng cột sống thắt lưng.

+ Tuân thủ đúng phác đồ và liệu trình điều trị.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Loãng xương thứ phát do bệnh lý nội ngoại khoa khác như tiểu đường, sỏi tiết niệu, có tiền sử cắt buồng trứng, Hội chứng Cushing, bệnh nhân có bệnh cường giáp trạng, đa u tuỷ xương, ung thư di căn xương,...

- Bệnh nhân bị các bệnh như ung thư, HIV, lao...

- Bệnh nhân có bệnh lý nghiêm trọng ở tim, gan, thận

- Đang dùng các thuốc giảm đau, thuốc ảnh hưởng tới chuyển hoá xương, mẫn cảm, dị ứng một trong các thành phần của thuốc

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu mở theo mô hình thử nghiệm lâm sàng. So sánh trước và sau điều trị.

- Bệnh nhân uống mỗi ngày 10 viên chia 02 lần lúc 8h, 19h sau ăn sáng, tối.

- Thời gian nghiên cứu: 30 ngày

- Các chỉ tiêu theo dõi:

+ Tình trạng đau lưng, mỏi lưng, đau dọc xương dài, đầu chi, gù vẹo, tình trạng mệt mỏi

+ Thang điểm VAS đánh giá mức độ đau

2. 4. Phương pháp đánh giá kết quả.

Dựa vào các thang điểm VAS và sự thay đổi các triệu chứng chính trên lâm sàng.

2. 5. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian : từ tháng 2/2015 đến tháng 10/2015

Địa điểm nghiên cứu : Bệnh viện Y học cổ truyền Tuệ Tĩnh.

2.6. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu thu được trong nghiên cứu được phân tích, xử lý theo phương pháp xác suất thống kê y sinh học. Các số liệu được xử lý trên máy vi tính qua phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

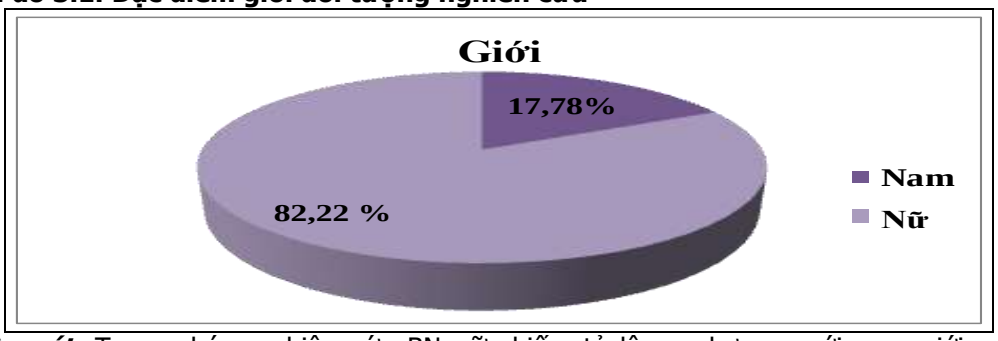
3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm nhân trắc học đối tượng nghiên cứu

Chỉ số	n	Trung bình ($\bar{X}$ ± SD)	Min	Max
Tuổi (năm)	45	65,96 ± 9,27	43	79
Cân nặng (kg)	45	48,87 ± 6,18	35	58
Chiều cao (cm)	45	156 ± 0,63	100	175
BMI	45	20,15 ± 2,45	14,57	26,64

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 65,96 ± 9,27 (năm), tuổi cao nhất là 79, tuổi thấp nhất là 43. Cân nặng trung bình của nhóm nghiên cứu là 48,87 ± 11,39 (kg), người có cân nặng cao nhất là 58kg, người có cân nặng thấp nhất là 35kg. Chiều cao trung bình của nhóm nghiên cứu là 156 ± 0,63 (cm), người cao nhất là 175 cm, người thấp nhất là 100 cm. BMI trung bình là 20,15 ± 2,45 cao nhất là 26,64, thấp nhất là 14,57.

Biểu đồ 3.1. Đặc điểm giới đối tượng nghiên cứu



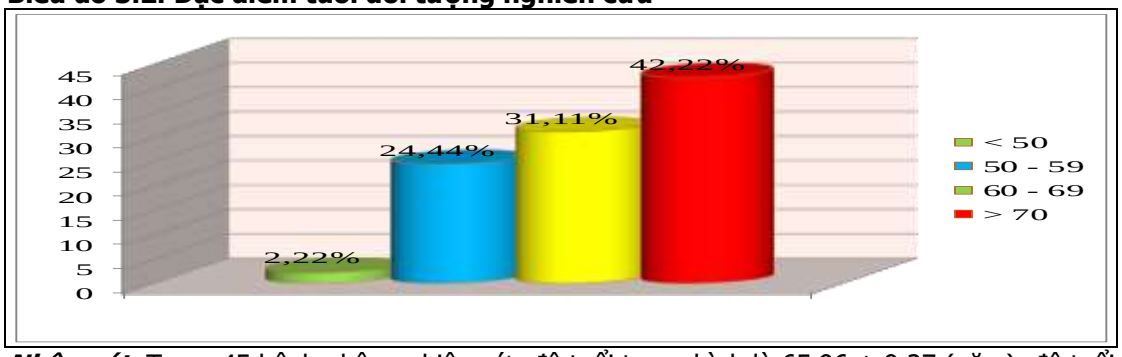
Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu BN nữ chiếm tỷ lệ cao hơn so với nam giới, nữ chiếm 82,22%, nam chiếm 17,78%.

Bảng 3.2. Đặc điểm BMI đối tượng nghiên cứu

Phân loại BMI	BMI	
	n=45	%
Gầy	13	28,89
Trung bình	25	55,56
Béo	7	15,56

Nhận xét: Trong số BN nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân gầy chiếm 28,89%, tỷ lệ bệnh nhân có mức BMI trung bình cao nhất chiếm 55,6%.

Biểu đồ 3.2. Đặc điểm tuổi đối tượng nghiên cứu



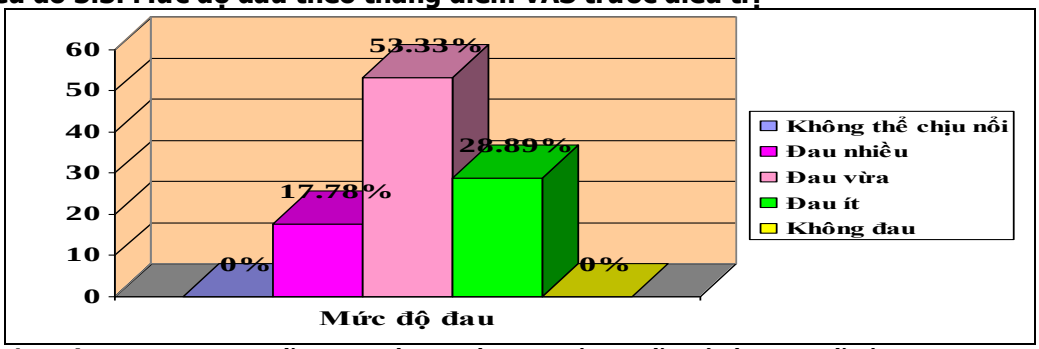
Nhận xét: Trong 45 bệnh nhân nghiên cứu độ tuổi trung bình là 65,96 ± 9,27 (năm), độ tuổi chiếm ưu thế cao nhất là >70 tuổi với tỷ lệ 42,22%

Bảng 3.3. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng trước điều trị

Triệu chứng	n	Tỷ lệ %
Đau lưng	40	88,89
Mỏi lưng	45	100
Điểm đau chói thắt lưng	6	13,33
Đau dọc xương dài, đầu chi	20	44,44
Gù vẹo	3	6,67

Kết quả bảng 3.3 cho thấy, trong nghiên cứu, 100% BN có triệu chứng mỏi lưng, 88,89% BN có triệu chứng đau lưng. Đau dọc xương dài, đầu chi cũng là triệu chứng khá phổ biến chiếm tỷ lệ 66,67%.

Biểu đồ 3.3. Mức độ đau theo thang điểm VAS trước điều trị



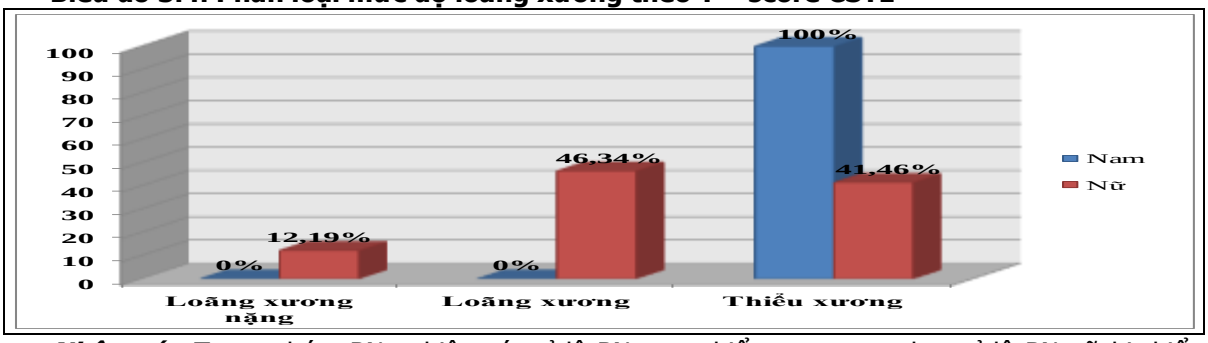
Nhận xét: Trong 45 BN, số lượng bệnh nhân đau vừa chiếm tỷ lệ cao nhất là 57,8%

Bảng 3.4. Chỉ số BMD và T-score của đối tượng nghiên cứu

Vùng đo	BMD (gr/cm²) ($\overline{X}$ ± SD)	T– score ($\overline{X}$ ± SD)
Cột sống thắt lưng	0,8017 ± 0,114	- 2,63 ± 0,9
Cổ xương đùi trái	0,6714 ± 0,910	- 1,92 ± 0,76
Cổ xương đùi phải	0,6720 ± 0,861	-1,89 ± 0,80

Nhận xét: Mức độ T – score trung bình cột sống thắt lưng của bệnh nhân nằm trong mức độ loãng xương. T – score trung bình của cổ xương đùi trái và cổ xương đùi phải trong giới hạn thiểu xương.

Biểu đồ 3.4. Phân loại mức độ loãng xương theo T – score CSTL



Nhận xét: Trong nhóm BN nghiên cứu tỉ lệ BN nam thiểu xương cao hơn tỉ lệ BN nữ bị thiểu xương. Trong nhóm BN nam không có nhóm loãng xương và loãng xương nặng. Trong nhóm BN nữ tỷ lệ số bệnh nhân thiểu xương thấp hơn so với tỷ lệ loãng xương trong nhóm BN này.

3.2. Kết quả giảm đau của Hồi xuân hoàn

3.2.1. Sự thay đổi triệu chứng lâm sàng trước và sau điều trị

Bảng 3.5. Cải thiện triệu chứng lâm sàng trước và sau điều trị

Triệu chứng		Trước Điều trị	Sau điều trị			p
			Không đổi	Giảm	Khỏi	
Đau lưng	n	40	1	17	22	<0,05
	%	88,89	2,50	42,50	55	
Mỏi lưng	n	45	5	8	32	
	%	100	11,11	17,78	71,11	
Điểm đau chói thắt lưng	n	6	4	2	0	
	%	13,33	66,67	33,33	0	
Đau dọc xương dài, đầu chi	n	20	3	9	11	
	%	44,44	15	45	40	
Gù, vẹo	n	3	3	0	0	
	%	6,67	6,67	0	0	

Nhận xét: Các triệu chứng đau lưng, mỏi lưng, đau dọc xương dài, đầu chi và đều cải thiện sau dùng thuốc có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Tỷ lệ mỏi lưng khỏi là 71,11%, tỷ lệ đau lưng khỏi là 55%. Nhóm bệnh nhân gù vẹo, không có hiệu quả điều trị.

Bảng 3.6. Mức độ đau theo thang điểm Vas tại thời điểm D_0 và D_{15}

Mức độ đau	D_0		D_{15}	
	n	%	n	%
Không đau	0	0	0	0
Đau ít	13	28,89	26	57,78
Đau vừa	24	53,33	16	35,56
Đau nhiều	8	17,78	3	6,67
Đau không thể chịu nổi	0	0	0	0
Điểm đau trung bình	3,60 ± 1,91		2,71 ± 1,46	
P_{D0-D15}	< 0,05			

Nhận xét: Sau 15 ngày điều trị, mức độ đau giảm, số BN đau ít tăng đáng kể và chiếm tỷ lệ cao nhất 57,78%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p <0,05.

Bảng 3.7. Mức độ đau theo thang điểm Vas tại thời điểm D_0 và D_{30}

Mức độ đau	D_0		D_{30}	
	n	%	n	%
Không đau	0	0	8	17,78
Đau ít	13	28,89	25	55,56
Đau vừa	24	53,33	11	24,44
Đau nhiều	8	17,78	1	2,22
Đau không thể chịu nổi	0	0	0	0
Điểm đau trung bình	3,60 ± 1,91		2,07 ± 1,66	
P_{D0-D30}	< 0,05			

Nhận xét: Sau 30 ngày điều trị, mức độ đau giảm rõ rệt, số BN không đau tăng đáng kể chiếm 17,78 %, tiếp theo đau ít tăng đáng kể và chiếm tỷ lệ cao nhất 55,56 %. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p <0,05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Bàn luận về đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu và mối liên quan giữa triệu chứng lâm sàng với mức độ LX

Trong tổng số 45 BN dùng thuốc Hồi xuân hoàn được nghiên cứu, độ tuổi trung bình 65,96 ± 9,27. Trong đó, tuổi cao nhất là 79, tuổi thấp nhất là 43. Nhóm tuổi trên 70 chiếm tỷ lệ cao nhất là 42,2%. Kết quả này của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của tác giả Phạm Hồng Huệ với nhóm tuổi trên 70 có tỷ lệ cao nhất là 42,2% [3].

Về đặc điểm giới tính, biểu đồ 3.1 cho ta thấy nhóm BN nam chiếm 17,8% và nữ chiếm 82,2%. Như vậy tỷ lệ nam và nữ trong nhóm nghiên cứu là 1:4. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả khác [4].

Chiều cao trung bình của nhóm điều trị là 156 ± 0,63 (cm). Cân nặng trung bình của nhóm điều trị là 48,87 ± 6,18 (kg). BMI trung bình của BN trong nhóm điều trị là 20,15 ± 2,45.

Theo bảng 3.3, trong 45 BN nghiên cứu mỏi lưng và đau lưng là triệu chứng thường gặp nhất (chiếm 100% và 88,89%). Mặc dù mỏi lưng là triệu chứng của rất nhiều bệnh về xương, nhưng ở đây hầu hết những BN loãng xương đều có biểu hiện đau mỏi lưng, đặc biệt là những bệnh nhân bị gù hoặc bị lún đốt sống dù tiền sử chưa từng có chấn thương cột sống. Điểm đau chói thắt lưng xuất hiện ít hơn ở một số bệnh nhân loãng xương chỉ chiếm tỷ lệ 13,33%. Triệu chứng này thường xuất hiện sau khi bệnh nhân thay đổi tư thế đột ngột hoặc sau mang vác nặng. Dấu hiệu đau dọc các xương dài cũng chiếm tỷ lệ cao với 44,44 %. Đây cũng là các triệu chứng khá điển hình của chứng loãng xương là dấu hiệu gợi ý loãng xương.

Bảng 3.4 cho thấy mật độ xương của nhóm BN nghiên cứu của chúng tôi với BMD trung bình: Vùng cột sống thắt lưng là 0,82 ± 0,114, vùng cổ xương đùi trái là 0,67 ± 0,91, BMD vùng cổ xương đùi phải là 0,67 ±0,80. Tương ứng với mức T – score trung bình vùng cột sống thắt lưng là -2,63 ± 0,90, cổ xương đùi trái là -1,896 ± 0,803, cổ xương đùi phải là -1,891 ± 0,697.

Căn cứ vào tiêu chuẩn LX của WHO chia làm ba mức độ thiểu xương, loãng xương và loãng xương nặng: Theo bảng 3.5 nhóm BN loãng xương nặng thì triệu chứng đau lưng tỷ lệ 100%, mỏi lưng chiếm 100%, đau dọc xương dài đầu chi chiếm 100%, điểm đau chói thắt lưng chiếm 60%, gù vẹo chiếm 40%. Từ đó, chúng tôi nhận thấy, các triệu chứng lâm sàng tương ứng với mức độ loãng xương của BN. Mức độ loãng xương càng nặng thì càng đầy đủ các triệu chứng. Triệu chứng phổ biến nhất của LX là mỏi lưng, đau lưng và đau dọc xương đầu chi. Ở những BN ban đầu có các triệu chứng mỏi lưng, đau lưng cũng đã có thể là dấu hiệu của tình trạng thiểu xương rồi.

Dựa vào biểu đồ 3.3 phân loại mức độ đau của BN theo thang điểm VAS tại thời điểm ban đầu khi BN vào viện. Chúng tôi nhận thấy mức độ đau của BN LX tập trung nhiều vào mức đau vừa với tỷ lệ 53,33%, đau ít ở mức 28,89%, đau nhiều ở mức thấp hơn với tỷ lệ 17,78%, số BN đau ở mức không thể chịu nổi chỉ chiếm 0%. Kết quả này của chúng tôi phù hợp với các tác giả [4],[6].

4.2. Sự thay đổi của các triệu chứng lâm sàng và hiệu quả giảm đau trước và sau điều trị

4.2.1. Sự thay đổi của các triệu chứng lâm sàng trước và sau điều trị

Từ bảng 3.6 So sánh triệu chứng lâm sàng của BN trước và sau điều trị cho ta thấy: Số BN khỏi triệu chứng đau lưng chiếm 55%. Trong khi đó mỏi lưng khỏi chiếm tỷ lệ cao nhất là 71,11%. Nhóm đối tượng có điểm đau chói thắt lưng cải thiện 33,33%. Nhóm đối tượng có triệu chứng đau dọc xương dài, đầu chi cải thiện 40%. Riêng triệu chứng gù vẹo, vì thời gian nghiên cứu quá ít nên chưa có cải thiện trên lâm sàng.

Bảng 3.8 Điểm đau trung bình theo thang điểm VAS tại thời điểm D_{30} giảm có ý nghĩa thống kê với p<0,05 Số BN hoàn toàn không đau được tăng lên là 17,78%. Kết quả này gần tương đương với tác giả Trần Bửu Quốc, nghiên cứu đau thắt lưng thể thận dương hư bằng thuốc "Bổ thận tráng dương hoàn" (một tên gọi khác của "Hồi xuân hoàn") [6].

V. KẾT LUẬN

1. Bệnh nhân loãng xương trầm trọng đều có đầy đủ các triệu chứng lâm sàng gợi ý loãng xương. Bệnh nhân thiểu xương và loãng xương thường gặp triệu chứng đau mỏi cơ, đau lưng, đau khớp.

2. Hồi xuân hoàn có tác dụng giảm đau các triệu chứng trên lâm sàng ở bệnh nhân loãng xương. Điểm đau trung bình theo thang điểm VAS tại thời điểm D_{30} giảm giảm từ 3,60 ± 1,91 xuống 2,07 ± 1,66; khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **COOPER C, CAMPION G, MELTON L J** (1992), "3RD. Hip fractures in the elderly: a world-wide projection [J]. Osteoporos Int" 2(6): 285-289.
2. **R. BARTL B F** (2009), Osteoporosis [M]. Germany: Springer.
3. **Phạm Hồng Huệ** (2004) " Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị bệnh loãng xương ở người lớn tuổi bằng Dưỡng cốt hoàn, Luận án tiến sỹ Y học.
4. **Nguyễn Thị Kiều Oanh** (2012) "Mô tả đặc điểm lâm sàng và đánh giá bước đầu bệnh nhân loãng xương thể thận âm hư". Luận án thạc sỹ Y học.
5. **Nguyễn Văn Tuấn, Nguyễn Đình Nguyên** (2007), Loãng xương nguyên nhân, chẩn đoán, điều trị và phòng ngừa, Hội loãng xương Thành phố Hồ Chí Minh, Nhà xuất bản Y học, tr 43-52.
6. **Trần Bửu Quốc (**2011) " Đánh giá tác dụng điều trị chứng đau thắt lưng thể thận dương hư bằng thuốc bổ thận tráng dương" Luận văn thạc sỹ Y học.

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: U DA SỪNG HÓA KHỔNG LỒ HIẾM GẶP Ở BỆNH NHÂN NỮ 83 TUỔI

Nguyễn Xuân Thực*

TÓM TẮT

Ca lâm sàng điển hình là bệnh nhân nữ 83 tuổi, có khối u da sừng hóa khổng lồ ở má trái. Khối u này xuất hiện cách đây khoảng 5 năm, lúc đầu nhỏ, sau lớn chậm dần. Tiền sử bản thân và gia đình không có gì đặc biệt, thương tổn cũng không gây triệu chứng gì. Khám lâm sàng là một khối sừng hóa cứng chắc, nổi gồ trên bề mặt da vùng má trái, giống như chiếc cựa gà khổng lồ với chiều dài khoảng 6cm. Da vùng xung quanh thương tổn bình thường. Tiến hành phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ thương tổn dưới gây tê tại chỗ. Kết quả giải phẫu bệnh lý là khối u sừng hóa lành tính.

**Bệnh viện Bạch Mai*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Thực
Email: thucrhmbm@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.10.2016
Ngày phản biện khoa học: 12.12.2016
Ngày duyệt bài: 26.12.2016

SUMMARY

A GIANT CUTANEOUS HORN OF 83 YEAR-OLD FEMALE PATIENT: A CASE REPORT.

A 83 year-old female patient presented with a giant cutaneous horn on the left cheek for the past 5 years, and had since slowly increased in size. The past and family histories were not significant, without any symtoms. Physical examination revealed a solitary, firm, horn like projection nearly 6 cm in length with a hyperkeratotic surface (look like cock spur). Skin surrounding the lesion was normal. A complete resection was primarily performed under local anaesthesia. Histopathological study disclosed thickening and hyperkeratosis suggestively of benign lesion.

I. TỔNG QUAN

U da sừng hóa là một dạng thương tổn đặc biệt và hiếm gặp. Lâm sàng là dạng hình nón sừng hóa nổi gồ trên bề mặt da. Các thương tổn điển hình suất hiện ở các vùng da hở, tiếp xúc với ánh sáng mặt trời, chẳng hạn như ở mặt, tai, mũi, cẳng tay và mu bàn tay. Chúng thường là nhỏ và khu trú, nhưng cũng có thể là rất to trong các trường hợp hiếm gặp. Mặc dầu chúng thường là dạng thương tổn lành tính, nhưng cũng có khi là thương tổn tiền ung thư hoặc ung thư [1], [2].

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ 83 tuổi, cách đây khoảng 5 năm, thấy xuất hiện một thương tổn nổi gồ trên bề mặt da vùng má trái. Khối này không gây ra triệu chứng gì, nên bệnh nhân cũng không để ý. Sau đó khối này lớn chậm dần, dài ra, sừng hóa, cứng chắc, nhưng cũng không gây ra khó chịu gì cho bệnh nhân. Khoảng 1 năm gần đây, khối này to, dài, đầu nhọn, cong, sừng hóa trông tựa như chiếc cựa gà khổng lồ trên má. Mặc dầu cũng không gây ra triệu chứng gì, nhưng đôi khi gây vướng cho bệnh nhân, đồng thời với hình thù quái dị, khiến cho người nhà hoang mang, hàng xóm dị nghị. Đó cũng chính là lý do bệnh nhân được đưa tới khám bệnh (22/1/2013).

Tiền sử gia đình không có gì đặc biệt, bản thân bệnh nhân khỏe mạnh, không mắc các bệnh nội khoa mãn tính. Bệnh nhân là nông dân thuần túy, đã từng có thời gian dài làm ruộng, tiếp xúc trực tiếp với ánh sáng mặt trời khi còn sức lao động.

Khám lâm sàng cho thấy thương tổn là một khối sừng hóa, nổi gồ trên bề mặt da, hình cong giống như một chiếc sừng trâu thu nhỏ, hay một chiếc cựa gà khổng lồ. Kích thước dài khoảng 6 cm, đường kính gốc khoảng 1,5 cm và thuôn nhỏ dần về phía đỉnh. Da vùng quanh gốc u hoàn toàn bình thường, không có loét, không hạch và không thâm nhiễm.

Tiến hành làm các xét nghiệm máu thường quy trước mổ, cho thấy kết quả trong giới hạn bình thường, bệnh nhân đủ tiêu chuẩn phẫu thuật. Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật dưới gây tê tại chỗ, cắt bỏ toàn bộ khối u, bóc tách giảm căng, khâu tạo hình vết mổ và gửi toàn bộ bệnh phẩm để làm giải phẫu bệnh. Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy là khối u da sừng hóa lành tính, không phát hiện thấy tế bào ung thư ở vùng đáy thương tổn.

III. BÀN LUẬN

Đây là một ca u da sừng hóa điển hình, kích thước lớn, rất hiếm gặp ở má của bệnh nhân nữ 83 tuổi. Y văn cho thấy, u da sừng hóa không nhất thiết phải có hình sừng, nó còn có những hình dạng khác nhau, chẳng hạn như hình phẳng, hình sẩn cục hay hình miệng núi lửa. Kích thước của u da sừng hóa cũng thường nhỏ, với tiêu chuẩn độ gồ cao sừng hóa ít nhất bằng nửa đường kính đáy tổn thương [3]. Khối u da sừng hóa ở bệnh nhân này là rất điển hình với dạng thương tổn sừng hóa gồ lên bề mặt da má trái hình sừng, kích thước khủng với khoảng 6 cm chiều dài và hơn 1 cm đường kính đáy (hình dới).

Hình ảnh u da sừng hóa ở BN nữ 83 tuổi đã được điều trị phẫu thuật

Vì có hình thù kỳ quái, rất giống với chiếc sừng mọc ở những vùng da lộ, nên u da sừng hóa sẽ ảnh hưởng rất lớn tới thẩm mỹ của người bệnh. Đôi khi làm người bệnh trơ nên tự ti, mặc cảm, ngại giao tiếp, đồng thời cũng gây nên sự hoang mang của gia đình và sự dị nghị đàm tiếu của cộng đồng xung quanh.

Y văn cũng cho thấy khối u da sừng hóa cũng có thể là lành tính, tiền ung thư hoặc ung thư. Rất khó để nhận biết thương tổn là lành tính hay ác tính. Tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán phân biệt vẫn là kết quả giải phẫu bệnh. Tuy nhiên, trên lâm sàng, với các dấu hiệu bất thường da vùng đáy của thương tổn cũng có thể gợi ý tới một thương tổn không phải là lành tính [3].

Các nghiên cứu cũng cho thấy có cảnh báo lớn về tỷ lệ thoái triển ác tính của loại thương tổn này. Do đó việc phát hiện sớm và điều trị kịp thời là vô cùng quan trọng. Ngoài việc tạo lại vẻ thẩm mỹ, mang lại sự tự tin cho người bệnh, tránh mọi điều dị nghị không đáng có, thì còn giúp người bệnh thoát khỏi nguy cơ ung thư hóa. Với cách điều trị duy nhất là phẫu thuật, các nhà khoa học khuyến cáo nên cắt gọn triệt để cả chân, và làm xét nghiệm giải phẫu bệnh lý sàng lọc ung thư ở rìa đáy thương tổn [2], [3].

Cũng thật may mắn, ở bệnh nhân này thương tổn kích thước lớn, tồn tại trong thời gian dài, nhưng kết quả giải phẫu bệnh không phát hiện thấy tế bào ung thư, phẫu thuật thành công mà không cần can thiệp thêm các liệu pháp điều trị khác.

V. KẾT LUẬN

U da sừng hóa là loại thương tổn hiếm gặp, hình dạng kỳ quái, có khả năng thoái hóa ác tính. Cần phải phát hiện sớm và điều trị triệt để bằng phẫu thuật, đồng thời làm xét nghiệm giải phẫu bệnh rìa đáy thương tổn để sàng lọc ung thư.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Copcu E, Sivrioglu N, Culhanci N, (2004),** Cutaneous horns: are these lesions as innocent as they seem to be?, *World J Surg Oncol*, 2:18
2. **Nthuuta PM (2007),** Gant cutaneous horn in an Afican woman - a case report, *J Med Case Rep*, 1:170
3. **Oludiran OO, Ekanem VJ (2011),** cutaneous horns in an Afican population. *J Cuta Aesthet Surg*, 4(3): 197-200

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT SỬA VAN HAI LÁ CÓ SỬ DỤNG DÂY CHẰNG NHÂN TẠO

Lý Hoàng Anh*, Trần Quyết Tiến*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật sửa van hai lá có sử dụng dây chằng nhân tạo bằng chỉ Polytetrafluoroethylene (PTFE) trên bệnh nhân hở van hai lá do sa lá van. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả 21 bệnh nhân sửa van hai lá có sử dụng dây chằng nhân tạo từ tháng 1/2015 đến tháng 9/2015. Tuổi trung bình là 48.9 ±10.3, nam chiếm 57.1%. Suy tim theo phân độ NYHA độ II là 47.6%, độ III là 52.4%. Hở van hai lá nặng (3/4) là 23.8%, rất nặng (4/4) là 76.2%. Đường kính thất trái cuối tâm trương là 59±10 mm. Thương tổn sa lá trước van hai lá là 47.6%, thương tổn sa lá sau van hai lá là 42.9%, thương tổn sa cả hai lá van là 9.5%. Số dây chằng nhân tạo được sử dụng cho mỗi trường hợp từ 1 đến 4 dây chằng. Tất cả các trường hợp phẫu thuật sửa van hai lá đều được đặt vòng van. Siêu âm qua thành ngực được thực hiện trước, sau phẫu thuật và theo dõi trong 30 ngày. **Kết quả:** Không có tử vong sau 30 ngày phẫu thuật. Tỉ lệ rung nhĩ là 9.5%. Phân suất tống máu là 53.6 ± 10.7%. Van hai lá không hở là 81%, hở nhẹ van hai lá 14.3%, hở trung bình 4.8%. Thời gian hồi sức trung bình là 3 ngày. Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật 14 ± 9 ngày. **Kết luận:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, suy tim nặng chiếm hơn 50%. Thương tổn van hai lá phức tạp chiếm phần lớn. Phẫu thuật sửa van hai lá sử dụng dây chằng nhân tạo có thể thay thế những phẫu thuật kinh điển như cắt giảm lá van tam giác, cắt giảm lá van tứ giác, tạo hình trượt lá van trong những thương tổn phức tạp. Ngoài ra, dây chằng nhân tạo cho thấy tính tiện lợi và dễ sử dụng. Kết quả sớm phẫu thuật sửa van hai lá với dây chằng nhân tạo là khá tốt.

Từ khóa: Sửa van hai lá, dây chằng nhân tạo.

**Bệnh Viện Chợ Rẫy*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Quyết Tiến
Email: tienchoray@yahoo.com
Ngày nhận bài: 13.10.2016
Ngày phản biện khoa học: 15.12.2016
Ngày duyệt bài: 26.12.2016

SUMMARY

EARLY OUTCOMES OF MITRAL VALVE REPAIR WITH NEO-CHORDAE

Objective: This study assess early outcomes of mitral valve repair with neo – chordae made by

Polytetrafluoroethylene (PTFE) suture. **Methods**: Retrospective describes 21 patients that have been repaired mitral valve with neo – chordae made by PTFE suture from January 2015 to September 2015. Average age was 48.9 ± 10.3, male made up 57.1%. The preoperative New York Heart Association functional class II was 47.6%, and class III was 52.4%. The degree of preoperative mitral valve regurgitation was 3/4 (23.8%) and 4/4 (76.2%). Left ventricular disatolic diameter was 59 ± 10mm. Anterior mitral leaflet prolapse was 47.6%, posterior mitral leaflet prolapse was 42.9%. Mitral bileaflet prolapse was 9.5%. Neo – chordae was from 1 to 4. All case was remodeled mitral valve annuloplasty by the saldle ring. Transthoracic echocardiographic has been progressed ant- operation or post-operation and continued to observe at 30 days. **Results**: No mortality after 30 days operation. The rate of atrial fibrillation postoperative was 9.5%, and the left ventricular ejection fraction was 53.6 ± 10.7%. None mitral regurgitation was 81%, mild mitral regurgitation was 14.3%, moderate regurgitation mitral was 4.8%. The median time of intensive care unit time was 3 days. The mean time of post-operation must stay in hospital was14 ± 9 days. **Conclusions:** In this study, the heart failure at class III accounted more than 50%. Mitral valve was prolapsed many areas of the leaflet. Mitral valve repair with neo – chordae can replacethe horrible operations such as triangular resection, quadrangular resection, sliding valvuloplasty with composite injury. Moreover, Neo – chordae has convenient and easy to using. Early outcomes of Mitral valve repair with neo – chordae is good.

Key words: Mitral valve repair, neochordae.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hở van hai lá do nhiều nguyên nhân gây ra, trong đó có sa lá van. Theo y văn, tỉ lệ sa van hai lá chiếm 1-2.5% dân số, trong đó 10% gây hở van hai lá. Hở van hai lá là bệnh lý khá thường gặp gây rối loạn chức năng tâm thu thất trái, lâu dần sẽ dẫn đến suy tim, tăng tỉ lệ biến chứng và tỉ lệ tử vong. Sửa van hai lá là một lựa chọn hàng đầu trong phẫu thuật điều trị hở van hai lá do sa lá van.

Trước đây, trong phẫu thuật sửa van hai lá, những kỹ thuật chuyển vị dây chằng, tạo hình trượt lá van, làm ngắn dây chằng được sử dụng sửa van hai lá do sa lá trước đã mang lại hiệu quả rất đáng khích lệ [5]. Trong những năm 1970, các kỹ thuật cắt giảm tam giác, cắt giảm tứ giác lá van phát triển và được ứng dụng rộng rãi trong sửa van hai lá do sa lá sau. Mặc dù kết quả ngắn hạn, dài hạn là tốt nhưng kỹ thuật này làm mất nhiều mô van, mất dây chằng thứ cấp, ảnh hưởng đến hình thái và chức năng của thất trái. Kỹ thuật cắt giảm tứ giác lá van phối hợp gấp nếp vòng van, tạo hình trược lá van yêu cầu phải phục hồi được giải phẫu của bộ máy van hai lá. Những kỹ thuật này không đơn giản và có thể làm giới hạn độ mở lá van nếu cắt quá mức phần lá van sa [5].

Sự xuất hiện của dây chằng nhân tạo thật sự là một cuộc cách mạng lớn trong phẫu thuật sửa van hai lá, đã có nhiều thay đổi trong lựa chọn phương pháp phẫu thuật kinh điển bằng cách thay thế bởi dây chằng nhân tạo trong sửa van hai lá. Frater và cộng sự đã sớm thực hiện nghiên cứu thay thế dây chằng tự nhiên bằng dây chằng nhân tạo polytetrafluoroethylene trong những năm 1980. Hiện nay, có nhiều nghiên cứu so sánh kỹ thuật sửa van hai lá sử dụng dây chằng nhân tạo với các phương pháp kinh điển cho thấy tính tiện lợi, lâu bền, kết quả dài hạn của dây chằng nhân tạo là rất tốt [6,7]. Vì những lý do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu hồi cứu các trường hợp sửa van 2 lá có có sử dụng dây chằng nhân tạo bằng chỉ PTFE với hai mục tiêu:

1. *Khảo sát thương tổn van hai lá trên bệnh nhân hở van hai lá do sa lá van.*
2. *Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật sửa van hai lá có sử dụng dây chằng nhân tạo bằng chỉ PTFE.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu mô tả hàng loạt trường hợp

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân hở van hai do sa lá van có chỉ định phẫu thuật theo khuyến cáo của Trường môn tim mạch Hoa Kỳ/ Hiệp hội tim mạch Hoa Kỳ 2014.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân được phẫu thuật sửa van hai lá có sử dụng dây chằng nhân tạo tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 1/2015 đến tháng 9/2015.

Các bệnh nhân được tiếp nhận điều trị từ các vùng miền trong cả nước, không phân biệt giới tính.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân được phẫu thuật sửa van bằng các kỹ thuật khác phối hợp: cắt giảm lá van, chuyển vị dây chằng, làm ngắn dây chằng, tạo hình trượt cơ nhú.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 21 bệnh nhân nhập viện điều trị phẫu thuật bệnh hở van hai lá do sa lá van. Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật 30 ngày, không có trường hợp nào tử vong, tỉ lệ sửa van hai lá có dùng dây chằng nhân tạo thành công đến 95.2%.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước phẫu thuật.

Tuổi			48.9 ±10.3
Giới	Nam		57.1 %
	Nữ		42.9 %
Suy tim theo phân độ NYHA	Độ II		47.6 %
	Độ III		52.4 %
ECG	Xoang		95.2 %
	Rung nhĩ		4.8 %
Siêu Âm	Phân suất tống máu		69.5 ± 7 %
	Đường kính tâm trương thất trái (mm)		59 ± 10
	Độ hở van hai lá	3/4 (nặng) 4/4 (rất nặng)	23.8 % 76.2 %
	Hở van 3 lá		85.7 %

Ghi chú: ***NYHA =*** Phân độ suy tim theo Hiệp hội tim mạch New York.

Suy tim độ III >50 %, dãn thất trái, 100 % hở van hai lá nặng đến rất nặng kèm theo hở van 3 lá.

Bảng 2: Đặc điểm trong mổ:

Thương tổn van hai lá	Sa lá trước		**47.6%**
		A2 A3 A1A2 A2A3	14.3% 9.5% 4.8% 19%
	Sa lá sau		**42.9%**
		P1 P2 P1P3 P2P3 P1P2P3	9.5% 4.8% 4.8% 14.3% 9.5%
	Sa cả hai lá van		**9.5%**
Số dây chằng nhân tạo			100% (45 dây chằng)
Đặt vòng van hai lá	Số 28 Số 30 Số 32		100% 38.1% 38.1% 23.8%
Sửa van ba lá			61.9%
	Devega Vòng van		28.6% 38.1%
Thời gian chạy máy (phút)			134.3 ± 46.2
Thời gian kẹp ĐMC (phút)			107.9 ± 45.7

Thương tổn lá trước nhiều hơn lá sau, tất cả các trường hợp sửa van đều sử dụng dây chằng nhân tạo, số dây chằng nhân tạo được tạo ra từ 1 đến 4 cho mỗi trường hợp. Vòng van hai lá được sử dụng cho tất cả các trường hợp, >50 % hở van ba lá phải can thiệp. Thời gian chạy máy giao động trong khoảng 2-3 giờ.

Bảng 3: Đặc điểm sau phẫu thuật:

Điện Tim	Nhịp xoang		90.5%
	Rung nhĩ		9.5%
Siêu âm tim	EF		53.6 ± 10.7%
	Độ hở van hai lá	Không hở 1/4 (hở nhẹ) 2/4 (hở trung bình)	81% 14.2% 4.8%
Thời gian hồi sức (ngày)			3
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (ngày)			14 ± 9

Sau phẫu thuật, rung nhĩ tăng, phân suất tống máu giảm. Tỉ lệ van 2 lá sau sửa không hở đến 81%.

IV. BÀN LUẬN

Những đặc điểm chung trong nghiên cứu. Tuổi trung bình: 48.9 ± 10.3, đây là nhóm tuổi trong độ tuổi lao động. Nếu phẫu thuật sớm sẽ giúp bệnh nhân về lại cộng đồng với sức khỏe tốt. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của các tác giả Ngô Chí Hiếu là 41.63 ± 16.7, Nguyễn Minh

Hải là 35.6 ± 17.1, Tirone E. David là 57.2 ± 13. Sự khác biệt trên có thể do nguyên nhân gây hở van hai lá ở các nước phát triển do thoái hóa van, và nghiên cứu cho thấy phẫu thuật sửa van hai lá có thể tiến hành ở tất cả các lứa tuổi. Kết quả phân bố bệnh nhân theo mức độ suy tim, 100% bệnh nhân có mức độ suy tim NYHA ≥ 2. Các tác giả Nguyễn Minh Hải là 100% NYHA **≥** 2, Ngô Chí Hiếu là 93% NYHA **≥** 2, Braunberger E là 98% NYHA **≥** 2. Sự khác biệt này là do đặc điểm của bệnh nhân Việt Nam thường đến khám bệnh và phẫu thuật khi có triệu chứng nặng và ở giai đoạn muộn. Điều này ảnh hưởng đến tỷ lệ tử vong cũng như biến chứng trong và sau mổ nếu bệnh nhân được can thiệp phẫu thuật. Tỉ lệ rung nhĩ trong nghiên cứu là 4.8% thấp hơn của các tác giả Nguyễn Văn Phan, Nguyễn Minh Hải. Phân suất tống máu trong nghiên cứu là 69.5 ± 7% tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Phan là 69.37 ± 7.7%. Đường kính thất trái cuối tâm trương là 59 ± 10 mm, kết quả này cao hơn so với nhóm chứng hở van hai lá ≤ 1/4 trong nghiên cứu của tác giả Đào Kim Phượng là 45.3 ± 4.9mm, chứng tỏ tình trạng bệnh nặng, thất trái giãn.

Thương tổn van hai lá qua siêu âm thành ngực, chúng tôi thấy có sự cải thiện rõ ràng về mức độ hở van hai lá. Trước phẫu thuật, 100% hở van hai lá ≥ 3/4, sau phẫu thuật có đến 95.2% bệnh nhân hở van hai lá ≤ 1/4. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Ngô Chí Hiếu: trước phẫu thuật 96.49% hở van hai lá ≥ 3/4, sau phẫu thuật là 97.37% < 2/4. Thương tổn van hai lá trong phẫu thuật: lá trước là 47.9%, lá sau là 42.9%, cả hai lá van là 9.5%. Các thương tổn phối hợp nhiều thành phần trên 1 lá van chiếm ưu thế ở cả lá trước, lá sau van hai lá. Trong nghiên cứu của tác giả Đào Kim Phượng, tổn thương lá trước là 31.7%, lá sau là 46.7% và cả hai lá van là 21.6%; và trong nghiên cứu của tác giả David T.E tổn thương lá trước là 17.6%, lá sau là 29.5%, cả hai lá van là 52.9%. Sự khác biệt này là do đặc điểm bệnh lý vùng miền khác nhau. Đối với những thương tổn đơn lẻ, một thành phần riêng rẻ như A1 hoặc A2 hoặc A3 hay chỉ P1 hoặc P2 hoặc P3. Phẫu thuật sửa van cần cắm lại 1 đến 2 dây chằng, chúng tôi sử dụng chỉ CV4, CV5 (PTFE) làm dây chằng nhân tạo và áp dụng phương pháp điểm của tác giả Carpentier để xác định chiều dài cần thiết của dây chằng mới. Đối với những thương tổn phối hợp nhiều phần, chúng tôi tạo nhiều dây chằng bằng cách làm nhiều vòng lặp từ chỉ CV4, CV5 theo phương pháp của tác giả Von Uppell UO. Với phương pháp này, trong nghiên cứu chúng tôi tạo được từ 2 đến 4 dây chằng. Tất cả các trường hợp nghiên cứu đều được đặt vòng cứng 3D van hai lá từ số 28-32 để làm vững chắc vòng van, kéo dài hiệu quả sửa van. Chúng tôi tiến hành sửa van ba lá cho 13 bệnh nhân (61.9%) bằng hai phương pháp Devega và đặt vòng van. Thời gian chạy máy là 134.3 ± 46.2 phút và thời gian kẹp động mạch chủ là 107.9 ± 45.7 phút. Kết quả này cao hơn của các tác giả Nguyễn Văn Phan là 86.88 ± 21 phút và 62.34 ± 16.3 phút; Ngô Chí Hiếu 81.24 ± 18.88 phút và 62.22 ± 18. 25 phút; David T.E 90 ± 30phút và 72 ± 25 phút. Sự khác biệt này là do trong nghiên cứu của chúng tôi, thương tổn phối hợp nhiều thành phần trên lá van chiếm hơn 60% và chúng tôi tiến hành sửa van ba lá phối hợp.

Sau phẫu thuật, không có tử vong sau 30 ngày. Không có tỉ lệ mổ lại do chảy máu hay phẫu thuật lại van hai lá. Chỉ có 1 trường hợp hở van hai lá 2/4 cần phải theo dõi, đánh giá. Không có biến chứng tràn dịch màng tim, màng phổi. Kết quả sau mổ, tỉ lệ rung nhĩ tăng so với trước mổ, trước mổ là 4.8%, sau mổ là 9.5%. Phân suất tống máu sau mổ là 53.6 ± 10.7% giảm so với trước mổ là 69.5±7% và sự khác biệt này có ý nghĩa (p là 0.001< 0.05), kết quả giảm này cũng tương đồng với các nghiên cứu của Nguyễn văn Phan: trước mổ là 69.37 ± 7.7%, sau mổ là 59.11 ± 10%; Ngô Chí Hiếu trước mổ 65.74 ± 8.97% và 55.38 ± 7.42%. Bản thân cơ tim khi mắc bệnh lý hở van đã là một thương tổn thực thể, và phải trải qua cuộc phẫu thuật lớn, tim tổn thương, nên chức năng tim giảm. Độ hở van hai lá sau phẫu thuật là 95.2% < 2/4 so với trước phẫu thuật là 100% hở van hai lá ≥ 3/4, kết quả này tương đồng với các tác giả Nguyễn Văn Phan 93% < 2/4; Ngô Chí Hiếu 97.37% <2/4. Thời gian hồi sức trung vị là 3 ngày, thời gian nằm viện trung bình là 14 ngày, kết quả này tương đương với các nghiên cứu của các tác giả trên.

Dây chằng nhân tạo được sử dụng là một bước tiến lớn đối với kỹ thuật sửa van hai lá. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ sửa van thành công cao. Những tổn thương phức tạp 2 đến 3 phần trên một lá van hoặc thương tổn trên cả 2 lá van, dây chằng nhân tạo có thể đáp ứng được để tiến hành sửa van. Từ đó cho thấy được sự hiệu quả và tiện lợi trong việc sử dụng dây chằng nhân tạo khi mô tự thân không đáp ứng. Ngoài ra, những tổn thương nhiều thành phần

của lá van cần nhiều kỹ thuật khó để sửa, sự linh hoạt và kinh nghiệm của phẫu thuật viên với dây chằng nhân tạo sẽ là một phương án để thực hiện thay thế tốt. Ngày nay, việc sử dụng dây chằng nhân tạo trong sửa van hai lá với các thương tổn dây chằng dài, đứt dây chằng ngày càng rộng rải. Không chỉ với van 2 lá, dây chằng nhân tạo còn được sử dụng trong sửa van ba lá do sa lá van. Chính các ưu thế của dây chằng nhân tạo, các kỹ thuật cắt giảm lá van, rút ngắn dây chằng, chuyển vị dây chằng ngày càng ít được sử dụng hơn. Ngoài những ưu điểm trên, hiện tại, trên thế giới có nhiều nghiên cứu kết quả dài hạn của dây chằng nhân tạo cho thấy được tính ổn định và lâu bền của dây chằng. Vì vậy, cần có những nghiên cứu tại Việt Nam đánh giá tính lâu bền của dây chằng nhân tạo và tính tiện lợi của dây chằng nhân tạo trong phẫu thuật xâm lấn tối thiểu.

V. KẾT LUẬN

Qua 21 trường hợp nghiên cứu, phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu là suy tim nặng, đến viện muộn, hở van hai lá nặng hoặc rất nặng, thương tổn phối hợp nhiều thành phần của lá van. Phương pháp phẫu thuật sửa van với dây chằng nhân tạo hiệu quả, linh hoạt. Phương pháp này có thể dần thay thế những phương pháp phẫu thuật sửa van hai lá kinh điển như cắt giảm tam giác lá van, cắt giảm tứ giác lá van, tạo hình trượt lá van. Ngoài ra, dây chằng nhân tạo còn thể hiện tính tiện lợi và dễ sử dụng. Qua nghiên cứu, kết quả sớm sau 30 ngày phẫu thuật là rất tốt. Thời gian hồi sức và nằm viện ngắn. Trong tương lai có thể thực hiện được phẫu thuật sửa van hai lá xâm lấn tối thiểu sử dụng dây chằng nhân tạo với hiệu quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Minh Hải, Phan Đình Thảo (2014)** " Kết quả phẫu thuật sửa van hai lá tại Bệnh Viện Đà Nẵng", *Tạp Chí Tim Mạch Học,* (số 68), tr 191-194.
2. **Ngô Chí Hiếu, Đỗ Doãn Lợi (2013)** " Nghiên cứu sự thay đổi huyết động, hình thái chức năng thất trái sau phẫu thuật sa van hai lá tại bệnh viện Tim Hà nội", *Tạp Chí Y Học Thực Hành,* (Số 4) tr 29-33.
3. **Nguyễn Văn Phan (2014)** " Kết quả phẫu thuật sửa van hai lá trong bệnh Barlow tại viện tim TP.HCM từ 1994 đến 2012", *Tạp chí Phẫu thuật tim mạch và lồng ngực Việt Nam* , (số 6), tr 17-23.
4. **Đào Kim Phượng, Ngọ Văn Thanh (2015),** " Nghiên cứu một số đặc điểm hở van hai lá trên siêu âm tim ngoài thành ngực của bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật tại Bệnh viện Tim Hà Nội". < http://www.timmachhoc.vn/tong-hop-tu-nghien-cuu-tren-lam-sang/1151>. [Ngày truy cập: 1 tháng 12 năm 2016].
5. **Carpentier A, (2010),** "Mitral Valve Reconstruction", *Reconstructive Valve Surgery*, Sauders: pp.27-166.
6. **Braunberger E, et al (2001):** "Long-Term Results (More Than 20 Years) of Valve Repair With Carpentier's Techniques in Nonrheumatic Mitral Valve Insufficiency ", *Circulation* 104[suppl I]: I8-I11
7. **Chauvaud S, et al (2001):** "Long-Term (29 Years) Results of Reconstructive Surgery in Rheumatic Mitral Valve Insufficiency", *Circulation* 104[suppl I]: I12-I15

SO SÁNH THAY ĐỔI VỀ HÔ HẤP VÀ TUẦN HOÀN CỦA PHƯƠNG PHÁP PCS (PATIENT CONTROLLED SEDATION) SỬ DỤNG MIDAZOLAM SO VỚI GÂY TÊ ĐƠN THUẦN (GTĐT) TRONG THỦ THUẬT NHA KHOA

Nguyễn Quang Bình*, Phạm Hoàng Tuấn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: so sánh thay đổi về hô hấp và tuần hoàn của phương pháp PCS sử dụng midazolam so với GTĐT trong thủ thuật nha khoa. ***Đối tượng phương pháp:*** 70 bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật răng khôn, tuổi 18 – 60, ASA I - II chia thành 2 nhóm ngẫu nhiên. Nhóm GTĐT (n = 35) gây tê tại chỗ bằng lidocaine 2% và nhóm PCS (n = 35): gây tê kết hợp với an thần liều bolus midazolam 0,5 mg do bệnh nhân tự điều khiển bơm tiêm điện. ***Kết quả:*** Nhóm PCS có tần số tim (từ T_1 đến T_5) và huyết áp tâm thu (từ T_1 đến T_x) thấp hơn ($p < 0,01$; $p < 0,05$), huyết áp tâm trương tương đương ($p > 0,05$); tần số hô hấp (từ T_1 đến T_5) thấp hơn ($p < 0,05$) và $SpO_2 > 98\%$ so với nhóm GTĐT. ***Kết luận:*** phương pháp PCS sử dụng midazolam kết hợp với gây tê tại chỗ về hô hấp và

**Bệnh viện Răng hàm mặt TW Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Bình
Email: Nguyenbinh3010@gmail.com
Ngày nhận bài: 5.10.2016
Ngày phản biện khoa học: 20.12.2016
Ngày duyệt bài: 26.12.2016

tuần hoàn luôn ổn định và gần với giá trị nền hơn so với phương pháp chỉ GTĐT trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới.

Từ khóa: an thần, PCS, midazolam

SUMMARY

COMPARATIVE OF CHANGES IN RESPIRATORY SIGNS AND CIRCULATION BY MEANS OF PCS USING MIDAZOLAM COMPARED WITH LOCAL ANESTHETIC IN DENTAL SURGERY

Objective: Evaluation of changes in respiratory signs and circulation by means of PCS using midazolam compared with local anesthetic in dental surgery. ***Methods:*** Clinical trials method and comparision, 70 patients were collected, aged averages 18-60, ASA I-II. Local anesthesia only group (n = 35): lidocaine 2% with epinephrine 1/100,000 with the first dose of 2 mg kg, 5 minutes after surgery. PCS group (n = 35): first dose of 0.5 mg midazolam intravenously 1 minute before the local anesthetic (such as group 1) and the next dose to maintain anesthesia by injection every person bolus: midazolam 0.5 mg depending on response the patient's response. ***Results:*** Circulation: heart frequency PCS group (from T_1 to T_5) and systolic blood pressure (from T_1 to T_x) significantly lower ($p < 0.01$; $p < 0.05$); diastolic blood pressure ($p > 0.05$) compared with local anesthesia only group. Respiratory: breathing frequency PCS group (from T_1 to T_5) significantly lower ($p < 0.05$); oxygen saturation SpO2 > 98 % equivalent ($p > 0.05$) compared with local anesthesia only group. ***Conclusion:*** under sedation with midazolam effects PCS stable group of respiratory and circulatory local anesthesia only group than in the surgery.

Keywords: *Sedation, PCS, midazolam*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong can thiệp nha khoa, các thủ thuật can thiệp ở trong miệng như cấy ghép implant, ghép xương hàm, cắt nang, cuống răng... mà đặc biệt là răng khôn hàm dưới là can thiệp sâu trong khoang miệng, nếu vô cảm sử dụng phương pháp gây tê tại chỗ sẽ làm cho bệnh nhân lo âu, cử động nhiều và kém hợp tác với phẫu thuật. Phương pháp an thần tỉnh do bệnh nhân tự kiểm soát (PCS) bằng midazolam giúp cho bệnh giảm lo sợ, ít cử động và hợp tác tốt hơn với các can thiệp. Midazolam là một thuốc an thần, chấn kinh có tác dụng giảm lo âu, sợ hãi và gây quên. Tuy nhiên, sử dụng midazolam cần phải lưu ý là thuốc có tác động lên trung khu hô hấp và tuần hoàn. Chính vì lẽ đó mục tiêu trong nghiên cứu này là *"so sánh thay đổi về hô hấp và tuần hoàn của phương pháp PCS sử dụng midazolam so với phương pháp gây tê đơn thuần trong can thiệp nha khoa"* từ đó thấy ưu và nhược điểm của phương pháp để áp dụng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật một răng khôn hàm dưới (răng 38 hoặc 48), vô cảm dưới gây tê tại chỗ đơn thuần hoặc gây tê tại chỗ kết hợp với an thần. Tuổi từ 18 – 60, tình trạng toàn thân khỏe mạnh theo ASA I, II.

Bệnh nhân thực hiện phẫu thuật trên ghế nha khoa – tại khoa Phẫu thuật Trong Miệng, Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội bởi một phẫu thuật viên có kinh nghiệm và bác sĩ gây mê hồi sức.

2.2. Phương pháp

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, so sánh đối chứng. Chia ngẫu nhiên làm hai nhóm:

- Nhóm 1 (GTĐT = gây tê tại chỗ đơn thuần): n = 35 bệnh nhân
- Nhóm 2 (PCS = an thần do bệnh nhân tự điều khiển): n = 35 bệnh nhân: gây tê tại chỗ kết hợp với an thần bằng midazolam theo phương pháp PCS.

2.2.2. Phương pháp tiến hành

- Chuẩn bị bệnh nhân, dụng cụ, phương tiện: Theo quy trình chuẩn bệnh viện.

- Phương pháp vô cảm

+ Nhóm 1 (GTĐT): gây tê tại chỗ ở gai spix vùng răng khôn hàm dưới bằng lidocain 2 % có epinephrin 1/100.000 với liều đầu 2 mg/kg, sau 5 phút tiến hành phẫu thuật, thêm liều lidocain 0,5 mg/kg nếu bệnh nhân đau (tổng liều lidocain < 6 mg/kg).

+ Nhóm 2 (PCS): bệnh nhân tự thực hiện tiêm tĩnh mạch bằng cách bấm nút điều khiển bơm tiêm điện và nhận liều đầu là 0,5 mg midazolam trước 1 phút khi gây tê tại chỗ như nhóm 1. Duy trì những liều tiếp theo bằng cách đặt liều bolus: 0,5 mg midazolam và đặt khoảng thời gian trơ *(thời gian không tác dụng)* giữa 2 lần bolus là 1 phút. Bệnh nhân tự bấm nút điều khiển mỗi khi thấy đau hoặc lo sợ.

2.2.3. Phương pháp đánh giá

** Tiêu chí đánh giá:*

- Đặc điểm chung bệnh nhân: tuổi, giới, cân nặng, ASA, mức an thần OAA/S.
- Tần số tim: nhịp tim > 90 lần/ phút là tăng và nhịp tim < 60 lần/phút là giảm.
- Huyết áp tâm thu > 140 mmHg là tăng và < 90 mmHg là giảm; huyết áp tâm trương > 90 là tăng.
- Tần số hô hấp < 10 lần/phút là chậm, tần số hô hấp > 20 lần/phút là nhanh.

- Độ bão hòa o xy mao mạch (SpO_2): bình thường 95 ± 3 % (< 90 % là giảm, phải cho thở oxy qua mũi 2 lít/phút hoặc phải bóp bóng hỗ trợ).

** Thời điểm đánh giá:* T_0: 5 phút trước an thần; T_1: 1 phút sau an thần; T_2: 5 phút, T_3: 10 phút, T_4: 15 phút phẫu thuật; T_5: kết thúc phẫu thuật; T_X: xuất viện.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: tuân thủ các nguyên tắc trong tuyên bố Helsinki (1975), được thông qua tại Hội nghị Y tế Thế giới 29 (Tokyo) năm 1986.

2.4. Phương pháp xử lí số liệu: xử lí theo phần mềm thống kê SPSS 15.0

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm về cân nặng, tuổi , giới tính, tình trạng sức khỏe (ASA)

Nhóm PCS và GTĐT: về tuổi, giới tính, cân nặng và tình trạng sức khỏe ASA khác nhau không ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Như vậy, về tuổi, giới, cân nặng và tình trạng sức khỏe ASA ở 2 nhóm là tương đồng.

Nhóm PCS, tại các thời điểm sử dụng an thần bằng midazolam có mức an thần 4 < OAA/S < 5 điểm (ở mức an thần tỉnh) khác nhau có ý nghĩa thống kê (p < 0,05) so với nhóm GTĐT OAA/S = 5 điểm (bệnh nhân tỉnh táo hoàn toàn).

3.2. Sự thay đổi về tần số tim

Bảng 1. Sự thay đổi về tần số tim (nhịp/phút)

Thời điểm (phút)	Nhóm 1 (n = 35) X ± SD	Nhóm 2 (n = 35) X ± SD
T_0	89,11 ± 16,74	86,20 ± 10,25
T_1	95,54 ± 14,54	*79,89 ± 9,39**
T_2	95,63 ± 13,74	*84,00 ± 9,08**
T_3	95,29 ± 14,40	*84,40 ± 11,00**
T_4	94,94 ± 14,73	*83,94 ± 11,07**
T_5	91,29 ± 13,26	*83,40 ± 11,29***
T_x	87,14 ± 12,93	82,23± 10,28

*Ghi chú: *: p < 0,01; **: p < 0,05 khác nhau có ý nghĩa so với nhóm 1.*

Sự thay đổi về tần số tim từ T_1 đến T_5 ở nhóm PCS thấp hơn có ý nghĩa thống kê (p < 0,01 và p < 0,05) so với nhóm GTĐT. Điều này có thể lí giải là dưới tác dụng của midazolam nhịp tim ổn định gần với giá trị nền hơn là do bệnh nhân giảm lo sợ, trong khi đó ở nhóm GTĐT nhịp tim luôn có xu hướng tăng cao hơn so với giá trị nền là do bệnh nhân lo sợ trong quá trình phẫu thuật dưới tác động của môi trường xung quanh như kim gây tê, khoan cắt xương, kim chỉ phẫu thuật. Speilberger (1983) cho biết khi lo sợ làm tăng yếu tố thần kinh thể dịch, làm tăng hoạt động của cơ tim và tần số tim [5]. Như vậy, phương pháp PCS sử dụng midazolam có tác dụng làm ổn định nhịp tim hơn phương pháp GTĐT.

3.3. Sự thay đổi về huyết áp

Bảng 2. Sự thay đổi về huyết áp tâm thu và tâm trương

Thời điểm (phút)	Huyết áp tâm thu (mmHg)		Huyết áp tâm trương (mmHg)	
	Nhóm 1 (n = 35) X ± SD	Nhóm 2 (n = 35) X ± SD	Nhóm 1 (n = 35) X ± SD	Nhóm 2 (n = 35) X ± SD
T_0	132,06 ± 13,37	128,91 ± 12,71	77,40 ± 9,88	77,06 ± 9,08
T_1	136,86 ± 15,45	*124,60 ± 13,79**	78,97 ± 14,14	74,08 ± 9,69
T_2	137,66 ± 11,84	*125,71 ± 14,75**	78,06 ± 10,26	72,51 ± 10,14
T_3	139,77 ± 15,96	*126,86 ± 14,10**	77,14 ± 10,31	70,74 ± 10,16
T_4	135, 35 ± 13,57	*125,14 ± 12,57**	76,71 ± 9,16	71,69 ± 9,68
T_5	133,90 ± 14,54	*121,37± 13,75**	76,66 ± 9,46	73,17 ± 10,48
T_x	130,60 ± 11,50	*122,03± 12,96***	75,29 ± 7,93	70,46 ± 11,51

*Ghi chú: *: p < 0,01;**: p < 0,05 khác nhau có ý nghĩa so với nhóm 1.*

Huyết áp tâm thu từ T_1 đến T_x ở nhóm PCS thấp hơn có ý nghĩa (p < 0,01 và p < 0,05) so với nhóm GTĐT. Huyết áp tâm thu ở nhóm PCS sử dụng midazolam luôn ổn định và gần với giá trị nền là do bệnh nhân giảm lo sợ, trong khi đó ở nhóm GTĐT huyết áp tâm thu luôn tăng ở giới hạn cao của người bình thường là do lo sợ trong quá trình phẫu thuật. Marty (1989) cho rằng tác dụng của midazolam trên huyết động học tương đối ổn định [3], nó gây giảm huyết áp động

mạch vừa phải và tăng nhẹ tần số tim [1], [7]. Huyết áp tâm trương ở nhóm PCS sử dụng midazolam và nhóm GTĐT khác nhau không ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Điều này có thể lí giải là huyết áp tâm thu ít bị tác động bởi môi trường và tâm lí. Forster [2] thấy rằng midazolam ở liều 0,15 mg/kg cho kết quả huyết áp tâm thu giảm từ 78 mmhg xuống 70 mmHg và giá trị này giữ ở mức đó ít nhất 20 phút (p < 0,05). Như vậy, kết quả này cũng tương tự như kết quả của chúng tôi.

3.4. Sự thay đổi về tần số hô hấp và SpO_2

Bảng 3. Sự thay đổi về tần số hô hấp và SpO_2

Thời điểm (phút)	Tần số thở (lần/phút)		SpO_2 (%)	
	Nhóm 1 (n = 35) $\bar{X} \pm SD$	Nhóm 2 (n = 35) $\bar{X} \pm SD$	Nhóm 1 (n = 35) $\bar{X} \pm SD$	Nhóm 2 (n = 35) $\bar{X} \pm SD$
T_0	19,09 ± 1,79	18,89 ± 1,86	99,40 ± 0,76	98,94 ± 0,91
T_1	20,03 ± 2,55	*18,57± 2,06***	99,03 ± 1,25	98,60 ± 0,98
T_2	20,06 ± 2,53	*18,69 ± 1,59**	99,00 ± 1,06	98,57 ± 0,95
T_3	19,23 ± 1,88	18,63 ± 1,31	99,06 ± 0,97	*98,35 ± 0,86**
T_4	19,26 ± 1,83	18,60 ± 1,04	99,15 ± 0,86	*98,57 ± 0,98**
T_5	19,14 ± 1,61	18,83 ± 1,27	99,06 ± 0,91	*98,46 ± 0,92**
T_x	18,63 ± 1,11	18,77 ± 1,14	99,14 ± 0,77	98,83 ± 0,79

*Ghi chú: *: p < 0,05; **: p < 0,01 khác nhau có ý nghĩa so với nhóm 1.*

Tần số thở tại thời điểm từ (T_1 đến T_2) ở nhóm PCS thấp hơn có ý nghĩa (p < 0,01 và p < 0,05) so với nhóm GTĐT. Lí giải về vấn đề này ở nhóm GTĐT có lẽ khi lo lắng, sợ hãi biểu hiện bằng nhịp thở nhanh nông, ở nhóm PCS dưới tác dụng của midazolam bệnh nhân thực giảm lo âu, sợ hãi và ổn định về nhịp thở hơn so với nhóm GTĐT. Trong nghiên cứu, ở nhóm PCS sử dụng midazolam không có trường hợp bệnh nhân nào, tần số thở < 10 lần/phút. Như vậy, midazolam ở liều an thần bệnh nhân không bị ức chế trung tâm hô hấp và có thể sử dụng an toàn trong khi can thiệp. Kết quả cho thấy SpO_2 từ T_3 đến T_5 nhóm PCS sử dụng midazolam và nhóm GTĐT khác nhau có ý nghĩa (p < 0,05). Kienlen (1988) cho biết midazolam ở liều 0,05 mg/kg không gây ảnh hưởng ức chế trên hô hấp ở người khỏe mạnh [7]. SpO_2 phản ánh tình trạng ức chế hô hấp, ở hai nhóm SpO_2 > 98% trong điều kiện thở khí trời. Nhóm PCS sử dụng midazolam liều bolus 0,5 mg không bị thiếu oxy cho dù bệnh nhân thở tự nhiên. Trong hầu hết các nghiên cứu về an thần tỉnh bằng midazolam, SpO_2 trong giới hạn bình thường. Tuy nhiên, trong nghiên cứu Park (1991) thấy có một bệnh nhân an thần bằng midazolam phối hợp fentanyl, dù cho thở oxy 3 lít/phút nhưng SpO_2 < 90% có lẽ liên quan đến fentanyl [4], Uyar (1996) thấy SpO_2 < 90% ở các bệnh nhân an thần midazolam phối hợp alfentanil [6], các tác giả cho thấy kiểm soát chặt chẽ giảm SpO_2 trong PCS sử dụng midazolam kết hợp với opioid. Như vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi phương pháp PCS sử dụng midazolam đơn thuần không bị ức chế hô hấp là an toàn.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp PCS sử dụng midazolam kết hợp gây tê tại chỗ lidocain 2% luôn ổn định về hô hấp và tuần hoàn hơn so với phương pháp gây tê tại chỗ đơn thuần trong phẫu thuật răng khôn hàm dưới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Barash P.G., Cullen B.F,. Stoelting R.K.Nonopioid (1972)** intravenous anesthetics. Handbook of clinical anesthesia, pp 127 – 139.
2. **Forster A., Gardaz J.P., Suter P.M. I.V (1980),** Midazolam as an induction agent for anaesthesia. A study in volteers. Br. J. Anaesth., 52, pp 907 – 911
3. **Marty. J (1989),** Effets Circulatroires des benzodiazepines et de leurs antagonists. Les benzodiazepines en anesthesia – reanimation, Arnette.
4. **Park W. Y., Watkins P. A. (1991),** "Patient-controlled sedation during epidural anesthesia", *Anesth Analg,* 72(3), pp. 304-7.
5. **Speilberger C. (1983),** State-Trait Anxiety Inventory for Adults, Mind Garden, Redwood City, Calif, pp. 4-12.
6. **Uyar M., Ugur G., Bilge S., Ozyar B.*, et al* (1996),** "Patient-controlled sedation and analgesia during SWL", *J Endourol,* 10(5), pp. 407-10.
7. **Kienlen. J - J. Du Cailar (1988),** Pharmacologie du midazolam. Encycl, Méd, Chir Paris, Anesthésie – 36389 B10, pp 1 – 3.

SO SÁNH TỶ LỆ NHIỄM HPV NGUY CƠ CAO TRONG TỔN THƯƠNG CIN2, CIN3 VÀ NHÓM CHỨNG

Lê Duy Toàn[4], Trần Thị Phương Mai[1], Nguyễn Đức Hinh[1], Ngô Văn Toàn[1], Lưu Thị Hồng[2], Nghiêm Xuân Hạnh[2], Nguyễn Phi Hùng[3], Bùi Văn Nhơn[1], Hoàng Yến[1], Trần Thị Hảo[1]

TÓM TẮT

Nhiễm Human Papilloma Virus nguy cơ cao là nguyên nhân chủ yếu tổn thương CIN2, CIN3. **Mục tiêu:** so sánh sự khác biệt các type HPV nguy cơ cao giữa bệnh nhân CIN2, CIN3 và nhóm chứng được ghép cặp theo tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu bệnh-chứng,nhóm bệnh là 50 bệnh nhân chẩn đoán xác định CIN2, CIN3 bằng tế bào học và 50 phụ nữ xét nghiệm tế bào học bình thường làm nhóm chứng.**Kết quả:** Người có nhiễm HPV nguy cơ mắc CIN2, CIN3 cao gấp 3,6 lần người không nhiễm HPV (OR=3,6 và 95%CI 1,44 - 8,91; p_{yates}< p<0,0001). Trong số 50 bệnh nhân CIN2, CIN3 có 41 bệnh nhân có nhiễm HPV (chiếm 82%). Có 38% bệnh nhân CIN2, CIN3 nhiễm HPV type 16 và 36% nhiễm type 18. Tỷ lệ bệnh nhân CIN2, CIN3 nhiễm HPV type 31 chiếm 10%, type HPV 45 chiếm 16%. Tỷ lệ đồng nhiễm 2 loại HPV chiếm 20%. **Kết luận:** có mối liên quan rất chặt chẽ giữa nhiễm HPV và CIN2, CIN3; đặc biệt là type HPV 16, 18.

SUMMARY

COMPARE HPV HIGH-RISK INFECTION RATE OF CIN2, CIN3 AND CONTROL GROUP

Objetive: To describe the relationship between HPV high-risk infection and CIN2, CIN3 .**Methodology:** Case-control study design was applied. The number of CIN2, CIN3 patients was 50 and the same number among the control group. **Results:** There was a close relationship between HPV infection and CIN2, CIN3. Those who infected by HPV were more frequently having CIN2, CIN3 than the others (OR=3,6 and 95%CI: 1,44 - 8,91; p_{Yates}< p<0,0001). There was a close relationship between HPV type 16, 18 and CIN2, CIN3. Among 50 CIN2, CIN3, there were 41 patients with HPV infected (82%). 38% of CIN2, CIN3 patients infected by HPV type 16 and 36% of them with HPV type 18. The number of CIN2, CIN3 patients infected by HPV type 45 was 16%. Percentage of patients with two types of HPV at the same time was 20%. **Conclusion:** There was a close relationshipbetween HPV infected and CIN2, CIN3, especially HPV types 16, 18.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư cổ tử cung (UTCTC) là loại ung thư phổ biến, đứng thứ tư trong các loại ung thư ở nữ trên toàn thế giới.

Theo số liệu thống kê của tổ chức Y tế Thế giới năm 2012 có khoảng 527.624 người mắc mới và khoảng 265.672 người chết do UTCTC, Tại việt nam có 5.664 phụ nữ mắc UTCTC [1], [2],[3].

Sự tiến triển từ tiền ung thư CIN2, CIN3 trở thành UTCTC trải qua một quá trình lâu dài từ vài năm đến vài chục năm vì vậy việc phát hiện sớm từ giai đoạn tiền ung thư CTC cũng như biết mối liên quan giữa HPV và tiền ung thư CIN2, CIN3 để đưa ra chiến lược phòng chống UTCTC hiệu quả [2].

Do vậy nghiên cứu này được thực hiện nhằm xác định mối liên quan giữa nhiễm HPV type nguy cơ cao và tiền ung thư cổ tử cung CIN2, CIN3 cũng như định type HPV trong tổn thương tiền UTCTC.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: chọn 50 bệnh nhân được chẩn đoán xác định CIN2, CIN3 bằng tế bào học và 50 phụ nữ có kết quả xét nghiệm tế bào học bình thường làm nhóm chứng tại Bệnh viện K.Các đối tượng nghiên cứu ở nhóm bệnh và nhóm đối chứng được ghép cặp theo tuổi để đảm bảo các đối tượng nghiên cứu ở 2 nhóm có độ tuổi khá tương đồng. Mỗi mẫu xét nghiệm được chạy phản ứng PCR song song sử dụng các cặp mồi sau: cặp mồi chung GP5+/GP6+ và các cặp mồi chủ đích cho các loại HPV 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 và 59.

[1] *Đại học Y Hà Nội*
[2] *Bộ Y tế*
[3] *Bệnh viện K*
[4] *Bệnh viện Phụ sản Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: *Lê Duy Toàn*
Email: *toanhaiphong@gmail.com*
Ngày nhận bài: 1.10.2016
Ngày phản biện khoa học: 6.12.2016
Ngày duyệt bài: 19.12.2016

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Mối liên quan giữa nhiễm HPV và tiền UTCTC CIN2, CIN3

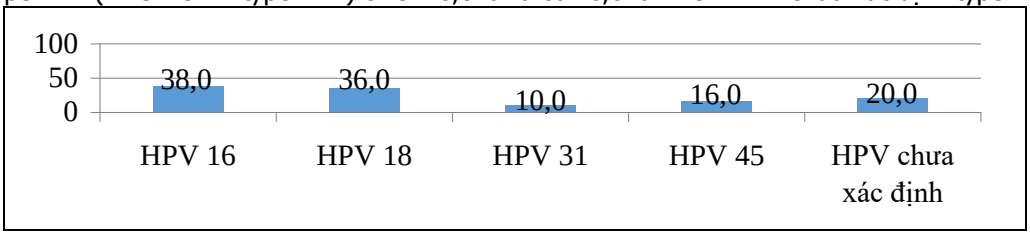
HPV	CIN2/CIN3	Nhóm chứng	OR	95%CI
HPV (+)	41	28	**3,6**	**1,44 - 8,91**
HPV (-)	9	22	1	

Bảng trên cho thấy có mối liên quan chặt chẽ giữa nhiễm HPV và tổn thương CIN2/CIN3.Những người có nhiễm HPV có nguy cơ mắc tổn thương CIN2/CIN3 cao gấp 3,6 lần những người không nhiễm HPV. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với OR = 3,6 và 95%CI: 1,44-8,91.

Bảng 2. Phân bố type HPV ở bệnh nhân tổn thương CIN2/CIN3 (n=50)

Phân bố dạng nhiễm HPV	Type HPV	Số lượng	Tỷ lệ %
Nhiễm 1 type HPV	HPV 16	7	14,0
	HPV 18	8	16,0
	HPV 31	1	2,0
	HPV 45	1	2,0
Nhiễm 2 type HPV	HPV 16, 18	5	10,0
	HPV 16, 31	1	2,0
	HPV 16, 45	2	4,0
	HPV 31, 45	1	2,0
	HPV 18, 45	1	2,0
Nhiễm nhiều type HPV (3 - 4 type HPV)	HPV 16, 18, 31	1	2,0
	HPV 16, 18, 45	2	4,0
	HPV 16, 18, 31, 45	1	2,0
Nhiễm HPV chưa xác định	HPV chưa xác định type	10	20,0

Trong số 50 bệnh nhân tổn thương CIN2/CIN3 ở cổ tử cung có 41 trường hợp (82,0%) có nhiễm HPV. Kết quả cho thấy: nhiễm HPV trên cùng một bệnh nhân có tổn thương CIN2/CIN3 tương đối đa dạng, bao gồm các trường hợp nhiễm 1 type HPV chiếm 34,0%, nhiễm 2 type HPVchiếm 20,0%, nhiễm nhiều type HPV (nhiễm 3 - 4 type HPV) chiếm 8,0% và có 20,0% nhiễm HPV chưa xác định type.



Biểu đồ 1. Phân bố từng type HPV ở bệnh nhân tổn thương CIN2/CIN3

Phân bố theo từng loại type HPV nhiễm ở bệnh nhân có tổn thương HPV như sau: bệnh nhân CIN2/CIN3 nhiễm HPV type 16 và type 18 chiếm tỷ lệ cao (lần lượt là 38,0% và 36,0%). Tỷ lệ bệnh nhân tổn thương sớm CIN2/CIN3 nhiễm HPV type 31 chiếm 10,0% và type 45 chiếm 16,0%. HPV chưa xác định type chiếm tỷ lệ 20,0%.

Bảng 3. Mối liên quan giữa nhiễm HPV type 16 và tổn thương CIN2/CIN3

Type HPV	CIN2/CIN3	Nhóm chứng	OR	95%CI
HPV 16 (+)	19	11	1,1	0,41 - 2,70
HPV 16 (-)	31	39	1	

Bảng trên cho thấy những người nhiễm HPV type 16 có nguy cơ có tổn thương CIN2/CIN3 ở cổ tử cung cao hơn 1,1 lần so với những người không nhiễm HPV. Sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với 95% CI: 0,41 - 2,70.

Bảng 4. Mối liên quan giữa nhiễm HPV type 18 và tổn thương CIN2/CIN3 ở cổ tử cung

Type HPV	CIN2/CIN3	Nhóm chứng	OR	95%CI
HPV 18 (+)	18	5	**5,1**	**1,70 - 15,05**
HPV 18 (-)	32	45	1	

Bảng trên cho thấy có mối liên quan rất chặt chẽ giữa nhiễm HPV type 18 và tổn thương CIN2/CIN3 ở cổ tử cung. Những người có nhiễm HPV type 18 có nguy cơ tổn thương CIN2/CIN3 ở cổ tử cung cao gấp 5,1 lần những người không nhiễm HPV. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với 95% CI: 1,70 - 15,05.

Bảng 5. Mối liên quan giữa tần suất nhiễm các type HPV trên 1 bệnh nhân và tổn thương CIN2/CIN3

Type HPV	CIN2/CIN3	Nhóm chứng	OR	95%CI	p_{yates}
Không nhiễm HPV	9	22	1		
Nhiễm 1 type HPV	17	18	2,3	0,74–7,30	0,105
Nhiễm nhiều type HPV (từ 2 đến 4 type HPV)	14	2	17,1	2,75 – 137,43	0,0005

Bảng trên cho thấy, những người có nhiễm 1type HPV có nguy cơ tổn thương CIN2/CIN3 ở cổ tử cung cao gấp 2,3 lần những người không nhiễm HPV. Những người có nhiễm nhiều type HPV (từ 2 đến 4 type HPV) có nguy cơ tổn thương CIN2/CIN3 ở cổ tử cung cao hơn nhiều lần so với những người không nhiễm HPV (p_{yates} = 0,0005). Kết quả cũng cho thấy, bệnh nhân nhiễm nhiều type HPV phối hợp có xu hướng mắc tổn thương tiền ung thư (CIN2/CIN3) cao hơn so với các trường hợp còn lại.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 50 bệnh nhân có tổn thương CIN2/CIN3 và 50 trường hợp nhóm chứng không có tổn thương CIN2/CIN3 (cả 50 trường hợp này đều được xác định là có tổn thương viêm trên giải phẫu bệnh). Kết quả cho thấy có mối liên quan chặt chẽ giữa nhiễm HPV và tổn thương CIN2/CIN3. Những người có nhiễm HPV có nguy cơ mắc tổn thương CIN2/CIN3 cao gấp 3,6 lần những người không nhiễm HPV. Những người nhiễm HPV type 16 có nguy cơ có tổn thương CIN2/CIN3 ở cổ tử cung cao hơn so với những người không nhiễm HPV. Có mối liên quan rất chặt chẽ giữa nhiễm HPV type18 và tổn thương CIN2/CIN3 ở cổ tử cung. Những người có nhiễm HPV type18 có nguy cơ tổn thương CIN2/CIN3 ở cổ tử cung cao gấp 5,1 lần những người không nhiễm HPV. Nghiên cứu của chúng tôi khá phù hợp với các nghiên cứu gần đây trên thế giới. Tại Iceland, một nghiên cứu tại cộng đồng cho thấy khoảng 95% phụ nữ có CIN 2-3 và 92% phụ nữ mắc UTCTC có nhiễm HPV. Trong đó, HPV type 16 chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp theo là các type 33, 31, 52, 35, 18, 58, 56, 39, 45, 59. Các type 18, 33 45, 31, 39, 52, 35, 51, 56 thường gặp trong bệnh nhân UTCTC [4].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy những người có nhiễm nhiều type HPV (từ 2 đến 4 type HPV) có nguy cơ tổn thương CIN2/CIN3 ở cổ tử cung cao hơn nhiều lần so với những người không nhiễm HPV. Kết quả này hoàn toàn phù hợp về mối liên quan giữa đồng nhiễm các type HPV và tiền tổn thương UTCTC (CIN2,3) đã được thế giới xác định. Schiffman và CS đã cũng đã giả thuyết và chứng minh rằng nhiễm HPV type 16 dẫn đến tổn thương tiền ung thư và ung thư cổ tử cung [5].

Một số nghiên cứu khác cũng đã khẳng định nhiễm HPV type 18 là phổ biến, đứng hàng thứ 2 gây tổn thương CIN2,3 sau nhiễm HPV type 16 [6].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã chỉ ra có mối liên quan rất chặt chẽ giữa nhiễm HPV và tổn thương CIN2, CIN3. Nhiễm HPV có nguy cơ mắc tổn thương CIN2/CIN3 cao gấp 3,6 lần những người không nhiễm HPV.

Nhiễm HPV type18 có nguy cơ tổn thương CIN2/CIN3 ở cổ tử cung cao gấp 5,1 lần những người không nhiễm HPV

Nhiễm HPV type 16 có nguy cơ có tổn thương CIN2/CIN3 ở cổ tử cung cao hơn so với những người không nhiễm HPV

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **WHO (2014),** Comprehensive cervical cancer control. A guide to essential practice - Second edition.
2. **Bộ Y tế (2011),** Hướng dẫn sàng lọc và điều trị các tổn thương sớm tiền ung thư để dự phòng thứ cấp ung thư cổ tử cung (Ban hành kèm theo Quyết định số 1476/QĐ-BYT ngày 16/5/2011).
3. **Bruni L, Barrionuevo-Rosas L, Albero G, Aldea M, Serrano B,** Valencia S, Brotons M, Mena M, Cosano R, Muñoz J, Bosch FX, de Sanjosé S, Castellsagué X. (2015). Human Papillomavirus and Related Diseases in the World, ICO Information Centre on HPV and Cancer.
4. **Sigurdsson K, Taddeo FJ, Benediktsdottir KR,** Olafsdottir K, Sigvaldason H, Oddsson K, Rafnar T. HPV genotypes in CIN 2-3 lesions and cervical cancer: a population-based study. Int J Cancer. 2007 Dec 15; 121(12): 2682-7.
5. **Schiffman M, Herrero R, DeSalle R, Hildesheim A, Wacholder S et al. (2005)** The carcinogenicity of human papillomavirus types reflects viral evolution. Virology 337: 76–84.
6. **Wheeler CM, Hunt WC, Joste NE, Key CR, Quint WGV et al (2009).** Human papillomavirus genotype distributions: implications for vaccination and cancer screening in the United States. J Natl Cancer Inst 101: 475–487.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT PHACO TRÊN MẮT CÓ HỘI CHỨNG GIẢ LONG BAO

Nguyễn Quốc Đạt*

TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện trên 52 bệnh nhân bị đục thể thủy tinh giả long bao được phẫu thuật bằng phương pháp Phaco tại Bệnh viện Mắt Đà Nẵng từ tháng 1/2012 đến tháng 4 năm 2013 . Khảo sát đặc điểm lâm sàng đục thể thủy tinh ở bệnh nhân giả long bao về tuổi, giới, thị lực, nhãn áp, mức độ cứng nhân, mức độ gỉa long bao, độ sâu tiền phòng, khả năng giãn đồng tử, độ loạn thị. Kết quả tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu 79±6,4 tuổi; 57,7% thị lực trước mổ dưới 1/10; nhãn áp trung bình 18,6±0,99, mức độ giả long bao độ 1 và 2 như nhau; độ sâu tiền phòng của nhóm là 3,34 ± 0,22; đường kính trung bình đồng tử sau khi tra thuốc là 6,1±1,32mm, 53,8% có độ loạn thị trước mổ 0,75-1,0 diop. Kết quả sau phẫu thuật: sau 3 tháng thị lực ≥5/10 là 90,4%; nhãn áp sau mổ không thay đổi nhiều so với trước mổ; 15,4% có kéo giãn đồng tử bằng 2 tay; 2 mắt có cắt cơ vòng mống mắt; 51,9% áp dụng kỹ thuật chop insitu và phaco quick chop; 11,5 % tai biến đứt dây treo thể thủy tinh, 88,5% viêm giác mạc khía sau phẫu thuật tuy nhiên nhẹ và hết sau 1 tuần phẫu thuật. Phẫu thuật phaco trong hội chứng giả long bao nên tiến hành sớm khi thị lực còn cao để hạn chế tai biến do hội chứng giả long bao gây ra.

Từ khóa: Hội chứng giả long bao, phẫu thuật phaco.

SUMMARY

EVALUATION ON RESULTS OF PHACO SURGERY IN THE PSEUDOEXFOLIATION CATARACT EYES

The study was performed on 52 patients with pseudoexfoliation cataract can be removed surgically by phacoemulsification method at the Da Nang Eye Hospital from January 2012 to April 2013. Survey of clinical features pseudoexfoliation cataract patients such as age, gender, vision, intraocular pressure, degree of nucleus hardness, the degree of anterior chamber depth, degree of pseudoexfoliation ,likely dilated, the astigmatism. Results of the team's average age 79 ± 6,4 years; 57,7% of vision before surgery under 1/10; with intraocular pressure on average 18.6 ± 0.99 mmHg, level 1 and level 2 pseudoexfoliation degree ; the average anterior chamber depth is 3,34 ± 0,22 mm; the average diameter of pupil after the drug test was 6,1 ± 1,32 mm, 53,8% of astigmatism before surgery is 0,75- 1,0 diop. Results after surgery: after 3 months vision ≥ 5/10 is 90,4%; the intraocular pressure did not change after surgery than before surgery; 15,4% had pulled dilated pupil by 2 hands ; 2 the eyes have cut the iris sphincter; 51,9% of the technical application of phaco chop insitu and phaco quick chop; 11, 5% Zinn ligament complication, 88,5% of the corneal inflammation extent after surgery but recovery after 1 week treatment. We should do phaco surgery for pseudoexfoliation cataract syndrome in early stage when vision is rather high to limit complications caused by pseudoexfoliation syndrome.

Keywords: pseudoexfoliation syndrome, phaco surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới, các tác giả đã tiến hành phẫu thuật phaco trên những mắt có hội chứng giả long bao và đã thu được kết quả khả quan. Thị lực sau mổ phục hồi nhanh, tốt và ổn định, độ loạn thị không đáng kể do vết mổ nhỏ, các biến chứng trong và sau phẫu thuật cũng hạn chế hơn khi thực hiện phẫu thuật lấy thể thủy tinh ngoài bao. Nhằm phát huy những ưu thế của phương pháp phẫu thuật tiên tiến này trên các hình thái đục thể thủy tinh khó, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài với mục tiêu:

1. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của đục thể thủy tinh trên mắt có hội chứng giả long bao.

2. Đánh giá kết quả phẫu thuật phaco trên mắt có hội chứng giả long bao.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 52 bệnh nhân với 52 mắt đục thể thủy tinh có hội chứng giả long bao được điều trị bằng phẫu thuật phaco đặt thể thủy tinh nhân tạo hậu phòng tại khoa Phaco Bệnh viện Mắt Đà Nẵng từ tháng 1 năm 2012 đến tháng 4 năm 2013.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Đục thể thủy tinh có nhân cứng từ độ 2 đến độ 4. TL từ sáng tối (+) đến 4/10. Hình thái đục của hội chứng giả long bao. Nhãn áp ≤ 22mmHg.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Đục thể thủy tinh giả long bao có các biểu hiện: Đục lệch thể thủy tinh. Đục thể thủy tinh có kèm theo bệnh glôcôm hoặc đã được mổ glôcôm. Có bệnh lý màng bồ đào, dịch kính,

** Bệnh viện Mắt Đà Nẵng*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Đạt
Email: *doctordat@gmail.com*
Ngày nhận bài: 22.10.2016
Ngày phản biện khoa học: 20.12.2016
Ngày duyệt bài: 27.12.2016

võng mạc, bệnh trên giác mạc như sẹo, mộng thịt. Có các bệnh toàn thân nặng (đái tháo đường, tăng huyết áp nặng...). Bệnh nhân không hợp tác nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

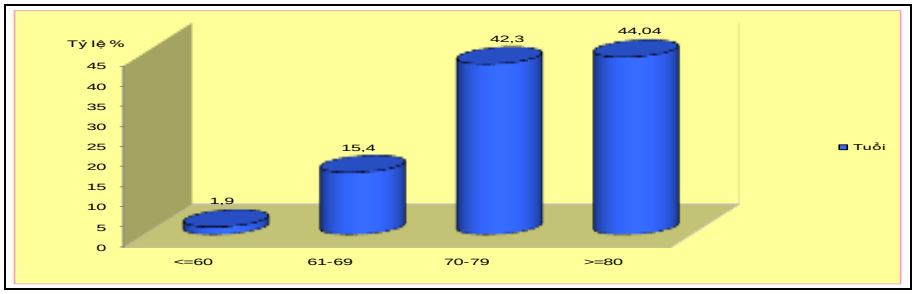
2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu, can thiệp lâm sàng không đối chứng.

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu: Bảng đo thị lực (TL) vòng hở Landolt, NA kế Maklakov, hoặc NA kế Schiotz. Sinh hiển vi khám bệnh đèn khe, kính Volk. Thuốc giãn đồng tử: Mydriacin. Máy siêu âm hệ thống A và B, hoặc hệ thống IOL Master. Máy Javal đo khúc xạ giác mạc. Máy đo khúc xạ tự động. Hiển vi phẫu thuật đồng trục. Máy phaco, bộ dụng cụ vi phẫu thuật, kính nội nhãn mềm (IOL), dịch nhầy, thuốc nhuộm bao. Các thuốc dùng toàn thân và tại chỗ.

2.2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu: Tuổi, giới, TL và NA trước và sau phẫu thuật 1 ngày, 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng. Độ cứng nhân (TTT), mức độ giả long bao (GLB), đường kính đồng tử, độ sâu tiền phòng, các thông số cài đặt trong lúc mổ, các kỹ thuật can thiệp đồng tử, các kỹ thuật phaco và biến chứng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

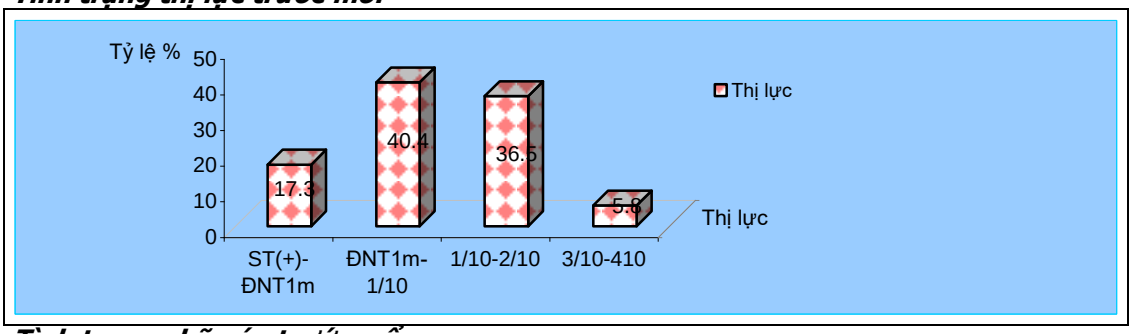
Tuổi bệnh nhân:



Giới tính bệnh nhân

Nam: 46,20%, Nữ: 53,80%

Tình trạng thị lực trước mổ:



Tình trạng nhãn áp trước mổ

NA (mmHg)	Số mắt (n)	Tỷ lệ%
<18	11	21,2
18 ≤ NA ≤22	41	78,8
Tổng số	52	100,0

Mức độ cứng của nhân thể thủy tinh

Độ cứng	Số mắt (n)	Tỷ lệ%
Độ 1 và 2	4	7,7
Độ 3	37	71,2
Độ 4	11	21,2
Tổng số	52	100,0

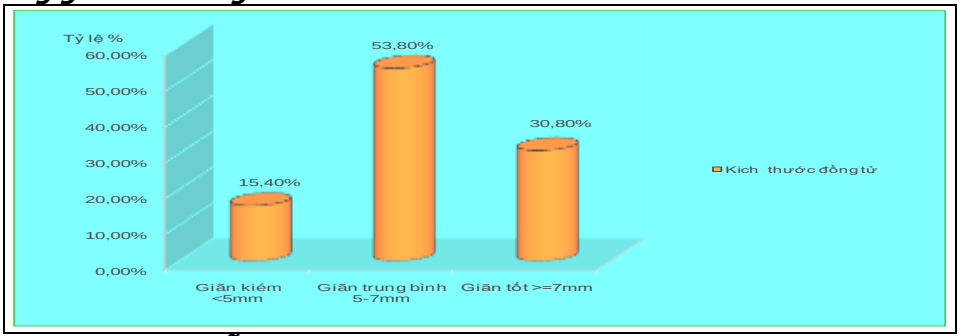
Mức độ giả long bao:

Mức độ giả long bao	Số mắt (n)	Tỷ lệ%
Độ 1	25	48,1
Độ 2	27	51,9
Tổng số	**52**	**100,0**

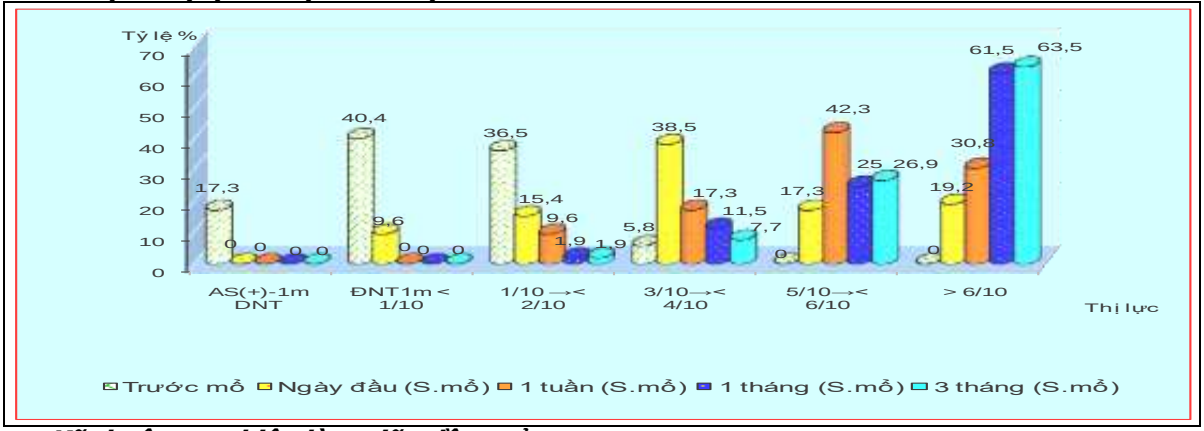
Độ sâu tiền phòng

Độ sâu tiền phòng	Số mắt (n)	Tỷ lệ%
≥ 3mm	41	*78,85%*
2,5mm - 3mm	10	*19,23%*
≤ 2,5mm	2	*1,92%*
Tổng số	52	*100,0%*

Khả năng giãn của đồng tử



Kết quả thị lực sau phẫu thuật



Kỹ thuật can thiệp làm giãn đồng tử

Kỹ thuật	Số mắt (n)	Tỷ lệ%
Kéo giãn đồng tử	10	*19,2*
Cắt cơ vòng mống mắt	2	*3,9*
Không can thiệp	40	*76,9*
Tổng	52	*100,0*

Kỹ thuật xé bao trước thể thủy tinh

Kết quả xé bao		Số mắt (n)	Tỷ lệ%
Xé bao liên tục	Đường kính ≥ 5mm	23	*44,3*
	Đường kính < 5mm	19	*36,5*
Xé bao không liên tục	Không xác định đường kính	10	*19,2*
Tổng		52	*100,0*

Tai biến trong phẫu thuật

Tai biến	Số mắt	Tỷ lệ%
Xé bao không liên tục	7	*13,5*
Rách bao sau	0	*0,0*
Đứt dây treo TTT thoát dịch kính	2	*3,8*
Đứt dây treo TTT không thoát dịch kính	4	*7,7*
Bỏng, phù vết mổ	20	*38,5*
Sót chất nhân	1	*1,9*
Tổn thương mống mắt	8	*15,4*
Xuất huyết TP	2	*3,8*

Biến chứng sau phẫu thuật

Biến chứng sau phẫu thuật	Thời gian sau phẫu thuật							
	1 ngày	%	1 tuần	%	1 tháng	%	3 tháng	%
Viêm khía giác mạc	46	88,5	8	15,4	0	0,0	0	0,0
Xuất tiết diện đồng tử	16	30,8	12	23,1	2	3,8	1	1,9
Sắc tố mặt trước IOL	1	1,9	4	7,7	12	23,1	10	19,2
Phù vết mổ	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Xơ hóa vòng bao trước	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Đục bao sau	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	1,9

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 52 bệnh nhân với tuổi trung bình là 79 ± 6,4tuổi. Tuổi cao nhất là 93, thấp nhất là 59 tuổi. Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của các tác giả Scorolli L, Kuchle M. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nam giới có hội chứng giả long bao ở nam là 53,8% cao hơn so với nữ 46,2%, tương đương với nghiên cứu của Kuchle M. Tỷ lệ bệnh nhân có TL trước mổ < 1/10 là 88,4%. Điều đó chứng tỏ rằng bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều đến khám muộn và được chỉ định phẫu thuật rất muộn so với các tác giả khác trên thế giới. Tương tự như nghiên cứu của Drolum L, đa số bệnh nhân của chúng tôi có nhân TTT cứng độ 3 và độ 4 (92,4%). Trong khi đó tác giả Katsimpris JM đã tiến hành mổ tán nhuyễn TTT sớm hơn khi TTT đục ở độ 1, độ 2 (63,8%). Chúng tôi tìm thấy mối liên quan giữa tình trạng TL trước mổ với khả năng giãn của đồng tử. Ở những mắt có TL trước mổ thấp: ST(+) đến < ĐNT 1m thì đường kính đồng tử sau khi làm giãn dưới 5mm nhiều hơn.

Tỷ lệ các mắt có TL ≥ 5/10 ở thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật (90,4%), nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu một số tác giả khác. Phẫu thuật phaco sớm trên những mắt GLB có thể đem lại TL sau phẫu thuật cao và nguy cơ xảy ra các biến chứng trong và sau phẫu thuật cũng rất ít. Nhưng theo nghiên cứu của chúng tôi kết quả xé bao không liên quan mức độ giãn đồng tử điều này có thể lý giải ngày nay với phương tiện can thiệp đồng tử như sử dụng móc kéo giãn, vòng nong đồng tử, và kỹ thuật của phẫu thuật viên ngày càng tốt hơn nên tỷ lệ thành công xé bao liên tục được cao hơn. Gần đây nhất (2005), với nghiên cứu trên 137 mắt, Hyams M cũng ủng hộ những quan điểm cho rằng phẫu thuật phaco khá an toàn trên những mắt GLB. Tỷ lệ biến chứng mà tác giả đưa ra ở 2 nhóm GLB và không có GLB là không khác biệt (5,8% và 4%). Như vậy tỷ lệ biến chứng rách bao sau, đứt dây treo TTT của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu của tác giả như Hyams M, bởi vì những trường hợp có tai biến này bệnh nhân đến muộn, nhân cứng, mức độ GLB nhiều, đồng tử kém giãn, dây Zinn yếu. Như vậy tỷ lệ biến chứng phù giác mạc của chúng tôi so với một số tác giả khác có sự khác biệt (88,5%). Sở dĩ có sự khác biệt này vì có thể tỷ lệ nhân độ 3,4 trong nhóm nghiên cứu nhiều nguyên nhân nữa là đồng tử kém giãn. Qua theo dõi chúng tôi thấy rằng hầu hết những mắt có can thiệp làm giãn đồng tử đều có màng xuất tiết trên mặt IOL sau phẫu thuật. Chúng tôi cho rằng kỹ thuật kỹ thuật kéo giãn đồng tử làm đứt cơ vòng mống mắt, tổn thương các mao mạch nhỏ của mống mắt dẫn đến thoát huyết tương và các thành phần hữu hình vào tiền phòng tạo nên màng xuất tiết trên mặt IOL trong những ngày đầu sau phẫu thuật. Với quan điểm như vậy, Drolsum L cũng cho rằng đáp ứng viêm sau phẫu thuật ở những mắt GLB có liên quan chặt chẽ với tình trạng đồng tử kém giãn.

V. KẾT LUẬN

Kết quả tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu 79±6,4 tuổi; 57,7% thị lực trước mổ dưới 1/10; nhãn áp trung bình 18,6±0,99, mức độ giả long bao độ 1 và 2 như nhau; độ sâu tiền phòng của nhóm là 3,34 ± 0,22; đường kính trung bình đồng tử sau khi tra thuốc là 6,1±1,32mm, 53,8% có độ loạn thị trước mổ 0,75-1,0 diop. Kết quả sau phẫu thuật: sau 3 tháng thị lực ≥5/10 là 90,4%; nhãn áp sau mổ không thay đổi nhiều so với trước mổ; 15,4% có kéo giãn đồng tử bằng 2 tay; 2 mắt có cắt cơ vòng mống mắt; 51,9% áp dụng kỹ thuật chop insitu và phaco quick chop; 11,5 % tai biến đứt dây treo thể thủy tinh, 88,5% viêm giác mạc khía sau phẫu thuật tuy nhiên nhẹ và hết sau 1 tuần phẫu thuật.

Phẫu thuật phaco trong hội chứng giả long bao nên tiến hành sớm khi thị lực còn cao (1/10 đến 4/10) để hạn chế tai biến do hội chứng giả long bao gây ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Xuân Nguyên (2005),** *Đánh giá kết quả phẫu thuật tán nhuyễn thể thủy tinh đục trên mắt có hội chứng giả bong bao*, Luận văn thạc sĩ Y học, trường Đại Học Y Hà Nội.
2. **Vũ thị Thanh (2008),** "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng kết quả điều trị bệnh đục thể thủy tinh có hội chứng giả bong bao", *Tạp chí Nhãn Khoa Việt Nam,* (12), tr. 7-10.
3. **Drolsum L., Haaskjold E., Sandvig K. (1998),** "Phacoemulsification in eyes with pseudoexfoliation", *J-Cataract Refract Surg,* 24(6), pp. 787-92.
4. **Kuchle M., Amberg A., Martus P., Nguyen N.X., Naumann G.O. (1997),** "Pseudoexfoliation syndrome and secondary cataract", *Br-J-Ophthalmol*, 81(10), pp.862-6.
5. **Richard A Zorab and cs (2013),** "Exfoliation syndrome", *Lens and Cataract section 11*, American of Academy Ophthalmology, pp.61-2.
6. **Shingleton B.J., Maryin Alicial (2010),** "Pseudoexfoliation: High risk factors for zonule weakness and concurrent vitrectomy during phacoemulsification", *J Cataract Refract Surg*, 36(8), pp. 1261-9.

NHẬN XÉT BƯỚC ĐẦU THAY ĐỔI VỀ ĐÔNG MÁU Ở BỆNH NHÂN HÔN MÊ SAU NGỪNG TUẦN HOÀN ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG KỸ THUẬT KIỂM SOÁT THÂN NHIỆT THEO ĐÍCH 33°C

Nguyễn Tuấn Đạt*, Nguyễn Văn Chi*

TÓM TẮT

Nghiên cứu thực hiện trên 18 bệnh nhân hôn mê sau ngừng tuần hoàn được kiểm soát thân nhiệt theo đích 33°C tại khoa Cấp cứu, bệnh viện Bạch Mai từ tháng 5 năm 2015 đến tháng 9 năm 2016 nhằm mục đích nhận xét bước đầu các thay đổi về đông máu. Các bệnh nhân được làm xét nghiệm đông máu toàn bộ, tiểu cầu ở các giai đoạn hạ nhiệt độ, duy trì, giai đoạn làm ấm và giai đoạn bình thường hóa thân nhiệt. Kết quả tiểu cầu có giảm nhưng không giảm nặng, thời gian prothrombin (PT) và thời gian thromboplastin từng phần hoạt hóa (APTT) không bị ảnh hưởng. Tỷ lệ chảy máu trên lâm sàng là 5,6%. Kết quả nghiên cứu cho thấy kiểm soát thân nhiệt theo đích 33°C cho bệnh nhân hôn mê sau ngừng tuần hoàn không làm ảnh hưởng đáng kể nào trên đông máu.

Từ khóa: ngừng tuần hoàn, kiểm soát thân nhiệt theo đích, đột tử, hồi sinh tim phổi, rối loạn đông máu.

SUMMARY

EVALUATE THE ALTERATION IN COAGULATION INDUCED BY APPLYING TARGETED TEMPERATURRE MANAGEMENT OF 33°C IN PATIENT WHO WERE UNCONSCIOUS FOLLOWING CARDIAC ARREST

A total eighteen patients who were unconscious on admission to the hospital after cardiac arrest had been applied targeted temperature management of 33 °C from May 2015 to Septemper 2016 in Bach Mai hospital had been evaluated the alteration coagulations. Blood sample were taken at time points including induction phase, maintenance phase, rewarming phase and normothermia phase, then we measured blood coagulation indexs and counted platelets. Mild to moderate thrombocytopenia was noted. Prothombin time (PT) and activated partial thromboplastin time (APTT) was not affected. Clinical bleeding rate was 5,6%. Targeted temperature management of 33°C in patients after cardiac arrest had no obvious adverse effects on blood coagulation.

Key words: Cardiac arrest, Targeted temperature management (TTM), Sudden cardiac death, Cardiopulmonary resuscitation (CPR), coagulation disorder.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngừng tuần hoàn (NTH) là một cấp cứu rất thường gặp ở cả trong và ngoài bệnh viện, với tỷ lệ tử vong cao [1]. Các bệnh nhân (BN) sau khi được hồi sinh tim phổi thành công, có tái lập tuần hoàn tự nhiên hầu hết đều bị tổn thương thần kinh do thiếu máu - thiếu oxy và các tổn thương trong giai đoạn tái tưới máu [2], là nguyên nhân chính dẫn đến tử vong và để lại di chứng cao sau này [3]. KSTNTĐ đã được chứng minh có thể bảo vệ não khỏi các tổn thương sau ngừng tim [4]. Trong hướng dẫn mới nhất năm 2015, hội tim mạch Hoa Kỳ khuyến cáo KSTNTĐ (32°C - 36°C) cho BN hôn mê sau NTH ở mức IB đối với BN NTH do rung thất, và mức IC do các loại nhịp khác [5].

Khi nhiệt độ cơ thể được hạ xuống thấp, các yếu tố đông máu bị bất hoạt một phần hoặc hoàn toàn (khoảng 10% khi thân nhiệt giảm 1°C) [6]. Vậy KSTNTĐ 33°C có làm thay đổi hoặc

**Bệnh viện Bạch Mai*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Chi
Email: nguyentuandatnt33@gmail.com
Ngày nhận bài: 14.10.2016
Ngày phản biện khoa học: 15.12.2016
Ngày duyệt bài: 27.12.2016

gây ra các rối loạn đông máu không. Chúng tôi tiến hành điều trị KSTNTĐ 33°C cho các bệnh nhân hôn mê sau NTH, và đánh giá tình trạng đông máu ở các bệnh nhân này với mục tiêu: *Nhận xét các thay đổi về đông máu ở bệnh nhân NTH được KSTNTĐ 33°C.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành tại khoa cấp cứu bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 5 năm 2015 đến tháng 9 năm 2016.

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1 Tiêu chuẩn chọn BN

- BN NTH được hồi sinh tim phổi thành công, có tái lập tuần hoàn tự nhiên.
- BN còn hôn mê, không đáp ứng theo lệnh. Được đặt ống nội khí quản, thở máy.
- Thời gian từ khi tái lập tuần hoàn tự nhiên đến khi tiến hành hạ thân nhiệt tối đa 6 giờ.
- Huyết động kiểm soát được (huyết áp động mạch trung bình > 65 mmHg) (có/ không dùng thuốc vận mạch)
- Tuổi ≥ 18.

2.1.2 Tiêu chuẩn loại trừ BN

- Thân nhiệt dưới 30°C thời điểm lúc vào viện.
- Hôn mê trước khi NTH do nguyên nhân khác (quá liều thuốc, chấn thương sọ não, đột quỵ não)
- Nhiễm khuẩn nặng, sốc nhiễm khuẩn
- Phẫu thuật lớn trong vòng 14 ngày.
- Chảy máu nặng khó kiểm soát.
- Rối loạn nhịp tim khó kiểm soát.
- Phụ nữ có thai.
- Bệnh lý mạn tính ở giai đoạn cuối (ung thư giai đoạn cuối, HIV chuyển giai đoạn, BN nằm 1 chỗ > 3 tháng).
- BN không đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp, không có nhóm chứng.

2.2.2. Cỡ mẫu của nghiên cứu

18 BN hôn mê sau NTH đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu tại BV Bạch Mai.

2.2.3. Các bước tiến hành

Các BN đủ tiêu chuẩn lựa chọn được tiến hành theo các bước giống nhau như sau:

a. Protocol KSTNTĐ 33°C

- BN được đặt ống NKQ, thở máy. Điều chỉnh máy thở theo kết quả khí máu động mạch (duy trì $PaCO_2$ trong giới hạn bình thường, SaO_2 ≥ 94%).
- Điều trị tụt huyết áp bằng truyền dịch, sử dụng thuốc vận mạch (Epinephrine, Dopamin, Norepinephrine). Mục tiêu duy trì huyết áp trung bình > 65 mmHg.
- Đặt catheter tĩnh mạch trung tâm (nếu dùng catheter làm lạnh 3, 4 bóng), catheter làm lạnh, catheter động mạch, đặt đầu dò nhiệt vào thực quản, đặt sonde dạ dày cho ăn, đặt sonde bàng quang.
- Thân nhiệt được đo bởi một sensor nhiệt đặt vào trong lòng thực quản, kết nối với đầu nhận cảm trên máy hạ thân nhiệt.
- Kết nối catheter làm lạnh với máy hạ thân nhiệt.
- BN có NMCT ST chênh lên hoặc nghi ngờ cao có NMCT cấp hội chẩn bác sỹ chuyên khoa tim mạch, can thiệp động mạch vành, điều trị hạ thân nhiệt sau can thiệp.
- BN được dự phòng và điều trị rét run theo phác đồ.
- BN được KSTNTĐ 33°C theo protocol

○ Giai đoạn hạ nhiệt độ: đưa nhiệt độ cơ thể xuống 33°C, nhanh nhất có thể.

○ Giai đoạn duy trì nhiệt độ đích: duy trì 33°C trong 24 giờ.

○ Giai đoạn làm ấm: làm ấm chậm với tốc độ 0,25°C / giờ, đưa nhiệt độ lên 37°C.

○ Giai đoạn bình thường hóa thân nhiệt: duy trì 37°C trong vòng 24 giờ (T4)

T_0	T_{351}	T_1	T_{332}	T2	T_{352}	T_3
Trước khi HTN	Đạt 35°C	Đạt 33°C	Giờ thứ 12 lúc 33°C	Giờ thứ 24 lúc 33°C	Đạt 35°C	Đạt 37°C

- Làm ấm lại ngay nếu không kiểm soát được rối loạn nhịp tim, sốc nặng (không duy trì được huyết áp khi đã dùng ≥ 2 thuốc vận mạch liều cao), chảy máu khó cầm.
- Ngừng thuốc giãn cơ khi đạt đến 36°C, ngừng thuốc an thần khi đạt đến 37°C.
- Điều chỉnh các rối loạn khác như đường máu, điện giải, rối loạn nhịp tim, nhiễm trùng (dùng kháng sinh phổ rộng), co giật.
- Điều trị dự phòng huyết khối, xét dự phòng loét dạ dày bằng PPI.
- Tất cả các BN được chăm sóc điều dưỡng theo quy trình của khoa cấp cứu bệnh viện Bạch Mai.
- BN được ghi nhận các triệu chứng chảy máu như xuất huyết dưới da, niêm mạc; chảy máu chân catheter, chảy máu tiêu hóa, chảy máu qua đường niệu, chảy máu nội sọ.

- BN được làm xét nghiệm đông máu toàn bộ, tế bào máu ngoại vi tại thời điểm $T_0, T_1, T_2, T_3, T4$.
- BN được chụp CT sọ/ MRI sọ sau khi kết thúc giai đoạn T4 nếu ý thức không tỉnh hoặc có dấu hiệu thần kinh khu trú.

b. Các tiêu chí của nghiên cứu

- Triệu chứng chảy máu ghi nhận được.
- Diễn biến các chỉ số đông máu ở các thời điểm hạ thân nhiệt.

3. Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu nghiên cứu được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất, được xử lý và phân tích trên phần mềm thống kê y học SPSS 23.0.

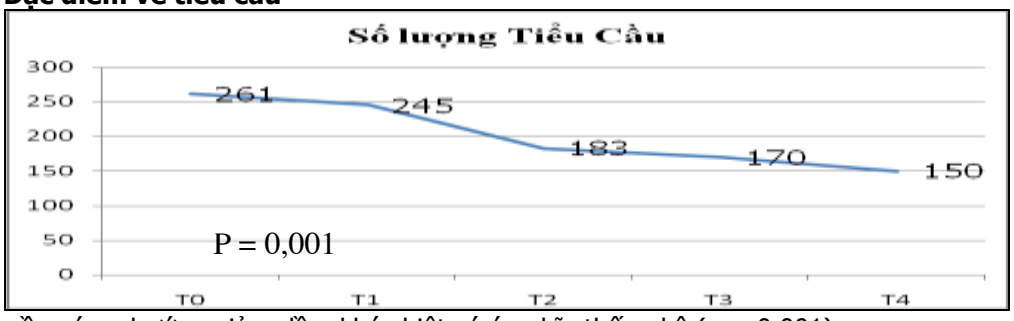
4. Đạo đức nghiên cứu

- BV Bạch Mai là cơ sở đi đầu trong cả nước về việc áp dụng những hướng dẫn mới hiện hành trên thế giới trong chẩn đoán và điều trị BN. Tất cả các BN đều được sử dụng chung một quy trình chẩn đoán và điều trị thống nhất. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích bảo vệ và nâng cao sức khoẻ cho BN, không nhằm mục đích nào khác.
- Gia đình BN được giải thích kỹ lưỡng và ký vào bản chấp nhận tham gia nghiên cứu.
- BN được theo dõi, tư vấn điều trị chuyên khoa sau khi kết thúc nghiên cứu.
- Các thông tin thu thập từ BN, từ bệnh án chỉ nhằm mục đích phục vụ nghiên cứu khoa học. Các thông tin về bệnh tật của BN được giữ kín.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Các BN trong nghiên cứu của chúng tôi đều có tình trạng đông máu bình thường ở thời điểm ban đầu khi chưa KSTNTĐ. Các thay đổi về tiểu cầu, đông máu như sau

3.1 Đặc điểm về tiểu cầu



Tiểu cầu có xu hướng giảm dần, khác biệt có ý nghĩa thống kê (p = 0,001).

3.2 Đặc điểm về Prothrombin time (PT)

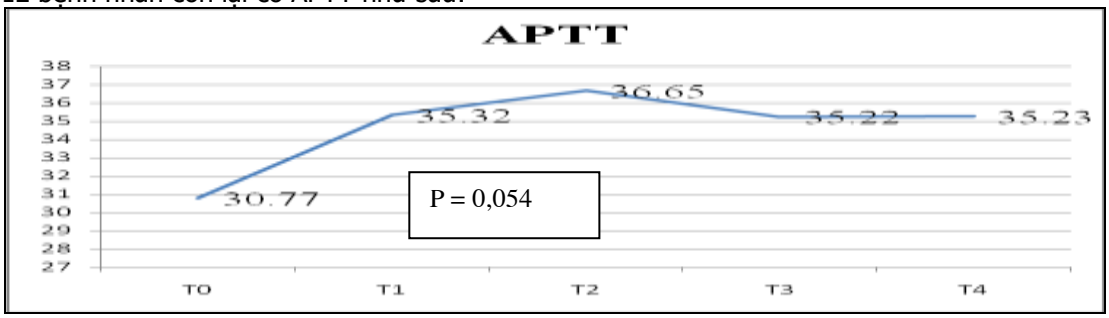
Chỉ số	T_0 (n=18)	T_1 (n=18)	T_2 (n=17)	T_3 (n=17)	T_4 (n=17)	
PT (%)	81,29 ± 26,81	*71,17 ± 26,53*	81,76 ± 29,49	82,15 ± 24,44	72,17 ± 21,75	P = 0,36

Trong suốt giai đoạn của quá trình KSTNTĐ, thời gian Prothrombin thay đổi không có ý nghĩa thống kê (p = 0,36).

3.3 Đặc điểm về APTT (thời gian thromboplastin từng phần hoạt hóa).

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 5 bệnh nhân được lọc máu liên tục (CVVH), sử dụng Heparin để chống đông tắc màng lọc, có 1 bệnh nhân được chụp động mạch vành và can thiệp đặt stent động mạch vành sử dụng heparin chống đông. Do vậy 6 bệnh nhân bị kéo dài thời gian APPT.

12 bệnh nhân còn lại có APTT như sau:



APTT có xu hướng kéo dài hơn trong giai đoạn hạ nhiệt độ và duy trì thân nhiệt, tuy nhiên sự thay đổi này không có ý nghĩa thống kê (p = 0,054).

3.4 Đặc điểm về chảy máu trên lâm sàng:

Vị trí chảy máu	Xuất huyết dưới da	Chảy máu mũi, miệng	Chảy máu chân catheter	Chảy máu đường tiêu hóa	Chảy máu đường niệu	Chảy máu não
Số biến cố (n = 18)	**0**	**1**	**1**	**1**	**0**	**0**

Trong 18 bệnh nhân nghiên cứu, chỉ có 1 bệnh nhân có chảy máu nặng, xuất huyết tiêu hóa, chảy máu chân catheter, chảy máu mũi.

Về biến cố XHN: có 6 BN phục hồi hoàn toàn về ý thức (CPC 1) không có chỉ định chụp hình ảnh học não. 12 BN còn lại có 9 BN được chụp MRI sọ não không có hình ảnh xuất huyết não.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm về tiểu cầu

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tiểu cầu có xu hướng giảm dần ở giai đoạn hạ nhiệt độ, duy trì nhiệt độ và giai đoạn làm ấm, thấp nhất ở cuối giai đoạn bình thường hóa thân nhiệt (TC 150 G/L) khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên không có bệnh nhân nào tiểu cầu giảm dưới 50 (G/L). Không có bệnh nhân nào cần truyền tiểu cầu. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả nghiên cứu HACA [7].

4.2 Đặc điểm về thời gian Prothrombin

Thời gian Prothrombin thay đổi không có ý nghĩa thống kê (p = 0,36). 18 BN trong nghiên cứu, thời gian prothrombin ban đầu là bình thường (PT 81,29%). Trong cả 4 giai đoạn KSTNTĐ, PT ổn định, thay đổi không có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự Wang C. H.

4.3 Đặc điểm về APTT (thời gian thromboplastin từng phần hoạt hóa).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 5 BN nhiễm toan chuyển hóa nặng và hoặc suy thận cấp được tiến hành lọc máu liên tục (CVVH), các BN này có dùng heparin truyền tĩnh mạch để tránh tắc màng lọc (theo protocol lọc máu) vì vậy làm kéo dài APTT. Có 1 BN NMCT cấp được đặt stent động mạch vành, có dùng heparin trong khi làm can thiệp, cũng làm kéo dài APTT. Chúng tôi phân tích kết quả 12 BN còn lại, APTT có xu hướng kéo dài khi hạ nhiệt độ, tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự Wang C. H.

4.4 Tình trạng chảy máu trên lâm sàng

Trong 18 BN nghiên cứu, có một BN chảy máu nặng trên lâm sàng, chảy máu mũi, chảy máu chân catheter, xuất huyết tiêu hóa (5,6%). Đây là bệnh nhân NTH kéo dài do điện giật (cấp cứu 60 phút có tim đập lại), vào viện trong tình trạng suy đa tạng (SOFA 16 điểm). Sau khi khi kết thúc điều trị KSTNTĐ 33°C, ý thức BN không phục hồi, BN tử vong trong bệnh cảnh suy đa tạng.

V. KẾT LUẬN

KSTNTĐ 33°C cho bệnh nhân hôn mê sau NTH không làm ảnh hưởng đáng kể nào trên đông máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dariush Mozaffarian, et al.**, Heart Disease and Stroke Statistics—2016 Update: A Report From the American Heart Association. Circulation, 2016(Chapter 17): p. e231 - e241.
2. **Bernard S. A**, Outcome from prehospital cardiac arrest in Melbourne, Australia. Emerg Med, 1998. 10: p. 25 - 29.
3. **Edgren, E., et al.**, Assessment of neurological prognosis in comatose survivors of cardiac arrest. BRCT I Study Group. Lancet, 1994. 343(8905): p. 1055-9.
4. **Polderman, K.H.,** Mechanisms of action, physiological effects, and complications of hypothermia. Crit Care Med, 2009. 37(7 Suppl): p. S186-202.
5. **Robert W. Neumar, et al., 2015** American Heart Association Guidelines Update for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation, 2015. 18 Suppl 2: p. 343.

6 **Reed R. L., 2nd, Bracey A. W., Jr.,** Hudson J. D. và cộng sự (1990). Hypothermia and blood coagulation: dissociation between enzyme activity and clotting factor levels. *Circ Shock,* 32 (2), 141-152.

7. **Hypothermia after Cardiac Arrest Study, G.,** Mild therapeutic hypothermia to improve the neurologic outcome after cardiac arrest. N Engl J Med, 2002. 346(8): p. 549-56.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT 47 TRƯỜNG HỢP U THẦN KINH THÍNH GIÁC THEO ĐƯỜNG XUYÊN MÊ NHĨ

Đào Trung Dũng[1], Lê Công Định[2], Đồng Văn Hệ[3], Nguyễn Xuân Hiền[4]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật u thần kinh thính giác (TKTG) theo đường mổ xuyên mê nhĩ. ***Đối tượng và phương pháp:*** nghiên cứu can thiệp, tiến cứu trong thời gian từ 9/2012 đến 5/2016. 47 bệnh nhân được chẩn đoán u TKTG qua chụp cộng hưởng từ sọ não và được phẫu thuật lấy u theo đường mổ xuyên mê nhĩ. ***Kết quả:*** 15 nam và 32 nữ, trung bình 44,9 ± 13,29 tuổi (16-70 tuổi). Kích thước khối u trung bình 38,4 mm (16-58 mm). Chức năng dây VII trước mổ tốt (độ I-II) chiếm 89,4% (42/47); kém (độ V-VI) chiếm 10,6% (5/47). Kết quả lấy hết u và gần hết khối u đạt được tương ứng ở 44,7% và 55,3%. Chức năng dây VII sau mổ tốt là 72,5% (29/40); vừa 2,5% (1/40) và kém 25,0% (10/40). Không có trường hợp nào tử vong, viêm màng não, liệt nửa người, liệt họng thanh quản hoặc rò dịch não tuỷ. ***Kết luận:*** Đường mổ xuyên mê nhĩ giúp kiểm soát tốt các cấu trúc giải phẫu của ống tai trong và góc cầu tiểu não, cho phép lấy u hiệu quả hơn và giảm biến chứng. Đường mổ này nên được sử dụng cho các khối u có kích thước trên 25 mm và những khối u nhỏ hơn kèm theo mất sức nghe.

Từ khóa: u dây thần kinh thính giác, đường xuyên mê nhĩ.

SUMMARY

A REVIEW OF OUTCOMES IN 47 TRANSLABYRINTHINE ACOUSTIC NEUROMA SURGERY CASES

Objective: To evaluate outcomes of translabyrinthine acoustic neuroma (AN) removal. ***Materials and methods:*** A prospective study was conducted from September 2012 to May 2016. Forty-seven patients with AN diagnosed by mean of MRI underwent tumor removal via translabyrinthine approach. ***Results:*** Fifteen males and thirty-two females, mean age was 44.9 ± 13,29 years (16-70 years). Average tumor dimension was 38.4 mm (16-58 mm). Preoperative facial nerve function was good (grade I-II) in 89.4% (42/47); bad (grade V-VI) in 10.6% (5/47). Total and partial tumor removal rate was 44.7% and 55.3%, respectively. Postoperative facial nerve function was good in 72.5% (29/40), moderate in 2.5% (1/40) and bad in 25.0% (10/40). No deaths, meningitis, hemiparalysis, pharyngolaryngeal paralysis and cerebrospinal fluid leak occurred. ***Conclusions:*** The translabyrinthine approach offers an exellent anatomical view of the internal auditory canal and cerebellopontine angle, making tumor removal more efficient with lower morbidity. We recommend use of this approach for tumors either larger than 25mm and for smaller tumors when hearing preservation is not an issue.

Keyword: acoutic neurinoma, translabyrinthine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U thần kinh thính giác (TKTG) là loại u hay gặp nhất của vùng góc cầu tiểu não với tỷ lệ trên 80% [1]. Mặc dù bản chất là u tế bào schwann lành tính của dây thần kinh số VIII, sự phát triển và choán chỗ của khối u trong hố sọ sau gây chèn ép lên thân não và tiểu não có thể dẫn đến nhiều biến chứng nặng nề do tăng áp lực nội sọ. Với tiến bộ của các phương tiện chẩn đoán, đặc biệt là chụp cộng hưởng từ (CHT), nhiều khối u đã được phát hiện từ khi còn nhỏ và kiểm soát hiệu quả bằng xạ phẫu (dao Gamma, dao X). Tuy nhiên do đa số trường hợp u có tiến triển chậm, gây nên các triệu chứng không điển hình nên nhiều bệnh nhân vẫn được chẩn đoán khi khối u đã to cần phải phẫu thuật nhằm mục đích lấy bỏ khối u, giảm chèn ép nội sọ. Phẫu thuật u TKTG thường được các bác sĩ phẫu thuật thần kinh (PTTK) thực hiện theo đường mổ dưới chẩm. Khó khăn chủ yếu đối với đường mổ này là khó xác định dây VII, khó lấy hết u trong ống tai trong, cần vén bán cầu tiểu não để bộc lộ khối u nên có thể gây dập não, phù não ảnh hưởng đến quá trình hồi phục của bệnh nhân.

Trên thế giới, phẫu thuật lấy u TKTG theo đường mổ xuyên mê nhĩ đã được tiến hành từ trên 50 năm nay, khắc phục được nhiều nhược điểm của đường mổ dưới chẩm [3]. Ở Việt Nam, kĩ thuật này mới được triển khai từ năm 2012 tại Bệnh viện Việt Đức với sự phối hợp của các bác sĩ Tai Mũi Họng (TMH). Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật u TKTG theo đường mổ xuyên mê nhĩ.

1. Khoa TMH, Bệnh viện Việt Nam Cu Ba
2. Khoa TMH, Bệnh viện Bạch Mai
3. Trung tâm PTTK, Bệnh viện Việt Đức
4. Trung tâm chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Bạch Mai
Chịu trách nhiệm chính: Đào Trung Dũng
Email: *dung27fme@yahoo.com*
Ngày nhận bài: 3.10.2016
Ngày phản biện khoa học: 7.12.2016
Ngày duyệt bài: 14.12.2016

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

47 bệnh nhân (18 nam, 30 nữ), trung bình 45,5 tuổi (16-70 tuổi) tại khoa TMH bệnh viện Việt Nam Cu Ba, khoa TMH bệnh viện Bạch Mai và Trung tâm PTTK bệnh viện Việt Đức từ tháng 9/2012 đến 5/2016. Tiêu chuẩn lựa chọn gồm các bệnh nhân được chẩn đoán u TKTG qua chụp CHT có tiêm gadolinium, chưa được lấy u theo đường mổ xuyên mê nhĩ trước đó, sau mổ có kết quả giải phẫu bệnh xác nhận là u tế bào schwann. Tiêu chuẩn loại trừ là những trường hợp có bệnh nội khoa khác gây ảnh hưởng đến quá trình điều trị và không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp không có nhóm chứng. Qui trình nghiên cứu bao gồm các bước:

- Trước mổ: hỏi bệnh, khám lâm sàng, đo thính lực, chụp phim cắt lớp vi tính (CLVT) xương thái dương và cộng hưởng từ (CHT) sọ não có tiêm gadolinium. Phân độ dựa vào phân loại của Jackler bằng cách đo đường kính lớn nhất của khối u trong góc cầu tiểu não (0: u khu trú trong ống tai trong, I (u nhỏ): 0-10mm, II (u vừa): 11-25mm, III (u to): 26-40mm, IV (u khổng lồ): > 40mm) [4].

- Phẫu thuật lấy u với sự phối hợp của hai kíp phẫu thuật viên TMH và PTTK. Bệnh nhân được đặt nằm ngửa, đầu quay về phía đối diện, cố định trong khung Mayfield và đặt máy theo dõi dây VII (*NIM™ 3.0, Medtronic*). Đường rạch da sau tai hình chữ C cách rãnh sau tai 4 cm, bộc lộ mặt ngoài xương chũm. Tiến hành khoét chũm mở rộng, bộc lộ toàn bộ xoang tĩnh mạch xích ma đến vịnh tĩnh mạch cảnh, màng não phần dưới thuỳ thái dương và trước–sau xoang tĩnh mạch xích ma. Tháo bỏ xương đe và bít lấp vòi tai bằng mảnh cân cơ thái dương. Khoét mê nhĩ, bộc lộ ống tai trong, phẫu tích dây VII ở phía trên mào ngang, phía trước thanh Bill. Lấy u trong ống tai trong và góc cầu tiểu não bằng dao siêu âm (*Sonopet®, Stryker*) và dao điện lưỡng cực. Sự toàn vẹn của dây VII liên tục được kiểm tra bằng đầu dò thần kinh. Trường hợp khối u quá dính vào dây VII và thân não thì phần u này được để lại. Sau khi kết thúc lấy u, tiến hành khâu đóng màng não (vá bằng cân đùi nếu màng não bị khuyết nhiều), bít lấp hố mổ bằng mỡ bụng/đùi và khâu đóng da.

- Sau mổ: đánh giá biến chứng gồm tử vong, liệt nửa người, viêm màng não, liệt các dây thần kinh sọ, rò dịch não tuỷ (DNT). Chức năng dây VII được đánh giá theo phân loại của House Brackmann (HB) và đánh giá bình thường (HB I), liệt nhẹ (HB II), liệt vừa (HB III-IV), liệt nặng (HB V-VI) [4].

2.3. Xử lí số liệu

Số liệu được xử lí bằng phần mềm SPSS 16.0. Các biến liên tục có phân bố chuẩn được tính trung bình và độ lệch chuẩn. So sánh hai trung bình bằng t-test, các tỷ lệ bằng kiểm định $\chi 2$. Sự khác biệt giữa các giá trị kiểm định được coi là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng

Nghiên cứu gồm có 47 bệnh nhân (15 nam, 32 nữ), tuổi trung bình 44,9 ± 13,29 (16-70 tuổi). Không có sự khác biệt có ý nghĩa về tuổi trung bình giữa hai giới nam (42,9 ± 15,78) và nữ (45,8 ± 12,12) ($p > 0,05$). Trong số các bệnh nhân này có 8 trường hợp đã được can thiệp trước đó (6 phẫu thuật lấy u đường dưới chẩm, 2 xạ phẫu dao Gamma).

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng (N = 47)

Triệu chứng	n	%
Nghe kém	43	91,5%
Ù tai	33	70,2%
Rối loạn thăng bằng	32	68,1%
Đau đầu	31	66,0%
Tê bì nửa mặt	27	57,4%
Liệt mặt ngoại biên	7	14,9%
Liệt hầu họng	3	6,4%
Liệt dây thanh	3	6,4%

Nghe kém là triệu chứng hay gặp nhất (91,5%), sau đó là ù tai (70,2%), rối loạn thăng bằng (68,1%) và đau đầu (66,0%). Hai lí do chính khiến bệnh nhân phải đi khám là đau đầu (26/47 trường hợp; 55,3%) và nghe kém (14/47; 29,8%). Chức năng dây VII bình thường chiếm 85,1% (40/47), 7 trường hợp liệt mặt ngoại biên trong đó 5 bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật lấy u đường dưới chẩm (1 độ II và 4 độ VI), 1

xạ phẫu dao gamma (độ VI) và 1 trường hợp độ II xuất hiện tự phát. 2/3 trường hợp liệt hầu họng và liệt dây thanh cùng bên có tiền sử được phẫu thuật lấy u đường dưới chẩm (Bảng 3.1).

3.2. Đặc điểm khối u

Bảng 3.2. Đặc điểm khối u.

Phân độ khối u	Mật độ khối u			Tổng số
	Đặc	Hỗn hợp	Nang	
U vừa (11-25mm)	9	0	0	9
U to (26-40mm)	9	4	0	13
U khổng lồ (>40mm)	14	10	1	25
Tổng số	**32**	**14**	**1**	**47**

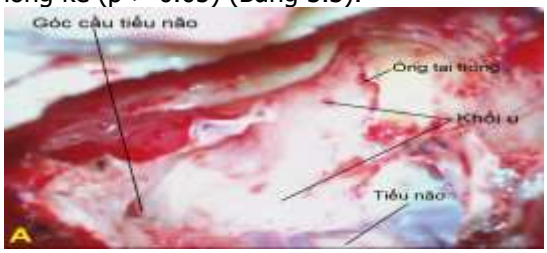
Kích thước khối u trung bình là 38,4 mm (14–58 mm). Hay gặp nhất là khối u có kích thước khổng lồ (53,2%), mật độ u đặc (68,1%) (Bảng 3.2).

3.3. Kết quả lấy u

Bảng 3.3. Kết quả lấy u (N = 47).

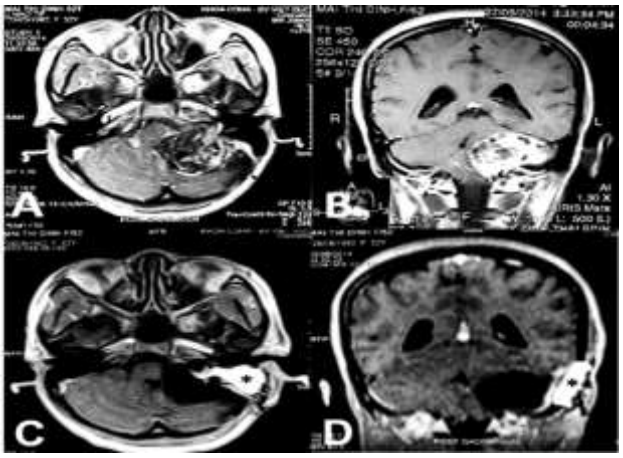
Kết quả lấy u	Khích thước khối u			Mật độ khối u		
Lấy hết khối u	5	5	11	12	8	1
Còn lại phần u	4	8	14	20	6	0
Tổng số	**9**	**13**	**25**	**32**	**14**	**1**

Kết quả lấy được hết khối u đạt được ở 21 trường hợp (44,7%). Sự khác biệt về tỷ lệ lấy hết u theo phân độ khối u (u vừa, to, khổng lồ) và mật độ khối u (đặc, hỗn hợp, nang) không có ý nghĩa thống kê (p > 0.05) (Bảng 3.3).

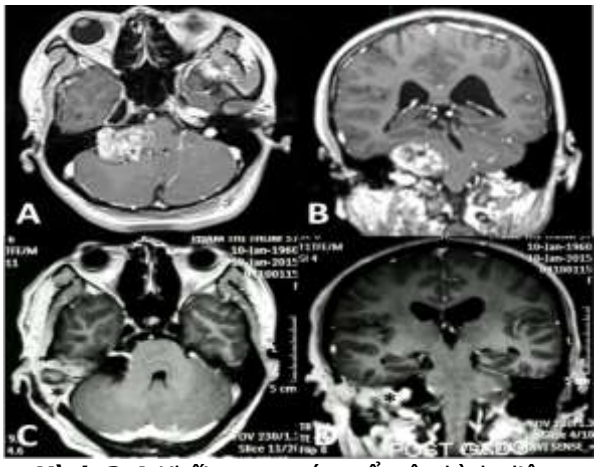


Hình 3.1. Bộc lộ khối u ở ống tai trong và góc cầu tiểu não trái.

Hình 3.2. Kết quả lấy được toàn bộ khối u, bảo tồn các dây thần kinh V, VI, VII.



Hình 3.3. Khối u khổng lồ bên trái trước mổ trên bình diện axial (A) và coronal (B). Hình ảnh đã lấy hết u trên các bình diện tương ứng (C,D) với mỡ bít lấp hố mổ (*).



Hình 3.4. Khối u to trước mổ trên bình diện axial (A) và coronal (B). Hình ảnh lấy u gần toàn bộ, để lại một phần u dính với dây VII trên bình diện tương ứng (C,D) với mỡ bít lấp (*).

3.4. Tai biến và biến chứng

Trong mổ có 1 trường hợp tai biến chảy máu cần phải dùng kẹp mạch máu để cầm máu, sau đó phẫu thuật được tiếp tục tiến hành. Không có trường hợp nào phát hiện đứt dây VII, IX, X, XI trong mổ.

Bảng 3.4. Biến chứng sau mổ.

Biến chứng	n	%
Liệt mặt ngoại biên	16*	40%
Liệt vận nhãn ngoài	1	2,1%
Nhiễm trùng hốc mổ	1	2,1%
Tử vong	0	0%
Viêm màng não	0	0%
Liệt nửa người	0	0%
Liệt họng thanh quản	0	0%
Rò dịch não tủy	0	0%

** Tính các trường hợp mới xuất hiện mổ*

Biến chứng sau mổ hay gặp nhất sau phẫu thuật là liệt VII ngoại biên chiếm tỷ lệ 40,0% (16/40) trong đó có 5 liệt nhẹ (độ II), 1 liệt vừa (độ III–IV) và 10 liệt nặng (độ V-VI) (trong đó 1 ở khối u vừa, 2 ở khối u to và 7 ở khối u khổng lồ). Các biến chứng ít gặp gồm 1 liệt VI cùng bên gây nhìn đôi và 1 nhiễm trùng hốc mổ đều xảy ra ở khối u khổng lồ. Không có trường hợp nào bệnh nhân tử vong, viêm màng não, liệt nửa người, liệt họng thanh quản hay rò dịch não tuỷ (Bảng 3.4).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các triệu chứng về thính giác là hay gặp nhất bao gồm nghe kém (91,5%) và ù tai (70,2%) (bảng 3.1). Kết quả này tương đồng với y văn, chứng tỏ ở u TKTG thì tai trong là cơ quan dễ bị tổn thương do phối hợp nhiều cơ chế như thay đổi lượng protein dịch tai trong, thoái hoá của màng mạch, dây chằng xoắn ốc, tế bào lông trong và lông ngoài, sũng nước mê nhĩ,… [4], nghẽn dẫn truyền sợi trục thần kinh ốc tai, giảm cấp máu ốc tai và ứ trệ tuần hoàn [5]. Tuy nhiên do chủ yếu nghe kém từ từ tăng dần ở một bên tai, ít ảnh hưởng lên sức nghe tổng thể nên bệnh nhân thường không chú ý đến. Rối loạn thăng bằng gặp ở 68,1% trường hợp với biểu hiện chủ yếu là cảm giác chòng chành lúc đi lại, ít khi có cơn chóng mặt thực sự. Biểu hiện trên phù hợp với đặc điểm tiến triển từ từ của đa số khối u (trung bình < 2 mm/năm), cho thấy những thiếu hụt chức năng tiền đình ngoại biên đã được sự bù trừ của thần kinh trung ương [3]. Tuy nhiên, đau đầu lại là lí do hay gặp nhất khiến bệnh nhân đi khám (55,3%), có thể do khối u kích thích màng não tại chỗ hoặc đã gây tăng áp lực nội sọ.

Kết quả chụp CHT cho thấy kích thước khối u trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là 38,4 mm trong đó 80,9% là u to và khổng lồ (bảng 3.2). Đối với những trường hợp này, phẫu thuật lấy u theo hai con đường là dưới chẩm và xuyên mê nhĩ là phương pháp điều trị được ưu tiên lựa chọn. Đường mổ dưới chẩm là con đường tiếp cận khối u quen thuộc với các nhà PTTK, cho phép lấy u mọi kích thước trong góc cầu tiểu não và có thể bảo tồn được sức nghe. Những nhược điểm chính của đường mổ này là khó lấy được hết phần u trong ống tai trong, phát hiện dây VII muộn và cần phải vén bán cầu tiểu não nên gây dập não, phù não ảnh hưởng đến quá trình hồi phục của bệnh nhân [2].

Tiến hành phẫu thuật theo đường mổ xuyên mê nhĩ, chúng tôi đạt được kết quả lấy hết u ở 21 trường hợp (44,7%) trong đó 5/9 u vừa, 5/13 u to và 11/25 u khổng lồ (bảng 3.3). Như vậy, đường mổ xuyên mê nhĩ giúp bộc lộ và có thể lấy được toàn bộ khối u nằm trong ống tai trong cũng như góc cầu tiểu não ở mọi phân độ khối u và mật độ khối u. Những trường hợp lấy không hết khối u là do chúng tôi chủ động để lại phần u quá dính vào dây VII hay thân não, trên cơ sở hiểu biết bản chất là u lành tính, bên cạnh việc lấy bỏ khối u để giảm chèn ép nội sọ thì duy trì và cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân đóng vai trò hết sức quan trọng. Nghiên cứu cho thấy, trong những trường hợp u TKTG lấy gần toàn bộ thì khoảng 68,5% sẽ thoái triển; một số không phát triển, số còn lại phát triển với tốc độ rất chậm (trung bình 0,35mm/năm so với 0.91 mm/năm ở các trường hợp u không được can thiệp gì [1]. Bên cạnh đó, xạ phẫu (dao Gamma, dao X) giúp kiểm soát tốt (91-98%) những trường hợp u có kích thước < 25 mm [6]. Talfer và Comey cũng đề xuất trong những trường hợp khối u quá lớn, quá dính hay chảy máu nên phẫu thuật qua nhiều thì nhằm làm giảm tỷ lệ tai biến, thì sau nên tiến hành trong khoảng thời gian 4-6 tháng vì lúc này phù nề tiểu não đã hết và khối u chưa phát triển trở lại [7].

Trong phẫu thuật chỉ xảy ra một trường hợp tai biến chảy máu và đã được cầm lại bằng kẹp mạch máu, sau đó phẫu thuật lại diễn ra bình thường. Không có bệnh nhân nào tử vong hay bị những biến chứng nặng như viêm màng não, liệt nửa người. Biến chứng liệt mặt ngoại biên sau phẫu thuật của chúng tôi chiếm 40% là thấp

hơn so 43% từ độ III trở lên của Hà Kim Trung (2007), 65,3% từ độ IV trở lên của Nguyễn Kim Chung (năm 2014). Có được kết quả này là nhờ đường mổ luôn cho phép xác định được dây VII sớm ở thì đầu của phẫu tích dựa vào mốc cố định ở đáy ống tai trong, kết hợp với tìm dây VII ở thân não với đầu dò thần kinh giúp phẫu tích an toàn và hiệu quả hơn nên giảm được nguy cơ tổn thương dây VII. Đặc biệt, biến chứng liệt vận nhãn ngoài và những trường hợp liệt mặt ngoại biên nặng (độ V-VI) chủ yếu gặp ở nhóm u khổng lồ. Điều này chứng tỏ khi phẫu thuật các khối u có kích thước lớn, diện tích tiếp xúc rộng với thân não, tiểu não, các dây thần kinh sọ và mạch máu thì nguy cơ xảy ra tai biến trong quá trình phẫu tích khối u tăng lên. Trường hợp liệt vận nhãn ngoài gây nhìn đôi đã hồi phục sau 4 tháng, nhiễm trùng hốc mổ sau tai xảy ra ở một trường hợp và đã được phẫu thuật nạo vét ổ viêm kết hợp điều trị nội khoa ổn định. Không có bệnh nhân nào rò DNT mặc dù chúng tôi chỉ sử dụng mỡ và cân đùi để bít lấp hố mổ là một kết quả khả quan so với nhiều tác giả khác (tỷ lệ rò khoảng 8-12%.

Nghiên cứu cho thấy nhược điểm chính của phẫu thuật u TKTG theo đường mổ xuyên mê nhĩ là cần nhiều thời gian phẫu thuật hơn (chúng tôi cần thêm trung bình 120 phút để tạo đường vào tiếp cận khối u). Ngoài ra, một số trường hợp phải hi sinh sức nghe còn lại của bệnh nhân (lấy u theo đường dưới chẩm cũng khó có thể bảo tồn được sức nghe khi kích thước khối u > 20 mm). Vì vậy phẫu thuật theo đường xuyên mê nhĩ đối với những trường hợp đã mất sức nghe hoặc khối u to, khổng lồ là một lựa chọn hợp lí.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phẫu thuật u TKTG theo đường mổ xuyên mê nhĩ đạt được hiệu quả tốt với sự phối hợp của hai chuyên khoa TMH và PTTK. Đường mổ xuyên mê nhĩ cho phép tiếp cận đến khối u ngắn nhất, xác định sớm dây VII và trường mổ đủ rộng để có thể lấy được toàn bộ khối u. Biến chứng có xu hướng tăng lên ở nhóm u khổng lồ, vì vậy có thể cần phải phẫu thuật lấy u qua nhiều thì và phối hợp với điều trị tia xạ nhằm bảo tồn tối đa các chức năng thần kinh đặc biệt là của dây VII.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Oh B.C., Hoh D.J., Giannotta S.L. (2009).** "Tumors of the Cerebellopontine Angle", *Comprehensive management of skull base tumors*, Informa Healthcare, New York, 389-401.
2. **Jackler R., Pitts L. (2008).** Selection of Surgical Approach to Acoustic Neuroma*. Neurosurg Clin N Am*, 19, 217–238.
3. **Jackler R., Brackmann D. (2005).** "Acoustic neuroma (Vestibular schwannomas)", *Neurotology*, second edition, Mosby Inc, Philadenphia, 727-782.
4. **Gulya J. (2005).** "Pathologic Correlates in Neurotology", *Neurotology*, second edition, Mosby Inc., Philadenphia, 144-162.
5. **Mann W., Gouveris H.T. (2009).** Diagnosis and therapy of vestibular schwannoma*". Expert Rev. Neurother.*, 9(8): 1219-1232.
6. **Iwai Y., Yamanaka K., Ishiguro T. (2003).** Surgery combined with radiosurgery of large acoustic neuromas*. Surg Neurol*, 59(4): 283-289.
7. **Talfer S., Dutertre G., Conessa C. et al. (2010).** Surgical treatment of large vestibular schwannomas (stages III and IV)*. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*, 127(2): 63-9.

NGHIÊN CỨU MÔ HÌNH BỆNH THẦN KINH TẠI KHOA THẦN KINH CỦA BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH TRÀ VINH NĂM 2012 – 2014

Phạm Thế Hiền*

TÓM TẮT

Qua nghiên cứu 2632 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân vào điều trị tại khoa Thần kinh tại BVĐK tỉnh Trà Vinh từ năm 2012 đến 2014, kết quả như sau:

- Tỷ lệ bệnh nhân điều trị nội trú bệnh TK tại BVĐK tỉnh Trà Vinh chiếm cao nhất là năm 2013 (35,87%), năm 2012 là 30,78% và năm 2014 là 33,36%.

- Các bệnh thần kinh thường gặp chiếm tỷ lệ cao từ năm 2012 đến 2014 là: Cơn thiếu máu não thoáng qua và hội chứng liên quan chiếm tỷ lệ cao nhất (46,42% - 44,06% - 46,92%) và kế đến là Động kinh (16,42% - 28,13% - 20,96%).

Từ khóa: mô hình, bệnh thần kinh (TK), Bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh (BVĐK)

** Khoa Y Dược, Trường Đại học Trà Vinh*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Hiền
Email: hien_fr@tvu.edu.vn
Ngày nhận bài: 7.10.2016
Ngày phản biện khoa học: 9.12.2016
Ngày duyệt bài: 20.12.2016

SUMMARY

RESEARCHNERVOUS SYSTEM DISEASES MODELS IN SCIENCE OF NERVE GENERAL HOSPITAL IN 3 YEARS TRA VINH PROVINCE (FROM 2012 TO 2014)

Faculty of medicine and pharmacy, Tra Vinh University. Through the study of 2632 medical records of patients in treatment at the Department of Neurology at the General Hospital in Tra Vinh province from 2012 to 2014 results:

- The percentage of patients inpatient neurological diseases at Hospital Tra Vinh province in 2013 accounted for the highest (accounting for 35.87%), in 2012 is 30.78% and in 2014 is 33.36%.

- The common neurological disease high percentage from 2012 to 2014 were: transient ischemic attacks and related syndromes account for the highest percentage (46.42% - 44.06% - 46.92%) and followed by seizures (16.42% - 28.13% - 20.96%).

Keywords: model, nervous system diseases, Hospital Tra Vinh Province

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê gần đây của Viện sức khoẻ tâm thần trung ương thì tỷ lệ người Việt Nam có khả năng bị bệnh tâm thần một lần trong đời là 15 - 20% dân số (đa số đã chữa khỏi hay ổn định). Qua một số công trình nghiên cứu dịch tể về một số bệnh tâm thần thường gặp trong dân số chung tại TP. HCM được thực hiện trong những năm từ 2000 đến 2003 do Bệnh Viện Tâm Thần thực hiện có tỷ lệ sau: sa sút tâm thần (ở nhóm người lớn hơn hoặc bằng 65 tuổi) 7,8 – 9,7%; trầm cảm 9,4%; các rối loạn lo âu 6,1%; tâm thần phân liệt 1%; chậm phát triển tâm thần 0,9%; động kinh 0,5%… Tuy nhiên, tại Trà Vinh chưa có công trình nghiên cứu về bệnh thần kinh tại cộng đồng. Việc xác định nghiên cứu bệnh TK giúp cho bệnh viện xây dựng kế hoạch chăm sóc sức khỏe cho nhân dân và cho nhân viên y tế một cách toàn diện, đầu tư cho công tác phòng chống bệnh có chiều sâu và trọng điểm, từng bước hạ thấp tỷ lệ bệnh cho cộng đồng, nâng cao chăm sóc sức khỏe nhân dân. Vì vậy, chúng tôi nghiên cứu bệnh thần kinh tại BVĐK Trà Vinh năm 2012 – 2014 nhằm hai mục tiêu sau:

-Xác định tỷ lệ mắc bệnh TK thường gặp theo ICD 10.

-Xác định sự phân bố bệnh theo các yếu tố dịch tễ học như: giới, nghề nghiệp, khu vực cư trú và sự biến đổi mô hình bệnh tật qua các năm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

- Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân điều trị nội trú các bệnh thần kinh tại khoa Thần kinh của BVĐK tỉnh Trà Vinh từ ngày 1/1/2012 đến 31/12/2014.

- Phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

- Thu thập số liệu và phương tiện nghiêncứu:

+ Số liệu bệnh nhân tại BVĐK tỉnh Trà Vinh.

+ Nhập số liệu, xử lý và phân tích số liệu bằng chương trình Excel.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tình hình bệnh nhân điều trị nội trú bệnh thần kinh

Tình hình bệnh nhân nội trú	Năm 2012		Năm 2013		Năm 2014	
	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ%	Số ca	Tỷ lệ%
Tình hình mắc bệnh	810	30,78	944	35,87	878	33,36

Nhận xét: Tỷ lệ BN điều trị nội trú bệnh TK tại BVĐK tỉnh Trà Vinh chiếm cao nhất là năm 2013 (35,87%) và chiếm tỷ lệ thấp nhất là năm 2012 (30,78%).

Bảng 2. Phân bố bệnh thần kinh theo giới

Giới	Năm 2012		Năm 2013		Năm 2014	
	Số ca	Tỷ lệ%	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ%
Nam	435	53,70	493	52,22	471	53,64
Nữ	375	46,30	451	47,78	407	46,36
Tổng	**810**	**100**	**944**	**100**	**878**	**100**

Nhận xét: Tỷ lệ nam mắc bệnh TK cao hơn tỷ lệ nữ (cao nhất là năm 2012 53,7%)

Bảng 3. Tình hình phân bố bệnh TK theo khu vực cư trú

Khu vực cư trú	Năm 2012		Năm 2013		Năm 2014	
	Số ca	Tỷ lệ%	Số ca	Tỷ lệ%	Số ca	Tỷ lệ%
Nông thôn	627	77,41	886	93,86	702	79,95
Thành thị	183	22,59	58	6,14	176	20,05
Tổng	**810**	**100**	**944**	**100**	**878**	**100**

Nhận xét: Tỷ lệ BN mắc bệnh TK sống ở khu vực nông thôn đến điều trị nội trú tại BV chiếm tỷ lệ cao hơn so với bệnh nhân sống ở khu vực thành thị (cao nhất là năm 2013: 93,86%).

Bảng 4. Tình hình phân bố bệnh TK theo nhóm nghề nghiệp

Nhóm nghề nghiệp	Năm 2012		Năm 2013		Năm 2014	
	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %
Nông dân	69	8,52	66	6,99	44	5,01
Làm ruộng	131	16,17	146	15,47	130	14,81
Công nhân	21	2,59	29	3,07	23	2,62
Trí thức	-	0	2	0,21	3	0,34
Lực lượng vũ trang	-	0	2	0,21	-	0
Công nhân viên	18	2,22	8	0,85	8	0,91
Hành chính, sự nghiệp	4	0,49	9	0,95	10	1,14
Hưu và dưới 60 tuổi	3	0,37	5	0,53	3	0,34
Y tế	1	0,12	-	0	1	0,11
Sinh viên, học sinh	54	6,67	35	3,71	28	3,19
Trẻ em dưới 6 tuổi không đi học,dưới 15 tuổi đi học	53	6,54	61	6,46	40	4,56
Già	284	35,06	291	30,83	299	34,05
Loại khác	172	21,23	290	30,72	289	32,92
Tổng	**810**	**100**	**944**	**100**	**878**	**100**

Nhận xét: Tỷ lệ BN mắc bệnh TK cao nhất chủ yếu tập trung vào 3 nhóm đối tượng nghề nghiệp theo thứ tự lần lượt là:Người già, nghề nghiệp khác và làm ruộng. Tỷ lệ BN mắc bệnh TK theo nhóm người già chiếm tỷ lệ cao nhất là 35,06% (năm 2012).

Bảng 5. Các bệnh TK thường gặp tại bệnh viện từ năm 2012 đến 2014

Mã ICD10	2012		2013		2014	
	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %
[G45] Cơn thiếu máu não thoáng qua và hội chứng liên quan	376	46,42	416	44,06	412	46,92
[G40] Động kinh	133	16,42	190	20,13	184	20,96
[G95] Bệnh khác của tủy sống	33	4,07	16	1,69	15	1,71
[G40.3] Hội chứng động kinh và động kinh toàn bộ không rõ nguyên do	32	3,95	12	1,27	10	1,14
[G04.2] Viêm não-màng não do vi khuẩn và viêm màng não-tủy, không phân loại nơi khác	23	2,84	18	1,91	12	1,37
[G58.0] Bệnh dây thần kinh liên sườn	23	2,84	43	4,55	40	4,56

Nhận xét: Trong 6 bệnh TK chiếm tỷ lệ cao nhất thường gặp tại BV từ năm 2012 đến năm 2014, có hai bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất là: Cơn thiếu máu não thoáng qua và hội chứng liên quan (46,42% - 44,06% - 46,92%) và Động kinh (16,42% - 28,13% - 20,96%).

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu tình hình mắc bệnh TKvới 2632 hồ sơ bệnh án điều trị nội trú tại BVĐK tỉnh Trà Vinh từ năm 2012 đến năm 2014, chúng tôi nhận thấy:

- *Về đặc điểm bệnh nhân mắc bệnh TK vào BV điều trị nội trú theo từng năm:* Theo số liệu thống kê, tỷ lệ BN điều trị nội trú bệnh TK tại BVĐK tỉnh Trà Vinh chiếm cao nhất là năm 2013, 2014và chiếm tỷ lệ thấp nhất là năm 2012. Điều này cho thấy ngày càng có nhiều BN bệnh TK có lẽ do áp lực cuộc sống, gia đình, xã hội làm cho bệnh tăng lên.
- *Về sự phân bố bệnh TKtheo giới:* Đa số nam giới mắc bệnh TK nhiều hơn nữ, điều này cho thấy được đặc điểm dịch tễ học của bệnh là: bệnh TK dễ gặp ở nam giới hơn nữ, chủ yếu là do các yếu tố tác động trong lối sống hàng ngày (tình trạng căng thẳng, chế độ làm việc và nghỉ ngơi, tình trạng của cơ thể, áp lực,…).

• *Tình hình phân bố bệnh TK theo khu vực cư trú:* Tỷ lệ BN mắc bệnh TK sống ở khu vực nông thôn đến điều trị nội trú tại BV chiếm tỷ lệ cao hơn so bệnh nhân sống ở khu vực thành thị. Điều này cho thấy được người dân ở khu vực thành thị có nhu cầu chăm sóc sức khỏe và phòng bệnh cao, có nhiều điều kiện thuận lợi để dễ dàng tiếp xúc với các dịch vụ y tế. Người dân ở thành thị có chế độ sinh hoạt hợp lý tốt hơn, biết làm việc và nghỉ ngơi hợp lý, có điều kiện sử dụng các dịch vụ giải trí và người dân có kiến thức về bệnh TK cũng như biết cách phòng chống bệnh TK. Một số bộ phận người dân ở khu vực nông thôn ít có điều kiện hơn người dân ở thành phố, phải lo lắng nhiều công việc của gia đình (làm ruộng, nuôi con,v.v..), chưa có điều kiện thuận lợi để tiếp xúc với các dịch vụ khám chữa bệnh hiện đại, khó khăn trong việc đi lại nên tỷ lệ mắc bệnh còn cao.

• *Tình hình phân bố bệnh TK theo nhóm nghề nghiệp:* Tỷ lệ BN mắc bệnh TK cao nhất chủ yếu tập trung vào 3 nhóm đối tượng nghề nghiệp theo thứ tự lần lượt là: người già, nghề nghiệp khác và làm ruộng.

Điều này phù hợp với đặc điểm dịch tễ học của bệnh TK. Ở nông thôn, đa số người dân sống chủ yếu bằng nghề làm ruộng, mệt nhọc, nặng áp lực về kinh tế. Bên cạnh đó, chế độ sinh hoạt nghỉ ngơi không hợp lý, thường xuyên cảm thấy lo lắng cho gia đình, ít có điều kiện vui chơi giải trí như ở thành phố nên dễ bị stress, trầm cảm, lâu ngày dẫn đến các rối loạn tâm thần và hành vi. Còn người già thì dễ mắc bệnh do tuổi tác càng cao thì chức năng của TK ngày càng suy giảm (trí nhớ không còn tốt như trước, dễ mất ngủ, đau đầu, các bệnh lý liên quan đến thần kinh,…).

• *Về sự biến đổi mô hình bệnh TK năm 2012 – 2014:* Trong 6 bệnh TK chiếm tỷ lệ cao nhất thường gặp tại BV trong 3 năm thì hai bệnh phổ biến nhất là: Cơn thiếu máu não thoáng qua và hội chứng liên quan, Động kinh. Và đây cũng là hai nhóm bệnh phổ biến nhất mà nếu mắc bệnh thì để lại hậu quả nghiêm trọng về mặt sức khỏe cho cá nhân, gia đình và xã hội.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ BN điều trị nội trú bệnh TK tại BVĐK tỉnh Trà Vinh chiếm cao nhất là năm 2013 (35,87%), năm 2012 là 30,78 % và năm 2014 là 33,36%.

- Các bệnh TK thường gặp chiếm tỷ lệ cao từ năm 2012 đến 2014 là: Cơn thiếu máu não thoáng qua và hội chứng liên quan chiếm tỷ lệ cao nhất (46,42% - 44,06% - 46,92%) và kế đến là Động kinh (16,42% - 28,13% - 20,96%).

- Tỷ lệ nam mắc bệnh TK là 53,70% - 52,22% - 53,64%. Tỷ lệ nữ mắc bệnh TK là 46,30% - 47,78% - 46,36%.

- Nhóm nghề nghiệp mắc bệnh TK chiếm tỷ lệ cao là: người già (35,06%-30,83% - 34,05%), loại khác (21,23% - 30,72%-32,92%), làm ruộng (16,17% - 15,47% - 14,81%).

- Tỷ lệ BN mắc bệnhTK sống ở khu vực nông thôn đến điều trị nội trú tại BV chiếm tỷ lệtừ năm 2012 đến năm 2014 (77,41% - 93,86% - 79,95%). Tỷ lệ BN mắc bệnh TK sống ở khu vực thành thị chiếm tỷ lệ từ năm 2012 đến năm 2014 (22,59% - 6,14% - 20,05%).

KIẾN NGHỊ

Tăng cường thêm nguồn nhân lực y tế có chuyên môn về thần kinh.

Tại tuyến y tế cơ sở cần được tập huấn kiến thức về cách phòng chống các bệnh TK.

Tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cho cộng đồng về tác hại của các bệnh TK và cách thực hiện lối sống điều độ (chế độ nghỉ ngơi hợp lý, cách kiểm soát stress và tổ chức công việc).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Bảng phân loại Quốc tế bệnh tật Việt Anh lần thứ 10 (ICD10), nhà xuất bản Y học, 2001.
2. **Nguyễn Trọng Bài, Bùi Văn Chín (2010).** Nghiên cứu mô hình bệnh tậtBệnh viện đa khoa huyện Thới Bình trong 4 năm 2006- 2009.
3. **Lê Thị Phương Nam (2012).** Khảo sát tình hình bệnh tật tại Khoa Nội, Nhi Bệnh viện đa khoa khu vực An Khê, tỉnh GiaLai từ 2009-2011.
4. **Trương Thị Mai Hồng, Lê Thanh Hải, Phạm Ngọc Toàn, Đỗ Quang Vỹ, Lê Thị Dung. (2012).** Mô hình bệnh tật tại Khoa cấp cứu, bệnh viện Nhi Trung ương 2011.
5. **Nguyễn Thị Xuân Hương, Hoàng Thị Huế (2011).** Tình hình bệnh tật và tử vong so sinh tại bệnh viện tại khoa Nhi bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên trong 3 năm (2008-2010).
6. **Lawn JE (2004)** "Why are 4 milliondying each year", *The lancet*, vol 364.
7. **No authors listed (2004),** "Morbidity and mortality among autborn neonates at 10 tertiary care institutions in India during the year 2000", *J Trop Pediatr*, Jun 50(3)

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CAN THIỆP NỘI MẠCH ĐIỀU TRỊ PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Lâm Văn Nút*, Trần Quyết Tiến**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả can thiệp nội mạch điều trị phình động mạch chủ bụng. ***Phương pháp:*** nghiên cứu tiến cứu mô tả. ***Kết quả:*** Nghiên cứu có 30 bệnh nhân. Nam chiếm 80%, tuổi trung bình 73,8 ± 9,2. Tăng huyết áp chiếm 70% và hút thuốc lá chiếm 66,7%. Chiều dài cổ túi phình trung bình 31± 12,1; Đường kính cổ gần túi phình trung bình 19,5 ± 2,6; góc cổ túi phình 60,5 ± 21,6; Đường kính trung bình của khối phình ĐMCB là 52,75± 12,28 mm; Chiều dài ĐMC từ dưới ĐM thận đến ngã ba chủ- chậu trung bình 110 ± 19,5 mm; Đường kính cổ xa trung bình 22 ± 7,4 mm; Mổ chương trình chiếm tỉ lệ cao (96,7%). Gây tê tại chỗ chiếm hầu hết các trường hợp (43,3%). Đặt ống ghép nội mạch trong phình ĐMCB đơn thuần chiếm 3,3%; ĐMCB đến ĐM chậu 2 bên chiếm 86,7%; ĐMCB đến ĐM chậu 1 bên 10%; làm tắc động mạch chậu trong chiếm 26,7%. Thời gian nằm viện trung bình là 7,6 ± 3,9 ngày. Thời gian can thiệp trung bình 205,5 ± 87,7 phút. Biến chứng nhồi máu cơ tim chiếm 6,6%, suy hô hấp chiếm 3,3%, tử vong chiếm 3,3%, rò ống ghép loại II chiếm 26,7%. Kết quả thành công ngắn hạn và trung hạn lần lượt là 96,7% và 96,5%. Kết luận: Can thiệp nội mạch điều trị phình ĐMCB là phương pháp hiệu quả, ít biến chứng, thời gian hồi phục nhanh. Đặc biệt phù hợp những bệnh nhân lớn tuổi, có nhiều yếu tố nguy cơ, bệnh phối hợp.

Từ khóa: phình động mạch chủ bụng dưới thận, ống ghép nội mạch.

SUMMARY

THE RESULT IN TREATMENT OF ABDOMINAL ARTERY ANEURYSM BY ENDOVASCULAR INTERVENTION AT CHO RAY HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of endovascular intervention therapy in abdominal atery aneurysm (AAA). ***Methods:*** prospective descriptive. ***Results:*** The study has 30 patients. We had counted 80% male rates, average ages 73.8 ± 9.2. Hypertension was 70% and smoking was 66.7%. Proximal neck average length was 31± 12,1 mm; proximal neck diameter average was 19,5 ± 2,6 mm; neck angle was 60,5 ± 21,6; AAA average diameter was 52,75± 12,28 mm; AAA total length was 110 ± 19,5 mm; distal neck length was 22 ± 7,4 mm. Schedule procedures had intervented higher (96,7%). Local anesthesia was almost cases (43,3%). Stent graft is replacement in AAA simple accounted for 6.6%, came bothside iliac arteries 86.7%, only one side iliac atery was 10%, occluded in internal artery illiac accounted for 26.7%. The time of hospitalization average was 7.6 ± 3.9 days. The procedure times had 205.5 ± 87.7 minutes. Myocardial infarction complication had got into 6.6%, acute respiratory failure was 3.3%, mortality was 3.3%, type II endoleak was 26.7%. Endovascular therapy had been successful in post- intervention and medium-term results of respectively 96.7% and 96.5%. **Conclusions:** The intervention endovascular therapy of AAA were effectively which is fewer complications, faster recovery of patients. Especially that were suitable in old age, high risk, diseases combination.

Key words: *Abdominal Artery Aneurysm (AAA), Stent graft.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình ĐMCB chủ yếu xảy ra ở những người lớn tuổi. Tại các nước Âu Mỹ, phình ĐMCB xuất hiện ở khoảng 5% nam giới trên 65 tuổi [5]. Độ tuổi có lẽ là yếu tố mạnh nhất liên quan đến sự phát triển của phình ĐMCB, với tần suất mắc bệnh ở nam giới vào khoảng 2,6% ở độ tuổi 60-64, tăng lên 6% ở độ tuổi 65-74 và 9% ở độ tuổi ≥ 75 [7]. Một nghiên cứu ở Thuỵ Điển cho thấy tần suất vỡ phình ĐMCB tăng rõ rệt từ 5,6 lên 10,6/100.000 người-năm từ năm 1971 đến năm 2004. Năm 1990, Juan C. Parodi và cộng sự đã giới thiệu trường hợp đầu tiên đặt ống ghép nội mạch điều trị phình ĐMCB tại Buenos Aires. Sau đó, bác sĩ Michael Dake và cộng sự tại đại học Stanford, Hoa Kỳ đã thực hiện những ca can thiệp nội mạch điều trị phình ĐMCN đoạn xuống đầu tiên vào tháng 12/1994. Trong nghiên cứu này, Dake đã thực hiện can thiệp nội mạch trên 13 bệnh nhân với thời gian theo dõi trung bình là 11,6 tháng. Từ đó tới nay đã có nhiều nghiên cứu cho thấy can thiệp đặt ống ghép nội mạch điều trị phình ĐMCB có nhiều ưu điểm giảm tỉ lệ tử vong và biến chứng ngắn hạn, trung hạn.

Tại Việt Nam, những năm gần đây cũng bắt đầu áp dụng phương pháp này trong điều trị bệnh nhân phình ĐMCB. Năm 2012, Khoa Phẫu thuật Mạch máu bệnh viện Chợ Rẫy áp dụng phương pháp can thiệp nội mạch điều trị phình ĐMC nói chung, trong đó có phình ĐMCB dưới

**Khoa Phẫu thuật Mạch máu, Bệnh viện Chợ Rẫy*
***BM Ngoại Lồng ngực-Tim mạch Đại học Y Dược TP.HCM*
Chịu trách nhiệm chính: Lâm Văn Nút
Email: *nutlamvan@yahoo.com*
Ngày nhận bài: 13.10.2016
Ngày phản biện khoa học: 15.12.2016
Ngày duyệt bài: 26.12.2016

thận cho kết quả khả quan. Do đó, mục tiêu đề tài nghiên cứu của chúng tôi: "Đánh giá kết quả ứng dụng kỹ thuật can thiệp nội mạch điều trị phình động mạch chủ bụng".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu mô tả

2.2. Thời gian nghiên cứu: lấy mẫu từ tháng 04 năm 2013 đến tháng 12 năm 2015.

2.3. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Chợ Rẫy.

2.4. Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân phình ĐMCB dưới thận được điều trị bằng can thiệp nội mạch tại BV Chợ Rẫy.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những trường hợp phình ĐMCB dưới ĐM thận được điều trị bằng phẫu thuật mở hoặc nội khoa.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tuổi trung bình	73,8 ± 9,2	
Giới nam	24	80
Tăng huyết áp	21	70
Hút thuốc lá	20	66,7
Bệnh mạch vành	13	43,3
Rối loạn mỡ máu	11	36,7
Đái tháo đường	1	3,3
Bệnh thận mạn	1	3,3
Phình động mạch chủ ngực	3	6,7
Bệnh phổi mạn tính	0	0

3.2 Đặc điểm giải phẫu phình ĐMCB

Bảng 3.2. Đặc điểm giải phẫu phình ĐMCB

Đặc điểm giải phẫu phình ĐMCB	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Chiều dài cổ túi phình (mm)	31± 12,1	14	54
Đường kính cổ túi phình (mm)	19,5 ± 2,6	14	26
Góc cổ túi phình (độ)	60,5 ± 21,6	19	100
Đường kính túi phình (mm)	52,75 ± 12,28	28	81
Chiều dài ĐMC từ dưới ĐM thận đến ngã 3 chủ- chậu (mm)	110 ± 19,5	85	167
Đường kính ngã 3 chủ-chậu (mm)	22 ± 7,4	17	50

3.3 Đặc điểm phương pháp can thiệp nội mạch và kết quả chu phẫu

Bảng 3.3. Đặc điểm phương pháp can thiệp đặt ống ghép nội mạch

Phương pháp can thiệp	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Mổ cấp cứu và mổ chương trình		
- Mổ cấp cứu	1	3,3
- Mổ chương trình	29	96,7
Phương pháp vô cảm		
- Mê nội khí quản	8	26,7
- Tê tủy sống	9	30
- Tê tại chỗ	13	43,3
Phương pháp đặt ống ghép nội mạch		
- ĐMCB đơn thuần	1	3,3
- ĐMCB đến ĐM chậu 2 bên	26	86,7
- ĐMCB đến ĐM chậu 1 bên	3	10
Bít tắc động mạch chậu trong	8	26,7

3.4 Kết quả chu phẫu: Bung ống ghép thành công 100% các trường hợp

Bảng 3.4: Tỷ lệ tử vong và biến chứng nghiêm trọng trong 30 ngày

Biến chứng nghiêm trọng	Số bệnh nhân (n=30)	Tỷ lệ (%)
Tử vong trong 30 ngày sau can thiệp	1	3,3
Đột quỵ	0	0
Nhồi máu cơ tim	2	6,6

Suy thận cần điều trị thay thế thận	0	0
Suy hô hấp	1	3,3
Yếu hoặc liệt hai chi dưới	0	0
Thiếu máu ruột	0	0
Vỡ túi phình sau can thiệp	0	0

Đánh giá kết quả chu phẫu:

- Thành công: 29 trường hợp, tỷ lệ 96,7%.
- Không thành công: 1 trường hợp, tỷ lệ 3,3% (1 trường hợp tử vong hậu phẫu do nhồi máu cơ tim, suy tim, suy hô hấp)

3.5 Kết quả trung hạn: Đến cuối tháng 12/2015, thời gian theo dõi trung bình là 15,6 ± 9,2 tháng. Ngoại trừ 1 trường hợp tử vong chu phẫu, 29 bệnh nhân còn lại được chúng tôi liên lạc theo dõi định kỳ. Trong số đó, 1 bệnh nhân tử vong vào tháng thứ 6 do nhiễm trùng huyết.

Bảng 3.5: Tỷ lệ tử vong và biến chứng nghiêm trọng sau 30 ngày

Biến cố nghiêm trọng	Số bệnh nhân (n=29)	Tỷ lệ (%)
Tử vong	1	3,4
Đột quỵ	0	0
Nhồi máu cơ tim	0	0
Suy thận cần điều trị thay thế thận	0	0
Suy hô hấp	0	0
Yếu liệt hai chi dưới	0	0
Thiếu máu nuôi ruột	0	0
Vỡ túi phình	0	0
Can thiệp lại	0	0

Bảng 3.6: Tỷ lệ các biến chứng liên quan kỹ thuật can thiệp sau 30 ngày

Biến chứng liên quan kỹ thuật và dụng cụ can thiệp	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Nhiễm trùng vết mổ	0	0
Rò ống ghép	8	27,5
Loại I	0	0
Loại II	8	27,5
Loại III	0	0
Loại IV	0	0
Tắc hẹp ống ghép	0	0
Gãy, xoắn ống ghép	0	0
Thiếu máu chi dưới cần can thiệp	0	0
Nhiễm trùng ống ghép	0	0
Rò ống ghép-ruột	0	0

Đánh giá kết quả trung hạn:

- Thành công: 28 trường hợp, chiếm tỷ lệ 96,5%.
- Không thành công: 1 trường hợp (tử vong tháng thứ 6 do nhiễm trùng huyết), tỷ lệ 3,5%.

IV. BÀN LUẬN

Bảng 4.1: So sánh đặc điểm tuổi, yếu tố nguy cơ, bệnh lý kèm theo

Đặc điểm	EVAR1 [4]	DREAM [6]	ACE[9]	OVER[1]	Chúng tôi
Tuổi trung bình	74,1	70	69	70	73,8
Hút thuốc lá	90,5%	59,6%	49,2%	95,5%	66,7%
Tăng huyết áp	.	56,4%	64,9%	76,8%	70%
Rối loạn lipid máu		49,8%	67,2%		36,7%
Đái tháo đường	10,3%		16,4%	22,7%	3,3%
Bệnh mạch vành	42,3%	43,8%	38,1%	40,7%	43,3%
Bệnh phổi mạn		23%	23,7%	29,4%	0%
Bệnh thận mạn		8%	12%	31,3%	3,3%

4.1 Đặc điểm phương pháp can thiệp

Trong điều trị phình ĐMCB, phương pháp can thiệp tiêu chuẩn là đặt ống ghép từ ngay dưới ĐM thận đến ĐM chậu chung 2 bên. Tuy nhiên, một số bệnh nhân có tổn thương hay giải phẫu không phù hợp, cần có sự điều chỉnh đối với từng trường hợp cụ thể. Chẳng hạn như chỉ đặt ống ghép ĐMCB đơn thuần, hoặc đặt ống ghép

ĐMCB đến ĐM chậu chung 1 bên, hoặc đặt ống ghép ĐMCB đến ĐM chậu ngoài kèm làm tắc ĐM chậu trong. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 1 trường hợp (3,3%) được đặt ống ghép ĐMCB đơn thuần, đây là bệnh nhân chỉ có phình ĐMCB, không kèm phình ĐM chậu chung, và đoạn ĐMCB trên và dưới túi phình đủ tiêu chuẩn về chiều dài, đường kính và chất lượng thành mạch để ống ghép bám vào nên chỉ cần đặt ống ghép ĐMCB đơn thuần.

Chúng tôi có 3 bệnh nhân được đặt ống ghép ĐMCB đến ĐM chậu 1 bên, kèm với làm tắc ĐM chậu chung bên đối diện và thực hiện phẫu thuật cầu nối ĐM đùi-đùi. Trong 3 trường hợp kể trên, 1 trường hợp có đường kính ngã 3 chủ-chậu nhỏ (17mm) và 1 trường hợp cổ túi phình dài (80mm) đi kèm với túi phình ngắn (42 mm). 2 trường hợp này không thích hợp để bung ống ghép từ ĐMCB đến ĐM chậu 2 bên. Trường hợp còn lại bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao, phình ĐMCB lớn (77mm) kèm phình ĐM chậu chung 1 bên kích thước rất lớn (80mm) nên phương án được chọn lựa là đặt ống ghép ĐMCB đến ĐM chậu chung 1 bên, làm tắc ĐM chậu bị phình và cầu nối ĐM đùi-đùi, vừa giúp rút ngắn thời gian can thiệp, vừa điều trị triệt để phình ĐM chậu chung kích thước lớn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, cầu nối ĐM đùi-đùi trong 3 trường hợp trên hiện vẫn còn thông tốt. Việc can thiệp đặt ống ghép ĐMCB đến ĐM chậu 1 bên kèm cầu nối ĐM đùi-đùi giúp mở rộng chỉ định can thiệp đặt ống ghép nội mạch trong điều trị phình ĐMCB, có thể được sử dụng trong những trường hợp:

- Hẹp hoặc tắc ĐM chậu, ĐM đùi 1 bên.
- ĐM chậu, ĐM đùi quá ngoằn ngoèo.
- ĐM chậu, ĐM đùi vôi hoá nhiều.
- Bóc tách ĐM chậu, ĐM đùi.
- Việc bung chân đối diện của ống ghép trong lòng ĐMCB khó khăn.
- Lòng túi phình ĐMCB nhỏ do huyết khối bám thành nhiều.
- Đường kính ngã 3 chủ-chậu nhỏ.
- Túi phình ngắn.
- Những trường hợp cấp cứu cần rút ngắn thời gian can thiệp.

Một vấn đề cần quan tâm trong kỹ thuật và chiến lược can thiệp đặt ống ghép nội mạch điều trị phình ĐMCB là làm tắc ĐM chậu trong. Trong 30 trường hợp được can thiệp, có 8 trường hợp (26,7%) được làm tắc ĐM chậu trong. Mục đích chính của việc làm tắc ĐM chậu trong để tránh biến chứng rò ống ghép loại 2 sau khi đặt ống ghép kéo dài đến ĐM chậu ngoài. Làm tắc ĐM chậu trong được áp dụng trong những trường hợp can thiệp nội mạch đặt ống ghép ĐMCB đến ĐM chậu 1 hay 2 bên mà đoạn ĐM chậu chung để ống ghép bám vào không đủ chiều dài, hoặc bệnh nhân có kèm theo phình ĐM chậu trong cần điều trị, cụ thể:

- ĐM chậu chung ngắn (< 10 mm).
- Phình ĐM chậu chung mà đoạn ĐM chậu chung còn lại < 10 mm.
- Phình ĐM chậu trong.

8 trường hợp của chúng tôi không ghi nhận các biến chứng trên. Việc làm tắc ĐM chậu trong có thể thực hiện cùng lúc với đặt ống ghép hoặc trước khi đặt ống ghép. Nếu làm tắc cả 2 ĐM chậu trong thì cần thực hiện cách nhau 1 tuần để tránh thiếu máu đột ngột vùng chậu. Tuy nhiên, hiện nay các trung tâm trên thế giới đang hướng tới việc bảo tồn ĐM chậu trong, nếu ĐM chậu trong không có bệnh lý (phình hay tắc), bằng cách đặt ống ghép nội mạch vào tới tận ĐM chậu trong.

4.2 Đánh giá kết quả chu phẫu

Thời gian nằm viện trung bình là 7,6 ngày, ít nhất là 4 ngày và nhiều nhất là 26 ngày. Các bệnh nhân đều trở lại sinh hoạt và thực hiện các hoạt động bình thường sau 2 ngày can thiệp. Đây là ưu điểm của can thiệp nội mạch, bệnh nhân nhanh chóng hồi phục và trở về với sinh hoạt thường ngày. Theo dõi các bệnh nhân trong 30 ngày sau can thiệp, chúng tôi phát hiện 2 trường hợp rò ống ghép loại II, 1 trường hợp rò từ ĐM mạc treo tràng dưới, trường hợp còn lại rò từ ĐM thắt lưng.

Tỷ lệ rò ống ghép loại II chu phẫu dao động từ 15-20%. Sau 1 năm, tỷ lệ này giảm còn khoảng 5-10%. Rò ống ghép loại II thường được điều trị bảo tồn khi túi phình không tăng kích thước. Trong trường hợp rò ống ghép loại II kèm tăng kích thước túi phình trên 10 mm, cần phải điều trị. Hầu hết các trường hợp có thể can thiệp thành công bằng các phương pháp làm tắc mạch ít xâm lấn. ĐM mạc treo tràng dưới có thể làm tắc bằng cách can thiệp nội mạch thả coil qua cung Riolan từ ĐM mạc treo tràng trên. Một phương pháp khác có thể sử dụng là chọc kim vào túi phình dưới sự hướng dẫn của CTScan và bơm keo sinh học làm tắc. Phẫu thuật nội soi ổ bụng ngoài phúc mạc và kẹp ĐM mạc treo tràng dưới hoặc ĐM thắt lưng cũng là một lựa chọn thay thế. Không có trường hợp rò loại I hay loại III. Rò loại I dẫn đến nguy cơ vỡ phình rất cao nên được khuyến cáo xử trí trong mọi trường

hợp. Phần lớn rò loại I được điều trị thành công bằng can thiệp nội mạch. Nếu thất bại, chuyển mổ mở cắt túi phình và ghép mạch nhân tạo.

4.3 Đánh giá kết quả trung hạn

Thời gian theo dõi trung bình là 15,6 tháng, ngắn nhất là 1 tháng, dài nhất là 32 tháng. Có 1 trường hợp tử vong vào tháng thứ 6 do nhiễm trùng huyết, chiếm 3,4%. Các nghiên cứu lớn trên thế giới cho thấy tỷ lệ tử vong tăng dần theo thời gian, chủ yếu do bệnh mạch vành và bệnh lý ung thư. Nghiên cứu ACE theo dõi 2,5 năm, tử vong 11,3%, nghiên cứu OVER theo dõi 5,2 năm, tử vong 32,9%, nghiên cứu DREAM theo dõi 6,4 năm, tử vong 33,5%, nghiên cứu EVAR1 theo dõi 7,5 năm, tử vong 41,5% [1,3,4,6]. Chỉ riêng trong nghiên cứu EVAR1, khi chia thời gian theo dõi qua các khoảng cho thấy trong 6 tháng đầu tử vong 4,2%, trong 4 năm tử vong 24,1% và sau 7,5 năm tử vong là 41,5% [4].

Bên cạnh nhồi máu cơ tim, các nghiên cứu về tim mạch còn quan tâm đến biến cố đột quỵ. Trong nghiên cứu này, qua 32 tháng từ trường hợp đầu tiên được can thiệp, không có trường hợp đột quỵ nào được ghi nhận. Nghiên cứu EVAR1 ở Anh qua 7,5 năm có tỷ lệ đột quỵ là 4,8%, cao hơn nhồi máu cơ tim[4]. Đa số các trường hợp đột quỵ là nhồi máu não do bệnh lý mạch máu não, một biểu hiện của bệnh lý mạch máu toàn thân, ảnh hưởng đến tỷ lệ sống còn và chất lượng sống của các bệnh nhân phình ĐMCB. Do đó, sau khi can thiệp điều trị phình ĐMCB, bệnh nhân cần tiếp tục được điều trị nội khoa liên tục tình trạng tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu… để phòng ngừa các yếu tố nguy cơ tim mạch.

Bảng 4.2: So sánh tỷ lệ các biến chứng nghiêm trọng

Đặc điểm	EVAR1	DREAM	OVER	Chúng tôi
Số BN được can thiệp điều trị phình ĐMCB	626	173	444	30
Thời gian theo dõi trung bình	7,5 năm	6,4 năm	5,2 năm	1,25năm
Tổng số tử vong	41,5%	33,5%	32,9%	6,6%
Tử vong do tim mạch (tính trên tổng tử vong)	38,8%	27,6%	33,6%	50%
Nhồi máu cơ tim không tử vong	4,2%			3,3%
Đột quỵ	4,8%			0%
Suy thận	1,9%			0%
Vỡ túi phình sau can thiệp		0,6%	1,4%	0%
Can thiệp lại	23,2%	27,7%	22,1%	0%

Mục đích của việc can thiệp ngoại khoa điều trị phình ĐMCB, cho dù là can thiệp đặt ống ghép nội mạch hay mổ mở, đều giúp ngăn ngừa nguy cơ vỡ phình ĐMCB, một biến chứng nguy hiểm dẫn đến tử vong cao. Tuy vậy, sau khi can thiệp thành công, vẫn tồn tại một tỷ lệ các bệnh nhân vỡ túi phình. Nghiên cứu của chúng tôi chưa ghi nhận trường hợp nào vỡ túi phình sau can thiệp. Các nghiên cứu trên thế giới theo dõi lâu dài ghi nhận tỷ lệ vỡ túi phình sau can thiệp là 0,6-2%, khác nhau không có ý nghĩa thống kê so với mổ mở [1,4,6]. Đây là biến chứng nặng, nếu không phát hiện và can thiệp kịp thời sẽ dẫn đến tử vong nhanh chóng. Chính vì vậy, việc theo dõi định kỳ những bệnh nhân phình ĐMCB sau can thiệp là quan trọng, nhằm đánh giá các biến chứng rò ống ghép cũng như thay đổi kích thước túi phình, nếu có chỉ định cần can thiệp sớm để tránh vỡ phình.

Qua theo dõi 29 bệnh nhân, với thời gian dài nhất là 32 tháng và ngắn nhất là 1 tháng sau phẫu thuật, tất cả đều được chụp cắt lớp điện toán kiểm tra. Hình ảnh cho thấy có 8 trường hợp (26,7%) rò ống ghép loại II, rò từ ĐM mạc treo tràng dưới và ĐM thắt lưng. Cả 8 trường hợp đều không có tăng kích thước túi phình trên 5mm, chưa có chỉ định can thiệp làm tắc đường rò. Một nghiên cứu phân tích gộp trên 10288 bệnh nhân ghi nhận 41% có sự gia tăng kích thước túi phình sau 5 năm. Một điểm cần chú ý là 30% các trường hợp túi phình gia tăng kích thước sau can thiệp 3 năm. Ngoài ra, các biến chứng khác liên quan đến ống ghép như di lệch ống ghép, tắc ống ghép, đứt gãy hay xoắn vặn ống ghép chưa được ghi nhận cho đến thời điểm này.

V. KẾT LUẬN

Can thiệp nội mạch là phương pháp điều trị hiệu quả, ít biến chứng và hồi phục nhanh. Kết quả sau can thiệp và trung hạn với tỉ lệ thành công cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lederle FA, et al (2012).** "Long-Term Comparison of Endovascular and Open Repair of Abdominal Aortic Aneurysm". The New England Journal of Medicine, 367(21), pp.1988-1997.

2. **Rhodes K. et al (2011).** "Bilateral internal iliac artery occlusion for EVAR". Vascular disease management, 8, pp.E1-E5.
3. **Becquemin JP, et al (2011).** "A randomized controlled trial of endovascular aneurysm repair versus open surgery for abdominal aortic aneurysms in low-to- moderate-risk patients". J Vasc Surg, 53(5), pp.1167-1173.
4. **Brown LC, et al (2012).** "The UK Endovascular Aneurysm repair (EVAR) trials: randomised trials of EVAR versus standard therapy". Health Technology Assessment, 16(9), pp.1-212.
5. **Collin J, et al. (1988).** "Oxford screening programme for abdominal aortic aneurysm in men aged 65 to 74 years". Lancet, 2, pp.613-615.
6. **DeBruin JL, et al (2010).** "Long-Term Outcome of Open or Endovascular Repair of Abdominal Aortic Aneurysm". The New England Journal of Medicine, 362(20), pp.1881-1889.
7. **Scott RA, et al (2001). "**The long-term benefits of a single scan for abdominal aortic aneurysm (AAA) at age 65". Eur J Vasc Endovasc Surg, 21, pp.535-540.

THỰC TRẠNG VIÊM LỢI Ở PHỤ NỮ MANG THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Xuân Thực*, Lộc Thị Thanh Hiền, Nguyễn Tuấn Linh****

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá tình trạng mắc bệnh viêm lợi ở phụ nữ có thai. ***Đối tượng và phương pháp:*** Áp dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 120 phụ nữ có thai (PNCT) tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương để đánh giá thực trạng mắc bệnh viêm lợi. Bệnh nhân được thăm khám răng miệng trực tiếp để ghi nhận các chỉ số nghiên cứu. ***Kết quả:*** Tỉ lệ viêm lợi ở PNCT là 95,84%; phần lớn viêm lợi ở mức độ trung bình chiếm 55%; viêm lợi nhẹ chiếm 14,17% và viêm lợi nặng chiếm 26,67%. Trung bình chỉ số GI = 1,42 ± 0,63; OHI-S = 2,85 ± 1,46. Có sự khác biệt rõ rệt giữa tuổi thai và mức độ viêm lợi (p<0,05). Mức độ viêm lợi tăng dần theo tuổi thai và trầm trọng nhất vào 3 tháng cuối của thai kì. Tình trạng viêm lợi và tình trạng vệ sinh răng miệng có mối tương quan chặt theo chiều đồng biến với mức ý nghĩa thống kê với p< 0,05. ***Kết luận:*** Tỷ lệ mắc bệnh viêm lợi ở PNCT là khá cao, chiếm trên 95%. Mức độ viêm cao nhất ở phụ nữ mang thai 3 tháng cuối. Đây là điều đáng báo động trong sức khỏe răng miệng nói riêng cũng như sức khỏe toàn thân nói chung của PNCT. Cần có những biện pháp can thiệp hữu hiệu để làm giảm tỷ lệ viêm lợi ở PNCT.

Từ khóa: phụ nữ có thai, viêm lợi, vệ sinh răng miệng.

SUMMARY

CURRENT STATUS OF GINGIVITIS IN PREGNANT WOMEN IN NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Objective: The study aimed to evaluate the incidence of gum disease in pregnant women. **Subjects and Methods:** Applying the cross-sectional study on 120 pregnant women (PW) at the National hospital of obstetrics and gynecology. to assess the status of gum disease. Patients received oral examination directly to recognized research index. **Results:** The rate of gingivitis in PW is 95.84%; most of gingivitis are moderate accounted for 55%; mild gingivitis accounted for 14.17% and severe gingivitis accounted for 26.67%. Mean GI index = 1.42 ± of 0.63; OHI-S = 2.85 ± 1.46. There is a distinct difference between gestational age and level of gingivitis (p<0.05). The degree of gingivitis increases with gestational age, and the most severe in the last 3 months of pregnancy. Gingivitis status and oral hygiene status with vertically correlated covariates statistically significant at p <0.05. **Conclusion:** The incidence of gingivitis in PW is high, accounting for over 95%. The highest levels of inflammation in pregnant women in the last 3 months. This is alarming oral health in particular and the general overall health of the PW. Need for effective interventions to reduce the incidence of gingivitis in PW.

Keywords: pregnant women, gingivitis, oral hygiene.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nha chu nói chung hay viêm lợi nói riêng là một trong những bệnh răng miệng phổ biến nhất ở nước ta cũng như nhiều nước trên thế giới, đứng hàng thứ 2 chỉ sau bệnh sâu răng. Theo điều tra sức khỏe răng miệng (SKRM) toàn quốc lần thứ 2 năm 2000 của Trần Văn Trường và Lâm Ngọc Ấn, tỉ lệ viêm lợi cả nước ở độ tuổi 15 là 95,6%, ở độ tuổi 35-44 tỉ lệ là 99,26% [1]. Cùng với sự thay đổi và phát triển về điều kiện kinh tế xã hội trong những năm gần đây là sự gia tăng chế độ dinh dưỡng, việc sử dụng đường

**Bệnh viện Bạch Mai*
***Trường ĐHY Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Thực
Email: thucrhmbm@gmail.com
Ngày nhận bài: 10.10.2016
Ngày phản biện khoa học: 12.12.2016
Ngày duyệt bài: 26.12.2016

sữa, bánh kẹo nhiều hơn trong khi đó người dân chưa nhận thức đầy đủ về tác hại của các bệnh về lợi. Từ đó dẫn tới hệ quả là số lượng người bị viêm lợi ngày càng gia tăng và nhu cầu chăm sóc sức khỏe răng miệng rất cần được quan tâm, coi trọng.

Một đối tượng có nguy cơ cao và đặc biệt dễ bị mắc các bệnh về lợi hay viêm lợi đó là phụ nữ mang thai. Tỉ lệ mắc bệnh viêm lợi khi mang thai chiếm từ 35% tới 100% (theo Loe và Silness - 1963) [2]. Đa số các thai phụ đều có xu hướng phớt lờ sức khỏe răng miệng hoặc rất lo lắng, e ngại nếu phải can thiệp điều trị răng miệng trong khi đang mang thai nên tình trạng sức khỏe răng miệng ở phụ nữ mang thai thường không được kiểm soát tốt. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về tình trạng nha chu ở phụ nữ mang thai, tuy nhiên những nghiên cứu này lại chưa được công bố nhiều ở Việt Nam.

Với mong muốn đóng góp một phần số liệu để xây dựng bức tranh chung về tình trạng bệnh nha chu của phụ nữ mang thai. Chúng tôi xin được tiến hành thực hiện nghiên cứu đề tài *"Thực trạng viêm lợi của phụ nữ mang thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2015"* với các mục tiêu trùng với tên của đề tài.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Địa bàn nghiên cứu: Bệnh viện Phụ sản Trung ương

2.1.2. Đối tượng nghiên cứu

Phụ nữ mang thai từ tháng thứ 1 đến tháng thứ 9 tới khám tại Bệnh viện Phụ sản TW.

2.1.3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2015 – 03/2015**.**

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu: 120 thai phụ

2.2.3. Thu thập số liệu: ĐTNC được khám lâm sàng ghi nhận tình trạng bệnh viêm lợi thông qua các chỉ số nghiên cứu GI và OHIS.

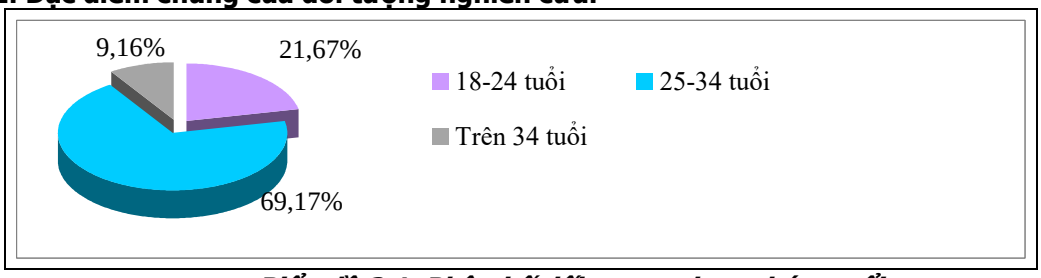
2.2.4. Phương pháp xử lý số liệu:

Nhập số liệu bằng phần mềm Epi-data và quản lý, phân tích số liệu bằng phần mềm Stata.

Sử dụng các phương pháp thống kê mô tả các biến định lượng, định tính; một số thuật toán thống kê suy luận để so sánh, tìm sự khác biệt cho các biến định lượng và cho các biến định tính; xác định tương quan, liên quan của biến định lượng và tương quan, liên quan của biến định tính. Kết quả có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05.

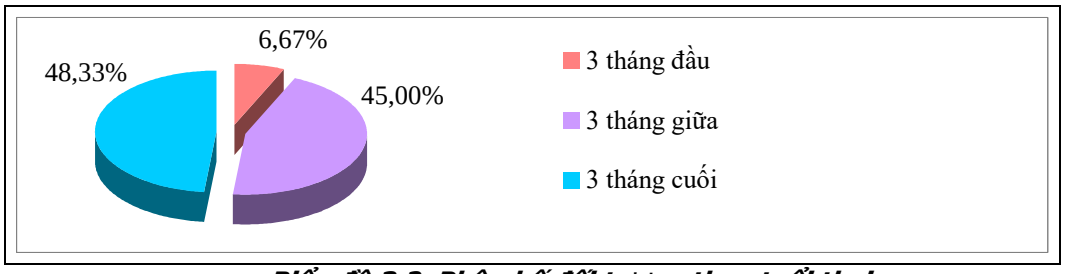
III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.



Biểu đồ 3.1. Phân bố đối tượng theo nhóm tuổi

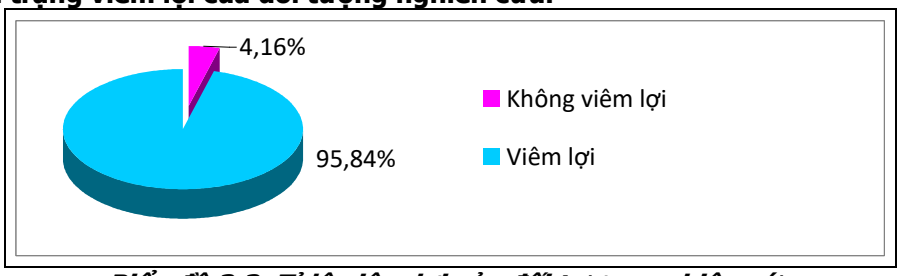
Nhận xét: Tỉ lệ bệnh nhân trong nhóm 25-34 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 69,17%, nhóm 18-24 tuổi chiếm tỉ lệ thấp hơn là 21,67%, còn nhóm trên 34 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất là 9,16%.



Biểu đồ 3.2. Phân bố đối tượng theo tuổi thai

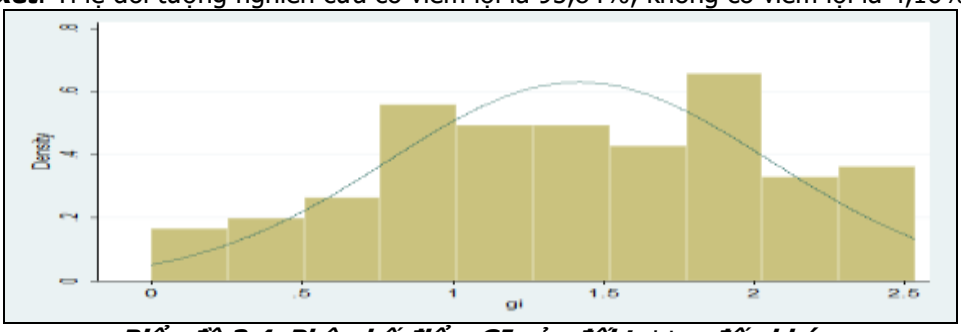
Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân mang thai ở thai kì II (3 tháng giữa) và thai kì III (3 tháng cuối) chiếm tỉ lệ lần lượt là 45,00% và 48,33%, chỉ có 8 bệnh nhân mang thai ở thai kì I (3 tháng đầu) chiếm tỉ lệ 6,67%.

3.2. Tình trạng viêm lợi của đối tượng nghiên cứu.



Biểu đồ 3.3: Tỉ lệ viêm lợi của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Tỉ lệ đối tượng nghiên cứu có viêm lợi là 95,84%, không có viêm lợi là 4,16%



Biểu đồ 3.4. Phân bố điểm GI của đối tượng đến khám

Nhận xét: Chỉ số GI thấp nhất là 0 điểm, chỉ số GI cao nhất là 2,54 điểm. Điểm trung bình của chỉ số GI là 1,42 ± 0,63, khoảng tin cậy 95% CI nằm trong khoảng từ 1,30 đến 1,53.

Bảng 3.1. Tỉ lệ mức độ viêm lợi theo tuổi thai (n=120)

Viêm lợi Thai kì	Độ 0		Độ 1		Độ 2		Độ 3		p
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Thai kì I	1	12,50	3	37,50	3	37,50	1	12,50	**0,00**
Thai kì II	4	12,50	11	20,37	32	59,26	7	12,96	
Thai kì III	0	0,00	3	5,17	31	53,45	24	41,38	
Tổng	5	4,17	17	14,17	66	55,00	32	26,67	

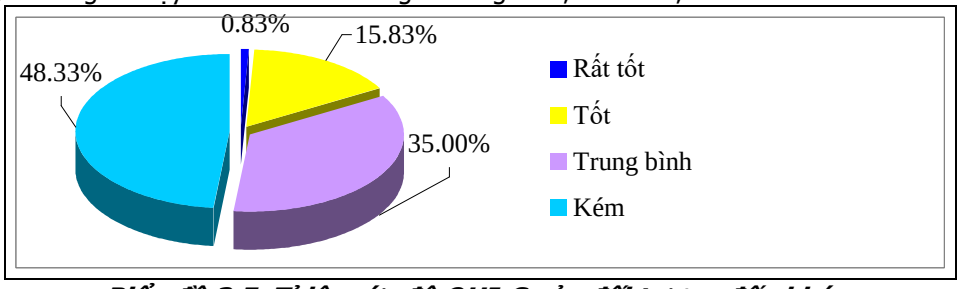
Nhận xét: Tỉ lệ viêm lợi độ 3 ở nhóm bệnh nhân thai kì III là nhiều nhất (có 24 bệnh nhân chiếm 41,38%), tỉ lệ viêm lợi độ 2 cao nhất ở nhóm bệnh nhân thai kì II (32 bệnh nhân chiếm 59,26%), tỉ lệ viêm lợi độ 1 cao nhất ở nhóm bệnh nhân mang thai thai kì I (3 bệnh nhân chiếm 37,50%) và nhóm bệnh nhân mang thai 3 tháng cuối không có ai không bị viêm lợi. Và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05, fisher's exact test.

3.3. Đánh giá tình trạng vệ sinh răng miệng theo chỉ số OHI-S

Bảng 3.2. Chỉ số trung bình OHI-S của bệnh nhân nghiên cứu (n=120)

Đặc điểm	X ± SD	Min	Max	95% CI
OHI-S	2,85 ± 1,46	0	5,75	2,59 - 3,11

Nhận xét: Điểm trung bình của chỉ số OHI-S là 2,85 ± 1,46, thấp nhất là 0 điểm và cao nhất là 5,75 điểm, khoảng tin cậy 95% CI nằm trong khoảng từ 2,59 đến 3,11.



Biểu đồ 3.5. Tỉ lệ mức độ OHI-S của đối tượng đến khám

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân có OHI-S mức kém (58 bệnh nhân chiếm 48,33%), sau đó là OHI-S mức trung bình (42 bệnh nhân chiếm 35,00%), và OHI-S tốt là 19 bệnh nhân chiếm 15,83%; chỉ có 1 bệnh nhân có OHI-S rất tốt chiếm 0,83%

Bảng 3.3: Trung bình chỉ số OHI-S và thai kì

Thai kì	OHI-S (Mean ± SD)
Thai kì I	1,58 ± 1,24
Thai kì II	2,69 ± 1,38
Thai kì III	3,18 ± 1,46
	p=0.0092

Nhận xét: Chỉ số trung bình của OHI-S thấp nhất ở thai kì I là 1,58, tiếp theo là thai kì II là 2,69 và thai kì III là 3,18. Sự khác biệt chỉ số OHI-S theo thai kì có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 3.4. Liên quan giữa chỉ số trung bình GI và tình trạng VSRM (theo OHI-S)

Tình trạng VSRM	GI (Mean ± SD)
Rất tốt và tốt	0,90 ± 0,50
Trung bình	1,29 ± 0,57
Kém	1,69 ± 0,58

Nhận xét: Bệnh nhân ở nhóm vệ sinh răng miệng tôt và rất tốt có chỉ số GI trung bình thấp nhât là 0,90. Bệnh nhân ở nhóm vệ sinh răng miệng trung bình có chỉ số GI trung bình là 1,29 và bệnh nhân ở nhóm vệ sinh răng miệng kém có chỉ số GI trung bình cao nhất là 1,69.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

- Phân bố đối tượng theo tuổi: Đối tượng đến khám được phân theo 3 nhóm tuổi dựa trên nghiên cứu của Rackchanok và cộng sự năm 2010 [3]. Từ biểu đồ 3.1 thấy rằng PNMT ở nhóm tuổi từ 25-34 tuổi là nhiều nhất chiếm 69,17%, tiếp theo tới nhóm tuổi 18-24 tuổi (21,67%) và nhóm trên 34 tuổi (9,16%). Độ tuổi trung bình là 28,2 ± 4,71, độ tuổi này phù hợp với nghiên cứu của Lê Bảo Trâm (2009) là 27,42 ± 3,16 và Phan Thị Kim Tuyết (2006) là 27,78 ± 5,27.

- Phân bố đối tượng theo thời gian mang thai: Đa số đối tượng nghiên cứu là PNMT đang ở thai kì III và thai kì II (tỉ lệ 48,33% và 45%) (biểu đồ 3.2). Tổng tỉ lệ của PNMT ở cả 2 nhóm thai kì III và thai kì II là 93,33%. Tỉ lệ này tương tự nghiên cứu của Machuca: 87,7%, Taani: 85,5% và Sarlati: 92,9%. Có thể lí giải rằng vào thai kì II thai phụ mới bắt đầu đi khám thai với mục đích siêu âm để xác định giới tinh và tiêm ngừa uốn ván.

4.2. Tình trạng viêm lợi trên phụ nữ mang thai

Trong nghiên cứu này, tỉ lệ viêm lợi là 95,84% (Biểu đồ 3.3), đa số viêm lợi ở mức độ 2 chiếm 55% (Biểu đồ 3.4). Kết quả này có tỉ lệ viêm lợi thấp hơn so với nghiên cứu của Phan Thị Kim Tuyết (2006): PNMT bị viêm lợi là 100% nhưng cả hai nghiên cứu đều cho kết quả đa số viêm lợi ở mức độ 2. Ngoài ra, kết quả của nghiên cứu còn phù hợp với nghiên cứu của Miyazaki (1991) là 95%; Sarlati và cộng sự (2004) là 92,1%; Rakchanok (2010) là 86,2% [3], [4].

Nhìn chung tỉ lệ viêm lợi tương đối cao và có sự khác nhau về kết quả giữa các nghiên cứu do sử dụng chỉ số đánh giá, cỡ mẫu và phương pháp nghiên cứu khác nhau.

4.2.1. Đặc điểm tỉ lệ mức độ viêm lợi theo thời gian mang thai

Tình trạng viêm lợi tăng dần theo thời gian mang thai có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Những phụ nữ mang thai ở kì III và II có tỉ lệ viêm lợi cao hơn và mức độ viêm lợi cũng cao hơn so với phụ nữ mang thai ở kì I (Bảng 3.1). Kết quả này tương tự với kết quả của Tilakaratne A. và cộng sự (2000) và Yalcin F. và cộng sự (2002). Điều này phù hợp với lý thuyết. Ở PNMT đến tuần lễ 21 của thai kỳ thì tỷ lệ vi khuẩn yếm khí có thể lên đến 39%, trong đó vi khuẩn Prevotella intermedia chiếm đa số. Sự gia tăng chọn lọc loại vi khuẩn này có liên quan đến sự gia tăng estrogen và progesteron trong máu và dịch lợi, hai chất này là yếu tố tăng trưởng, tạo thuận lợi cho sự phát triển của Prevotella intermedia [5], [6].

4.2.2. Đặc điểm về mối liên quan giữa tình trạng viêm lợi và tình trạng vệ sinh răng miệng

Theo biểu đồ 3.7, chỉ số GI biểu thị mức độ viêm lợi có tương quan chặt với chỉ số vệ sinh răng miệng OHI-S theo chiều đồng biến có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Theo bảng 3.4, chỉ số GI và chỉ số OHI-S có mối tương quan đồng biến với nhau, nghĩa là: tình trạng vệ sinh răng miệng càng kém thì tình trạng viêm lợi càng nặng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Nguyên nhân bởi vệ sinh răng miệng kém gây tăng tích tụ cao răng và mảng bám vi khuẩn. Đây là một trong những tác nhân làm trầm trọng thêm viêm lợi ở phụ nữ mang thai [5], [6].

V. KẾT LUẬN

-Tỉ lệ viêm lợi ở phụ nữ mang thai là 95,84%; phần lớn viêm lợi ở mức độ trung bình chiếm 55%; viêm lợi nhẹ chiếm 14,17% và viêm lợi nặng chiếm 26,67%.

-Trung bình chỉ số: GI = 1,42 ± 0,63; OHI-S = 2,85 ± 1,46.

-Theo tuổi thai: Sự khác biệt về tỉ lệ mức độ viêm lợi theo tuổi thai có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Mức độ viêm lợi tăng dần theo tuổi thai và trầm trọng nhất vào 3 tháng cuối của thai kì.

-Theo tình trạng vệ sinh răng miệng (theo OHI-S): có mối tương quan đồng biến giữa tình trạng viêm lợi và tình trạng vệ sinh răng miệng và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

KIẾN NGHỊ

-Kết hợp các biện pháp chăm sóc nha khoa với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của phụ nữ khi mang thai.

-Tăng cường giáo dục chăm sóc sức khỏe răng miệng cho PNMT:

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ấn, Trịnh Đình Hải (2001),** Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc, *NXB Y học Hà Nội,* tr. 30-33.
2. **Loë. H, Silness. J, (1963),** Periodontal disease in pregnancy. I. Prevalence and severity, *Acta Odontol Scand*. 21, pp. 533-551.
3. **Rakchanock N, Amporn D, Yoshida Y, et al (1010),** Dental caries ang gingivitis among pregnant and non-pregnant women in Chang Mai Thailand*, Nagoya J Med Sci.* 72(1-2), pp. 43-50.
4. **Sarlati F, Akhondi N, Jahanbakhsh N (2004),** Effect of general health and sociocultural variables on the periodontal condiction of pregnant women, *J. Int. Acad. Periodontol*. 70(7), pp. 779-785.
5. **Tilakaratne A, Soory M, Ranasinghe A.W et al (2000),** Periodontal disease status during pregnancy and three monhts post-partum, in a rural population of Sri-Lankan women, *J. Clin. Periodontol.* 27, pp. 787-792
6. **Laine M.A. (2002),** Effect of pregnancy on periodontal and dental health: a review, *Acta. Odontal. Scand*. 60, pp. 257-264.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG GIẢM ĐAU BỤNG KINH CỦA CAO LỎNG "CG01"

Nguyễn Thị Tâm Thuận*

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Bước đầu nhận xét một số đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân thống kinh cơ năng. 2. Đánh giá tác dụng giảm đau bụng kinh của Cao lỏng "CG01". ***Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:*** Nghiên cứu tiến cứu thử nghiệm lâm sàng mở, so sánh trước - sau điều trị trên 30 bệnh nhân thống kinh cơ năng, thời gian điều trị 30 ngày. ***Kết quả:*** Thời gian đau bụng kinh và hiểu suất giảm điểm VAS trước sau điều trị khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0.01; Kết quả giảm đau bụng kinh sau 3 kỳ kinh liên tiếp điều trị chiếm 96,67%. ***Kết luận:*** Cao lỏng "CG01" có tác dụng giảm đau bụng kinh trên bệnh nhân thống kinh cơ năng.

Từ khóa: Cao lỏng "CG01", Thống kinh cơ năng.

SUMMARY

ACCESS THE EFFECT OF "CG01" EXTRACT AGAINST DYSMENORRHEA

Objective: 1) Preliminary access some of the clinical symptoms of functional dysmenorrhea patients. 2) Access the effect of "CG01"extract against dysmenorrhea. Objects of study and study methods: Open – clinical trial research, comparing before – after treatment in more than 30 dysmenorrhea patients within 30 days of treatment. ***Result:*** 1.The deference of dysmenorrhea time and VAS decline performance before and after treatment is statistically significant with p < 0,01. 2. After 3 menstrual cycle of consecutive treatment, the rating of reducing dysmenorrhea is 96,67%. ***Conclusion:*** "CG01" extract can have effect of reducing dysmenorrhea on the functional dysmenorrhea patients

Key words: "CG01"extract, Functional dysmenorrhea

**Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Tâm Thuận
Email: ntamthuan@gmail.com
Ngày nhận bài: 21.10.2016
Ngày phản biện khoa học: 20.12.2016
Ngày duyệt bài: 27.12.2016

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thống kinh cơ năng là hiện tượng đau bụng xảy ra khi hành kinh, có tính chất lặp lại và không có tổn thương vùng chậu có thể xác định được [1]. Điều trị thống kinh cơ năng hiện nay chủ yếu dùng các loại thuốc giảm đau và giảm co thắt, giãn cơ của y học hiện đại (YHHĐ) như: Aspirin, Diclofenac, Mofel, Atropin, Papaverin… Mặc dù các thuốc này được chứng minh có hiệu quả tốt, nhưng theo thống kê có 20 – 25% thất bại trong điều trị [2], [3]. Ngoài ra những thuốc này còn có nhiều tác dụng phụ như: viêm loét dạ dày, tá tràng, ảnh hưởng đến chức năng gan thận…[4].

Trong y học cổ truyền Việt Nam, dân gian có nhiều bài thuốc kinh nghiệm điều trị thống kinh, ngoài ra còn điều trị thống kinh bằng châm cứu, xoa bóp, bấm huyệt, đắp thuốc…mang lại ít nhiều hiệu quả.Trong dân gian, rễ Cây gai (trữ ma căn) là dược liệu an toàn được nhân dân sử dụng trong an thai, đặc biệt là giai đoạn 3 tháng đầu của thai kỳ.

Để có những đánh giá một cách khoa học giúp làm sáng tỏ vấn đề trên, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu: "Đánh giá tác dụng giảm đau bụng kinh của cao lỏng "CG01" điều trị thống kinh cơ năng tuổi trẻ trên lâm sàng" với 2 mục tiêu:

1. Bước đầu nhận xét một số đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân thống kinh cơ năng

2. Đánh giá tác dụng giảm đau bụng kinh của cao lỏng "CG01" trên lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1.Chất liệu : Rễ Cây gai (Trữ ma căn)

2.2. Đối tượng nghiên cứu

2.2.1.Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Chọn 30 bệnh nhân nữ, tuổi từ 18 - 27, được bác sỹ chuyên khoa phụ sản chẩn đoán xác định là thống kinh cơ năng.
- Bệnh nhân có chu kỳ kinh nguyệt đều, dao động từ 28 đến 32 ngày trong một chu kỳ kinh.
- Bệnh nhân tình nguyện tham gia nghiên cứu.

2.2.2.Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

- Đối tượng có chu kỳ kinh nguyệt không đều: >32 ngày hoặc <28 ngày một chu kỳ kinh hoặc trước sau không định kỳ.
- Đối tượng có tổn thương thực thể ở bộ phận sinh dục gây thống kinh, kể cả nguyên phát hay thứ phát (viêm nhiễm, u xơ tử cung, u nang buồng trứng, ung thư ...)
- Những người bị rong kinh, rong huyết.
- Đối tượng có tiền sử hoặc đang mắc các bệnh tim, gan, thận, bướu cổ, ung thư…
- Đối tượng nghiện rượu, nghiện ma túy.
- Đối tượng không tuân thủ điều trị, bỏ thuốc trong quá trình điều trị (bỏ thuốc quá 1 ngày, bỏ điều trị).
- Bệnh nhân đang dùng thuốc khác phối hợp.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng so sánh trước sau điều trị
- Cỡ mẫu: 30 bệnh nhân
- Thời gian nghiên cứu: uống cao lỏng "CG01", mỗi lần uống 10g (tương đương 5ml cao lỏng), uống 3 lần/ngày, mỗi lần uống cách nhau 4 giờ. Uống liên tục trong 5 ngày, bắt đầu từ ngày đau bụng kinh đầu tiên. Uống trong 3 chu kỳ kinh liên tiếp.

2.4. Các chỉ tiêu theo dõi:

- Đau bụng kinh được đánh giá theo thang điểm VAS và thời gian đau bụng kinh trong chu kỳ kinh.
- Một số triệu chứng không mong muốn trên lâm sàng (rong kinh, táo bón, đau bụng đi ngoài, nóng bụng, mẩn ngứa)
- Mạch, huyết áp.

2.5. Phương pháp đánh giá kết quả

Dựa vào sự thay đổi

- Đau bụng kinh Đánh giá theo thang điểm VAS (Visual Analog Scale)
- Lượng giá theo thời gian đau bụng kinh trong chu kỳ kinh nguyệt

2.6. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian thực hiện đề tài từ tháng 05/2014 đến tháng 11/2014

Địa điểm: Khoa Phụ sản – Bệnh viện Đa khoa YHCT Tuệ Tĩnh

2.7. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu thu được trong nghiên cứu được phân tích, xử lý theo phương pháp xác suất thống kê y sinh học. Các số liệu được xử lý trên máy vi tính qua phần mềm SPSS 19.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1.Đặc điểm chung về nghề nghiệp, tuổi có kinh lần đầu, đặc điểm đau, vị trí đau khi có kinh.

Bảng3.1. Đặc điểm chung về nghề nghiệp, tuổi có kinh lần đầu, đặc điểm đau, vị trí đau khi có kinh.

Đặc điểm chung		n= 30	Tỷ lệ %
Nghề nghiệp	Học sinh, sinh viên, cán bộ nhân viên hành chính	27	90
	Nội trợ	3	10
Tuổi có kinh lần đầu	9 – 12	4	13,33
	13 – 16	26	86.67
	≥ 17	0	0
Tuổi trung bình		13,81 ± 1,22	
Thời điểm đau	Trước khi có kinh	5	16,67
	Trong khi có kinh	9	30,00
	Sau khi có kinh	0	0,00
	Trước và trong khi có kinh	15	50,00
	Trong và sau khi có kinh	1	3,33
	Trước, trong và sau khi có kinh	0	0,00
Tổng số bệnh nhân		30	100
Vị trí đau	Đau bụng dưới	29	96,67
	Đau ngực	10	33,33
	Đau lưng	15	50,00
	Đau đầu	3	10,00
	Đau mỏi toàn thân	22	73,33
Tổng số bệnh nhân		**30**	**100**

Nhận xét: - Tuổi có kinh lần đầu của các đối tượng nghiên cứu chủ yếu nằm trong nhóm từ 13 đến 16 tuổi, chiếm 86,67%. Tuổi có kinh lần đầu trung bình là 13,81±1,22. Đối tượng đau trước và trong khi có kinh chiếm tỷ lệ cao nhất là 50% (15 người).

- 96,67% số bệnh nhân bị đau bụng dưới; 73,33% bệnh nhân đau mỏi toàn thân; số bệnh nhân có biểu hiện đau lưng chiếm 50%.

3.1.2. Số ngày có kinh trong một chu kỳ trước điều trị

Bảng 3.2: Số ngày có kinh trong một chu kỳ trước điều trị (n=30)

Số ngày ra kinh (ngày)	n	Tỷ lệ %
< 3	0	0
3 – 6	29	96,67
≥ 7	1	3,33
Tổng	**30**	**100**

Nhận xét: Số ngày có kinh trong một chu kỳ trước điều trị của các đối tượng nghiên cứu đa phần nằm trong khoảng từ 3 đến 6 ngày, chiếm tỷ lệ 96,67%.

3.1.3. Lượng kinh trong một chu kỳ trước điều trị

Bảng 3. 3. Lượng kinh trong một chu kỳ trước điều trị

Lượng kinh	n	Tỷ lệ %
Nhiều	23	76,67
Vừa	7	23,33
Ít	0	0,00
Tổng	**30**	**100**

Nhận xét: Trước điều trị, đối tượng có lượng kinh nhiều chiếm tỷ lệ chủ yếu 76,67% (23/30 bệnh nhân).

3.1.4. Màu sắc kinh trước điều trị

Bảng 3.4. Màu sắc kinh trước điều trị

Sắc kinh	n	Tỷ lệ %
Đỏ tươi	29	96,67
Đỏ thâm	1	3,33
Đỏ thâm, có máu cục	0	0,00
Tổng	**30**	**100**

Nhận xét: Màu sắc kinh trước điều trị của các đối tượng nghiên cứu chủ yếu có màu đỏ tươi chiếm 96,67% (29/30 bệnh nhân).

3.1.5. Mức độ đau bụng kinh theo thang điểm VAS trước điều trị

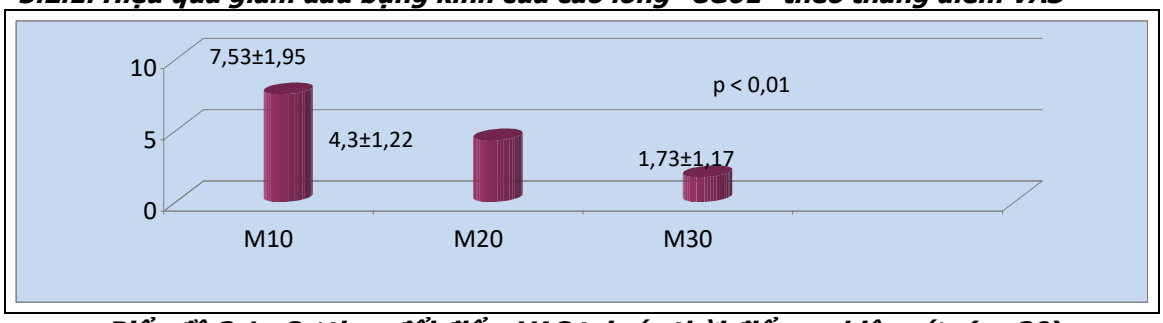
Bảng 3.5. Mức độ đau bụng kinh theo thang điểm VAS trước điều trị

Mức độ đau	n	Tỷ lệ %
Đau nhiều (7 – 10 điểm)	19	63,33
Đau vừa (4 – 6 điểm)	11	36,67
Đau ít (1 – 3 điểm)	0	0,00
Tổng	30	100

Nhận xét: Trước điều trị, đối tượng nghiên cứu đau bụng kinh ở mức độ nhiều chiếm 63,33%.

3.2. Tác dụng giảm đau bụng kinh của cao lỏng "CG01"

3.2.1. Hiệu quả giảm đau bụng kinh của cao lỏng "CG01" theo thang điểm VAS



Biểu đồ 3.1 . Sự thay đổi điểm VAS tại các thời điểm nghiên cứu (n=30)

Nhận xét: Điểm đau VAS giảm qua các thời điểm nghiên cứu. Điểm VAS lúc vào viện khi chưa dùng thuốc tại kỳ kinh thứ nhất là 7,53 ± 1,95 điểm; lúc vào viện khi chưa dùng thuốc tại kỳ kinh thứ hai là 4,3 ± 1,22 điểm; lúc vào viện khi chưa dùng thuốc tại kỳ kinh thứ ba là 1,73 ± 1,17 điểm. Sự khác biệt điểm VAS tại các thời điểm nghiên cứu có ý nghĩa thống kê với p < 0,01.

3.2.2. Hiệu quả giảm đau giữa các ngày tại các chu kỳ kinh

Bảng 3.6. Đánh giá hiệu quả giảm đau bụng kinh giữa các ngày điều trị tại các chu kỳ kinh (n=30)

Thời điểm	**M_1**	**p**	**M_2**	**p**	**M_3**	**p**
Ngày đau 1	4,87 ±1,01	< 0,01	3,2 ± 0,93	<0,01	1,63 ± 1,19	<0,01
Ngày đau 2	7,40 ± 1,10		4,3 ± 1,51		1,73 ± 1,51	
Ngày đau 3	7,53 ± 1,17		4,3 ± 1,51		1,73 ± 1,51	

Nhận xét: Mức độ đau bụng kinh của bệnh nhân giảm dần sau mỗi ngày điều trị tại các chu kỳ kinh có ý nghĩa thống kê với p<0.01.

Bảng 3.7. Hiệu suất giảm điểm VAS tại các thời điểm nghiên cứu(n=30)

Thời điểm	Hiệu suất (điểm) $\bar{X}$ ± SD	p
$M_1 – M_0$	- 1,57 ± 0,02	$p_{(2-1)} < 0,01$
$M_2 – M_0$	- 3,13 ± 0,30	
$M_3 – M_0$	- 4,13 ± 0,96	$p_{(3-1)}; p_{(3-2)} < 0,01$

Nhận xét: Hiệu suất giảm điểm VAS tăng dần qua các thời điểm nghiên cứu. Hiệu suất giảm sau 2 chu kỳ dùng thuốc (3,13 ± 0,30 điểm). Hiệu suất giảm lớn nhất sau 3 chu kỳ dùng thuốc (4,13 ± 0,96 điểm). Sự khác biệt về hiệu suất giảm điểm VAS giữa các thời điểm nghiên cứu có ý nghĩa thống kê với p < 0,01.

3.2.3. Đánh giá hiệu quả giảm đau bụng kinh theo thời gian đau bụng kinh trong một chu kỳ.

Bảng 3.8. Thời gian đau bụng kinh trong một chu kỳ tại thời điểm nghiên cứu (n=30)

Thời điểm	Thời gian đau (giờ) $\bar{X}$ ± SD	P
M_0	20,1 ± 5,09	$p_{(1-0)} < 0,01$
M_1	5,83 ± 1,58	
M_2	3,07 ± 0,98	$P_{(2-0)}; p_{(2-1)} < 0,01$
M_3	1,18 ± 0,68	$P_{(3-0)}; p_{(3-1)}; p_{(3-2)}$

Nhận xét: Thời gian đau bụng kinh giảm dần sau điều trị 1 kỳ kinh, 2 kỳ kinh, 3 kỳ kinh. Từ trước điều trị là 20,1 ± 5,09 giờ; sau điều trị kỳ kinh thứ nhất là 5,83 ± 1,58 giờ; sau điều trị kỳ kinh thứ hai là 3,07 ± 0,98 giờ; sau điều trị kỳ kinh thứ ba là 1,18 ± 0,68 giờ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,01.

3.2.4. Đánh giá kết quả giảm đau bụng kinh sau 3 kỳ kinh liên tiếp điều trị

Bảng 3.9: Kết quả giảm đau bụng kinh sau 3 kỳ kinh liên tiếp điều trị (n=30)

Thời điểm / Mứcđộ		M_{10}		M_{20}		M_{30}	
		n	%	n	%	n	%
Giảm đau	Không đau	0	0	0	0	3	10
	Đau ít	0	0	9	30	25	83,33
	Đau vừa	11	36,67	20	66,67	1	3,33
	Tổng	11	36,67	29	96,67	29	96,67
Không giảm	Đau nhiều	19	63,33	1	3,33	1	3,33

IV. BÀN LUẬN

4.1. Bàn luận về đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Tuổi có kinh lần đầu của các đối tượng nghiên cứu từ 13 đến 16 tuổi (chiếm 86,67%). Tuổi có kinh lần đầu trung bình là 13,81 ± 1,22. Theo Nguyễn Khắc Liêu [5] tuổi hành kinh lần đầu trung bình là 12,7 tuổi (trong khoảng từ 13 đến 16 tuổi), như vậy sự phân bố trên phù hợp với đặc điểm thống.

Đa số đối tượng nghiên cứu có số ngày có kinh từ 3 đến 6 ngày, chiếm tỷ lệ cao nhất 96,67% (29/30 bệnh nhân). Đối tượng có số ngày có kinh là 7 ngày chỉ có 1 đối tượng, chiếm tỷ lệ 3,33%. Kết quả cho thấy hầu hết các đối tượng trước điều trị có số ngày có kinh nằm trong giới hạn bình thường [5].

Bảng 3.1 cho thấy: Có một nửa số bệnh nhân đau bụng trước và trong khi hành kinh, chiếm 50%; có 30% đối tượng đau trong khi có kinh; đối tượng đau trước khi có kinh là 16,67%. Ở đây không có đối tượng nào đau bụng sau khi có kinh (0%), phù hợp với thể bệnh cần nghiên cứu.

Bảng 3.1 cũng cho thấy: Bệnh nhân đau bụng dưới chiếm tỷ lệ chủ yếu là 96,67% (29/30 bệnh nhân); tiếp theo là đau mỏi toàn thân chiếm 73,33% (22/30 bệnh nhân); đau lưng chiếm 50% (15/30 bệnh nhân); đau ngực chiếm 33,33% (10/30 bệnh nhân); đau đầu chỉ chiếm 10% (3/30 bệnh nhân). Điều này phù hợp với đặc điểm của thống kinh, được mô tả rõ nhất là đau chủ yếu ở vùng bụng dưới do sự co bóp quá mức cơ trơn tử cung gây ra cơn đau.

4.2. Đánh giá tác dụng giảm đau bụng kinh của cao lỏng "CG01"

Biểu đồ 3.1 cho thấy: Mức độ đau bụng kinh của bệnh nhân giảm dần sau kỳ kinh thứ nhất, sau kỳ kinh thứ hai và sau kỳ kinh thứ ba, thể hiện bằng hiệu suất giảm điểm VAS tăng dần qua các thời điểm nghiên cứu. Hiệu suất giảm điểm VAS sau 2 chu kỳ dùng thuốc là 3,13 ± 0,3 điểm. Sau 3 chu kỳ dùng thuốc là 4,13 ± 0,96 điểm. Sự khác biệt về hiệu suất giảm điểm VAS có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Bảng 3.6 cho thấy hiệu quả giảm đau bụng kinh giữa các ngày điều trị tại các chu kỳ kinh cho thấy mức độ đau bụng kinh của bệnh nhân giảm đi rõ rệt giữa 2 ngày điều trị đầu tiên. Giữa ngày thứ hai và ngày thứ ba sự thay đổi không đáng kể. Nguyên nhân là do các đối tượng sau khi dùng thuốc ngày đầu tiên, điểm đau VAS đã giảm đi đáng kể, đến ngày thứ 2 còn đau rất ít hoặc không đau, đến ngày thứ 3 thì hầu như các đối tượng không còn đau bụng kinh nữa.

Bên cạnh đó, thời gian đau bụng kinh trong một chu kỳ tại các thời điểm nghiên cứu cũng giảm rõ rệt. Bảng 3.8 cho thấy thời gian đau bụng kinh trước điều trị trung bình là 20,1 ± 5,09 giờ; sau điều trị kỳ kinh thứ nhất là 5,83 ± 1,58 giờ; sau điều trị kỳ kinh thứ hai là 3,07 ± 0,98 giờ; sau điều trị kỳ kinh thứ ba là 1,18 ± 0,68 điểm, gần như chỉ còn đau rất ít. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả khác [6,7]

Bảng 3.9 đánh giá kết quả giảm đau bụng kinh sau 3 kỳ kinh liên tiếp điều trị, cho thấy: sau 3 kỳ kinh liên tiếp điều trị, tỷ lệ đối tượng giảm đau tăng lên rất cao 96,67%, chỉ có 3,33% đối tượng không giảm đau.

Các kết quả nghiên cứu trong công trình này bước đầu cho thấy cao lỏng "CG01" có tác dụng làm giảm đau bụng kinh thể hiện qua giảm điểm VAS, giảm thời gian đau bụng kinh trong một chu kỳ. Mức độ đau bụng kinh cũng giảm dần qua mỗi chu kỳ điều trị. Hiệu quả giảm đau tốt nhất sau 3 chu kỳ dùng thuốc. Vì điều kiện thời gian và kinh phí nên chúng tôi chưa theo dõi được trong thời gian dài hơn để khẳng định được sự duy trì của thuốc nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

1.Một số đặc điểm lâm sàng về tuổi kinh nguyệt, đặc điểm đau bụng kinh, trước trong và sau kỳ kinh phù hợp với đặc điểm thống kinh cơ năng tuổi trẻ.

2. Cao lỏng "CG01" có tác dụng làm giảm đau bụng kinh trong điều trị thống kinh cơ năng tuổi trẻ

Sau điều trị điểm VAS và thời gian đau bụng kinh trong một chu kỳ giảm có ý nghĩa thống kê với p<0.01

Hiệu suất giảm điểm VAS tăng dần qua các thời điểm nghiên cứu. Sau điều trị kỳ kinh thứ nhất là 1,56 ± 0,02 điểm, sau 3 kỳ kinh điều trị là 4,13 ± 0,96 điểm.

Thời gian đau bụng kinh trong một chu kỳ giảm từ 20,1 ± 5,09 giờ trước điều trị xuống còn 1,18 ± 0,68 giờ sau 3 kỳ kinh điều trị (p<0,01).

Có 96,67% đối tượng nghiên cứu giảm đau sau 3 kỳ kinh điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trường Đại học Y Hà Nội (2001),** "Kim quỹ yếu lược", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 320 – 346
2. **Dawood MY (2006),** "Primary dysmenorrheal : advances in pathogenesis and management", Obstet Gynecol, 108, 428 – 441 p.p.
3. **Trường Đại học Y Hà Nội (2004),** " Phụ khoa dành cho thầy thuốc thực hành", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 371 – 387.
4. **Nguyễn Thị Quỳnh Trang (2012),** "Đánh giá tác dụng của "Phụ lạc cao" trong điều trị thống kinh cơ năng tuổi trẻ", Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Nguyễn Khắc Liêu (2001),** "Sinh lý kinh nguyệt", Nhà xuất bản Y học , Hà Nội, tr. 1 – 13, 37 – 42.
6. **Tiêu Mạo Khiết (2010),** "Đánh giá hiệu quả của bài thuốc "Hạ vị trục ứ thang gia giảm" trong điều trị thống kinh nguyên phát" , Tạp chí y học Cát Lâm – Trung Quốc, số 9, tr. 50 – 53.
7. **Vương Ái Vân (2012),** "Đánh giá hiệu quả điều trị thống kinh nguyên phát của cao "Đan truật phụ khang" kết hợp với thuốc tây y", Tạp chí châm cứu Trung Quốc, số 01, tr. 17 – 20.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH U DƯỚI MÀNG CỨNG NGOÀI TỦY SỐNG VÙNG NGỰC VÀ THẮT LƯNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC NĂM 2015

Nguyễn Lê Bảo Tiến*, Đinh Ngọc Sơn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, giải phẫu bệnh u dưới màng cứng ngoài tủy vùng ngực và thắt lưng.* ***Đối tượng và phương pháp nghiên cứu****:* Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu và tiến cứu trên 66 bệnh nhân*.* ***Kết quả****:* tỷ lệ nam/nữ là 0,83, tuổi trung bình 45,95 ± 15,69. Loại u thường gặp nhất là Neurinoma chiếm: 63,6%. Đau là triệu chứng đầu tiên và hay gặp nhất chiếm 78,8%. Rối loạn cảm giác và vận động lần lượt chiếm là 69,7% và 33,3%. Vị trí u vùng ngực 53%, vùng thắt lưng chiếm 47%. Đồng tín hiệu trên T1: 72,7%. Tăng tín hiệu trên T2: 59,1%. Tỷ lệ bệnh nhân có phim ngấm thuốc mạnh sau tiêm khá cao (68,2%). ***Kết luận****:* Đau, rối loạn cảm giác, vận động là những triệu chứng lâm sàng thường gặp ở bệnh nhân u ngoài tủy-dưới màng cứng; chụp MRI có cản quang và là những biện pháp hiệu quả để chẩn đoán bệnh.

Từ khóa: U ngoài tủy – dưới màng cứng, ngực, lưng, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

** Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lê Bảo Tiến
Email: drtienvnspine@gmail.com
Ngày nhận bài: 17.10.2016
Ngày phản biện khoa học: 19.12.2016
Ngày duyệt bài: 27.12.2016

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL PARTERN OF INTRADURAL – EXTRAMEDULLE TUMORS AT VIET DUC HOSPITAL IN 2015

Objectives: To describle the clinical characteristic, imaging diagnostic, and histology of intradural - extramedulle tumor at the thoracic and lumbar spine*.* ***Method****:* Cross-sectional study combined retrospected and prospected on 66 patients. ***Results:*** the proportion of male/ female was 0.83; the everage age was 45.95 ± 15.69. The most common type of tumor accounts Neurinoma (63.6%). Pain is the first symptom and accounted for 78.8% of the most common. Disturbances of sensation and movement in turn accounted for 69.7% and 33.3%. Location tumors (53%) at thoracic spine, lumbar region (47%). At the same signal on T1: 72.7%. T2 Hyperintense lesion: 59.1%. The percentage of patients with a strong film after injecting the drug absorbed is high (68.2%). ***Conclusion:*** Pain, sensory and motor disorders were the common clinical symptoms in patients with Intradural - extramedulle tumors; MRI were a effective measure for diagnosis.

Keywords: Intradural- extramedulle tumor, chest, back

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tủy nói chung và u dưới màng cứng-ngoài tủy nói riêng đã được y văn thế giới nghiên cứu

ứng dụng chẩn đoán và điều trị từ lâu[1, 2], nhưng tại Việt Nam trong những năm gần đây mới được nghiên cứu [3]. Ngày nay, sự tiến bộ của các phương tiện chẩn đoán hiện đại như chụp cổng hưởng từ đối quang, chụp mạch máu tủy cổ số hóa nền, y học hạt nhân… cũng như kết hợp khám lâm sàng và chẩn đoán giải phẫu bệnh đã giúp chẩn đoán sớm và đưa ra hướng điều trị cụ thể phù hợp với các bệnh nhân u tủy[4, 5]. Tuy nhiên, ở Việt Nam, vấn đề áp dụng các phương pháp hiện đại trong chẩn đoán còn nhiều hạn chế dẫn tới tỷ lệ bệnh phát hiện bệnh lý u tủy ngoài màng cứng giai đoạn muộn còn cao.

Do vậy để có một hiểu biết sâu hơn về các triệu chứng, phương tiện chẩn đoán sớm, chẩn đoán xác định bệnh lý U tủy ngoài màng cứng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm triệu chứng lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, giải phẫu bệnh u dưới màng cứng ngoài tủy vùng ngực và thắt lưng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả kết hợp hồi cứu và tiến cứu.

+ Nghiên cứu hồi cứu: thừ tháng 1/2015 đến tháng 8/2015.

+ Nghiên cứu tiến cứu: từ tháng 9/2015 tới tháng 5/2016.

2. Đối tượng nghiên cứu.

Các bệnh nhân đã được phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức từ năm 2015 tới 5/2016 có đủ hồ sơ bệnh án và thỏa mãn các điều kiện:

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.

+ Các dấu hiệu lâm sàng: có hội chứng chèn ép tủy (thiếu sót vận động, rối loạn cảm giác, cơ tròn,…), hội chứng chèn ép rễ.

+ Các dấu hiệu cận lâm sàng: có hình ảnh khối u dưới màng cứng ngoài tủy vùng ngực-thắt lưng trên phim chụp cộng hưởng từ hoặc chụp buồng tủy cản quang.

+ Kết quả giải phẫu bệnh vi thể.

Tiêu chuẩn loại trừ.

+ Những trường hợp mổ nhưng không có kết quả giải phẫu bệnh.

+ Trường hợp chẩn đoán sau mổ không phải u trong ống sống.

3. Phương pháp thu thập thông tin

Hồi cứu các hồ sơ bệnh án tại phòng lưu trữ hồ sơ Bệnh viện Việt Đức, thu thập thông tin theo bệnh án mẫu và bộ câu hỏi.

4. Phương pháp xử lí số liệu: Phần mềm SPSS 20.0. *Khám vận động*: Cơ lực đánh giá theo thang 5 mức độ (từ mức 0 đến mức 5)

Khám cảm giác và phản xạ: Đánh giá rối loạn cảm giác chia thành năm mức: (1) không rối loạn cảm giác, (2) tăng cảm giác, (3) giảm cảm giác, (4) mất cảm giác, (5) dị cảm. Đánh giá, so sánh cảm giác trước và sau mổ.

Đánh giá phản xạ ở các mức bình thường, giảm hoặc tăng phản xạ.

III. KẾT QUẢ

1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố về tuổi (n=66)

		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	30	45,5
	Nữ	36	54,5
Nhóm tuổi	Từ 20-39 tuổi	22	36,3
	Từ 40-59 tuổi	29	44
	Trên 60 tuổi	13	19,7

Nghiên cứu trên 66 bệnh nhân u dưới màng cứng ngoài tủy cho thấy tỷ lệ nam/nữ: 0,83, trong đó nam chiếm 45,5%, còn nữ chiếm 54,5%. Nhóm nghiên cứu tuổi mắc bệnh trung bình: 45,95 ± 15,69. Bệnh nhân nhỏ tuổi nhất trong nhóm nghiên cứu là 6, lớn tuổi nhất là 77.

2. Đặc điểm lâm sàng.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân (n=66).

		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Cảm giác đau	Đau cột sống lưng	7	10,6
	Đau cột sống thắt lưng	18	27,2
	Đau kiểu rê	17	25,8
	Đau trong cơ	10	15,2
	Không đau	14	21,2
Cảm giác nông	Bình thường	24	36,4
	Giảm cảm giác	10	15,2

	Mất cảm giác	4	6,1
	Tăng cảm giác	8	12,1
	Dị cảm	20	30,2
Rối loạn cơ tròn	Có rối loạn	7	10,6
	Không rối loạn	59	89,4
Triệu chứng vận động	Không rối loạn	44	66,7
	Liệt không hoàn toàn	18	27,2
	Liệt hoàn toàn	4	6,1

Đau là triệu chứng thường gặp, chiếm tới 78,8% tổng số bệnh nhân.

Rối loạn cảm giác và vận động trong nhóm nghiên cứu tương đối cao, lần lượt là 69,7% và 33,3%. Trong đó dị cảm chiếm 30,2%, giảm cảm giác chiếm 15,2%, tăng cảm giác chiếm 12,1%, và 6,1% bệnh nhân bị mất cảm giác.Dấu hiệu rối loạn cơ tròn tương đối ít (10,6%).

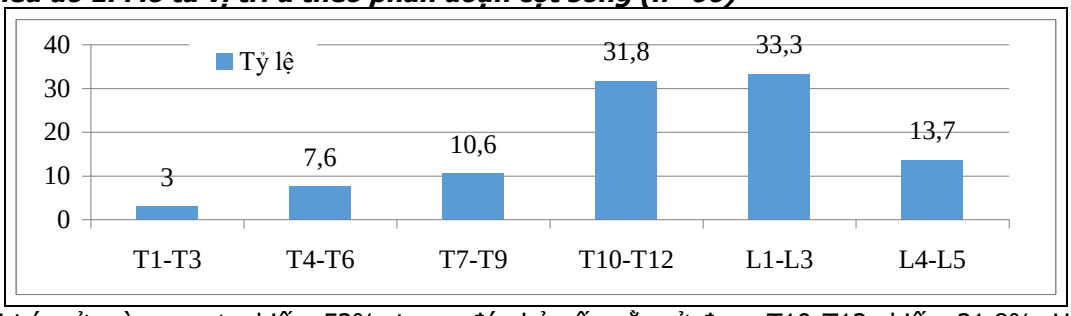
3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3. Tính chất ngấm thuốc đối quang từ(n=66).

Tính chất ngấm thuốc	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Mạnh	45	68,2
Ít hoặc vừa	20	30,3
Không	1	1,5

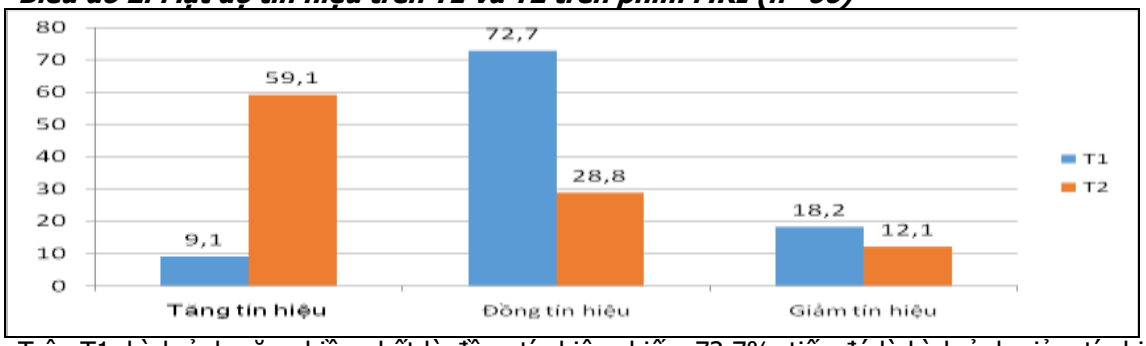
Đa số các u dưới màng cứng ngoài tủy đều ngấm thuốc mạnh sau tiêm chiếm 68,2%, còn 30,3% bệnh nhân là ngấm thuốc vừa hoặc ít. Có 1 bệnh nhân không ngấm thuốc sau tiêm thuốc đối quang từ.

Biểu đồ 1. Mô tả vị trí u theo phân đoạn cột sống (n=66)



Vị trí u ở vùng ngực chiếm 53%, trong đó chủ yếu nằm ở đoạn T10-T12 chiếm 31,8%. U vùng thắt lưng chiếm 47% chủ yếu ở đoạn L1-L3 (33,3%).

Biểu đồ 2. Mật độ tín hiệu trên T1 và T2 trên phim MRI (n=66)



Trên T1, hình ảnh gặp nhiều nhất là đồng tín hiệu chiếm 72,7%, tiếp đó là hình ảnh giảm tín hiệu chiếm 18,2%.

Trong khi đó, trên T2, 59,1% số bệnh nhân là hình ảnh tăng tín hiệu, 28,8% số bệnh nhân có hình ảnh đồng tín hiệu và chỉ có 12,1% bệnh nhân có hình ảnh giảm tín hiệu.

Bảng 4. Kết quả giải phẫu bệnh (n=66)

Kết quả GPB	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Neurinoma	42	63,6
Schwannoma	4	6,2
Meningioma	16	24,2

U mỡ	1	1,5
U dạng biểu bì	2	3
U nguyên bào mạch máu	1	1,5

Như vậy phần lớn các u dưới màng cứng ngoài tủy là neurinoma chiếm 63,6%, tiếp đó là meningioma chiếm 24,2%, Schwannoma chiếm 6,2%, các u loại khác thì ít gặp hơn.

IV. BÀN LUẬN

- Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ nam/nữ (=0,83) ở nhóm đối tượng nghiên cứu là không có nhiều sự khác biệt, kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Vũ Hồng Phong khi tỷ lệ nam/nữ là 22/28 [3]. Tuổi: Lứa tuổi mắc bệnh của nhóm đối tượng nghiên cứu cũng tương đồng với nghiên cứu Sun Wenhai (2005) cho thấy lứa tuổi phát hiện bệnh trung bình thường là từ 37,3 và kéo dài từ 15-61 tuổi [6].

- Đặc điểm lâm sàng.

Đau là triệu chứng khá phổ biến ở các đối tượng nghiên cứu, đau mỏi liên tục và có xu hướng tăng lên về đêm, đáp ứng kém với thuốc giảm đau. Tuy nhiên triệu chứng đau này nhiều khi cần phân biệt với một số bệnh: Đau thần kinh liên sườn, hoặc bệnh lý thoái hóa và thoát vị đĩa đệm. Trong kết quả nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn cảm giác và vận động tương đối cao lần lượt là 69,7% và 33,3%. Kết quả này cũng tương đồngvới một số tác giả trong và ngoài nước khi biểu hiện rối loạn cảm giác gặp từ 66%-80% số bệnh nhân [7]. Các bệnh nhân biểu hiện rối loạn vận động ở các mức độ khác nhau, thường từ từ biểu hiện do sự chèn ép khối u, thiếu máu nuôi dưỡng tủy. Đồng thời, nếu sự ảnh hưởng đến chức năng tủy biểu hiện triệu chứng tại nơi tổn thương thì có thể giúp chẩn đoán sớm. Dấu hiệu rối loạn cơ tròn tương đối ít gặp trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 10,6% bệnh nhân có biểu hiện rối loạn cơ tròn, và chủ yếu là rối loạn chức năng tiểu tiện. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Vũ Hồng Phong là 48%[3].

- Đặc điểm cận lâm sàng

Vị trí u nằm ở vùng ngực chiếm 53%, trong đó chủ yếu nằm ở đoạn T10-T12 chiếm 31,8%. U nằm vùng thắt lưng chiếm 47% chủ yếu nằm ở đoạn L1-L3 chiếm 33,3%. Trên Về mật độ tín hiệu trên T1, hình ảnh gặp nhiều nhất là đồng tín hiệu chiếm 72,7%, tiếp đó là hình ảnh giảm tín hiệu chiếm 18,2%. Như vậy kết quả của chúng tôi cũng gần tương tự như nhận định kết quả của các tác giả trên và nhiều tác giả khác [3]. Tác giả Friedman DP và cộng sự, 87,5% các u trong ống sống tăng tín hiệu trên T2 [1]. Như vậy phần lớn các u dưới màng cứng ngoài tủy tăng tín hiệu trên T2 (biểu hiện tăng mạnh hoặc tăng nhẹ). Về giải phẫu bệnh, kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu Mc Cormick PC khi tỷ lệ u trong ống sống ngoài màng tủy chiếm hơn 90% [3], nhưng lại tương đồng với nghiên cứu Vũ Hồng Phong [3].

V. KẾT LUẬN

Bệnh u dưới màng cứng ngoài tủy đa phần gặp ở người trưởng thành và ít có sự khác biệt trong tỷ lệ mắc theo giới tính. Trong đó, giai đoạn sớm, đau, rối loạn cảm giác và vận động là những triệu chứng thường gặp. Chụp MRI là biện pháp cận lâm sàng đáng tin cậy để phát hiện khối u tủy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Friedman DP, Tartaglio LM, Flanders AE (1992).** *Intradural schwannomas of the spine: MR findings with emphasis on contrast-enhancement characteristics.* AIR Am J Roentgenol. **158**(6). 1347-50.
2. **Paul McCormick (2012).** *Chapter 187 - Intradural Extramedullary Tumors, Schmidek and Sweet's Operative Neurosurgical Techniques (Sixth Edition)*. W.B. Saunders, Philadelphia. 2127-2133.
3. **Vũ Hồng Phong (2001).** *Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị u thần kinh tuỷ tại bệnh viện Việt Đức* Luận văn thạc sỹ y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Zozulya YP, Slynko YI, Qashqish (2011).** *Surgical treatment of ventral and ventrolateral intradural extramedullary tumors of craniovertebral and upper cervical localization.* Asian J Neurosurg. **6**(1). 18-25.
5. **W. Makis, A.C.v.M.H., "",** 36(7), tr. 599-602 (2011). *Malignant extrarenal rhabdoid tumor of the spine: staging and evaluation of response to therapy with F-18 FDG PET/CT.* Clin Nucl Med. **36**(7). 599-602.
6. **Sun Wenhai, Lei Peng, Li Zhiyun (2005).** *Surgical treatment of lateral and ventral tumors of cervical spinal cord.* Chinese medical journal. **116** (9). p. 543-547.
7. **Gordon TR, Goldstein JM, SG, W.** (1996). *Sensory abnormalities of the limbs and Trunk.* Neurology in clinical practice. **Vol 1**. 391-405.

CÁC PHƯƠNG PHÁP XỬ TRÍ VÀ TAI BIẾN CHO SẢN PHỤ VÀ TRẺ SƠ SINH CÓ CÂN NẶNG TRÊN 4000g TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Nguyễn Mạnh Trí*, Lưu Quốc Khải*, Vũ Văn Du*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các phương pháp xử trí và các tai biến cho sản phụ và trẻ sơ sinhcó cân nặngtrên 4000g tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2013. **Phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu. **Kết quả:** Có 26,1% đẻ đường âm đạo và tỷ lệ can thiệp forceps chỉ là 1,8%. Tỷ lệ bị tai biếncho sản phụ là 7,7% đối với nhóm đẻ thường và 1,55% ở nhóm đẻ mổ; OR = 5,27. Chảy máu sau đẻ là tai biến hay gặp nhất đối với sản phụ có thai to ≥4000g (2%). Tai biến cho con gặp nhiều nhất là hạ đường huyết với 7,7% cho đẻ đường âm đạo và 7,4% với đẻ mổ. **Kết luận:** mổ lấy thai trong các trường hợp thai ≥4000g làm giảm các tai biến cho cả mẹ và sơ sinh.

Từ khóa: tai biến, cân nặng sơ sinhtrên 4000g, Bệnh viện Phụ sản Hà Nội.

SUMMARY

MANAGEMENT PRACTICES AND ACCESSORIES FOR DISASTERS AND INFANTS ARE OVER WEIGHT 4000g MATERNITY HOSPITAL IN HANOI

Objective: to describethe management methods and complications for pregnant women and infants birth weightabove 4000gat HanoiObstetrics and Gynecology Hospital. **Method:** retrospective study. **Results**: 26.1% was vaginal birth and forceps intervention was 1.8%. The proportion of pregnancycomplications was 7.7% for vaginal birth and 1.55% for caesareans, OR = 5.27. Postpartum hemorrhage was the most common complications for pregnancywitha newborn birth weights ≥4000g(2%).The most common complications facing for infants was hypoglycemia with 7.7% for vaginal birth and 7.4% for caesarean.**Conclusions:**The cesarean section forpregnant women ≥ 4000ghas decreasecompli cationsfor both of maternal and neonatal.

Keywords: complications, infants birth weight above 4000g, Hanoi Obstetrics and Gynecology Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thai nghén và sinh đẻ là chức năng sinh lý quan trọng của người phụ nữ. Trọng lượng khi sinh của trẻ có một vai trò quan trọng trong đời sống của trẻ sơ sinh khi mà trẻ thay đổi từ môi trường trong buồng tử cung của người mẹ sang môi trường sống bên ngoài. Thai to ≥ 4000g có nhiều yếu tố thuận lợi để giúp trẻ phát triển tốt về thể chất, tinh thần và vận động sau này. Tuy nhiên, ở những trường hợp đẻ thai to ≥ 4000g có thể xảy ra nhiều nguy cơ cho cả bà mẹ và trẻ sơ sinh. Đối với sản phụ, cuộc chuyển dạ do thai to có thể khiến cho sản phụ mệt mỏi, kiệt sức, sau đẻ dễ gây chảy máu do đờ tử cung... Theo tác giả Nguyễn Thị Ngọc Phượng [1] thì tỷ lệ chảy máu sau đẻ là 0,69% trong tổng số các ca đẻ thai ≥ 4000g. Nghiên cứu của Wollschlaeger thấy tỷ lệ chảy máu sau đẻ ở những sản phụ sinh con có trọng lượng ≥ 4000g là 6,7% còn ở những sản phụ đẻ con < 4000g tỷ lệ này là 3,8%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,01 [2]. Thêm vào đó, nếu cuộc chuyển dạ kéo dài và không được theo dõi xử trí tích cực dễ dẫn đến suy thai cấp. Trong trường hợp đẻ đường âm đạo, với thai to rất dễ gây biến chứng mắc vai, gãy xương đòn. Nếu trọng lượng thai ≥ 4500g tỷ lệ mắc vai tăng gấp 2 lần, khi mắc vai bắt buộc phải can thiệp thủ thuật để lấy thai [3]. Như vậy, việc phát hiện nguy cơ thai to, hiểu được các tai biến có thể xảy ra và các phương pháp xử trí thai to có ý nghĩa quan trọng trong chăm sóc, quản lý thai nghén, tiên lượng cuộc đẻ và giảm các nguy cơ xấu có thể xảy ra cho cả bà mẹ và trẻ sơ sinh. Xuất phát từ tình hình thực tế và tầm quan trọng của vấn đề này, với mục tiêu chăm sóc sức khoẻ sinh sản dành ưu tiên cho bà mẹ và trẻ em, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: Mô tả các phương pháp xử trí và các tai biến cho sản phụ và trẻ sơ sinhcó cân nặng ≥4000g tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2013

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các sản phụ sau đẻ có con sống cân nặng ≥ 4000g tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội năm 2013 và không có bất thường về thai nhi, phần phụ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang

2.3. Cỡ mẫu và chọn mẫu:

- Cỡ mẫu: chọn mẫu toàn bộ
- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, tất cả sản phụ đủ tiêu chuẩn nghiên cứu từ

** Bệnh viện Phụ Sản Trung ương*
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Du
Email: dutruongson@gmail.com
Ngày nhận bài: 8.10.2016
Ngày phản biện khoa học: 14.12.2016
Ngày duyệt bài: 26.12.2016

01/01/2013 đến 31/12/2013 tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn (cân nặng sơ sinh ≥ 4000g) được đưa vào nghiên cứu.

2.4. Một số tiêu chuẩn đánh giá

• Trọng lượng thai: tính bằng gam, trẻ được cân ngay khi đẻ hoặc sau mổ, cân chia độ chính xác tới 50g.

• Đái tháo đường (ĐTĐ): đã được chẩn đoán và điều trị bệnh trước hoặc trong bất kỳ giai đoạn nào của thai nghén.Đường huyết: tham khảo kết quả xét nghiệm trong khi mang thai, đơn vị tính bằng mMol/l, bình thường < 6,5mMol/l.

• Chảy máu sau đẻ: chảy máu đường sinh dục với lượng máu mất sau đẻ > 500ml trong vòng 24 giờ đầu sau đẻ.

• Tình trạng trẻ sau đẻ đánh giá bằng bảng chỉ số Apgar ở phút thứ nhất và phút thứ năm. Tiêu chuẩn cho điểm Apgar được tính theo bảng điểm dưới đây:

Dấu hiệu	0 điểm	1 điểm	2 điểm
Nhịp tim	Ngừng tim	< 100 lần/phút	> 100 lần/phút
Nhịp thở	Ngừng thở	Thở chậm, rền	Khóc to
Trương lực cơ	Giảm nặng	Giảm nẹ	Bình thường
Cử động	Không cử động	Ít cử động	Cử động tốt
Màu sắc da	Trắng	Tím	Hồng hào

Cách đánh giá: nếu tổng số điểm: <4: ngạt nặng 4-6:ngạt nhẹ ≥7: bình thường

2.5. Xử lý và phân tích số liệu: quản lý và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0. Thống kê mô tả ước tính tỷ lệ, tần số, Test khi bình phương được sử dụng để kiểm định khi so sánh giữa các yếu tố nghiên cứu, sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi p< 0,05.

III. KẾT QUẢ

3.1. Các phương pháp xử trí và tỷ lệ tai biến cho sản phụ sinh con ≥ 4000g

Bảng 1: Phân bố giữa phương pháp đẻ và tỷ lệ tai biến cho mẹ

Tai biến	Đẻ đường âm đạo		Mổ đẻ		OR, p
	n	%	n	%	
Có tai biến	14	7,7	8	1,55	**OR = 5,27 p < 0,05**
Không tai biến	169	92,3	509	98,45	
Tổng số	**183**	**100**	**517**	**100**	

Kết quả nghiên cứu cho thấy các sản phụ đẻ thường có nguy cơ bị tai biến cao gấp 5,27 lần nguy cơ của nhóm mổ đẻ với tỷ lệ tai biến lần lượt là 7,7% và 1,55%, p<0,05.

Bảng 2. Tỷ lệ các tai biến cho mẹ trong trường hợp sinh con có trọng lượng ≥ 4000g

Tai biến	Phương pháp đẻ				Chung	
	Đẻ đường âm đạo		Mổ đẻ			
	n	%	n	%	n	%
Chảy máu sau đẻ	6	42,9	8	100	14	2,0
Rách phức tạp TSM	6	42,9	0	0	6	0,86
Vỡ tử cung	2	14,2	0	0	2	0,28
Tử vong	0	0	0	0	0	0
Tổng số	**14**	**100**	**8**	**100**	**22**	**3,14**

Trong số các tai biến khi sinh thai to ≥ 4000g, gặp nhiều nhất là chảy máu sau đẻ ở cả hai nhóm đẻ mổ và đẻ đường âm đạo với tỷ lệ lần lượt là 42,9% và 100%.Với nhóm sản phụ đẻ thường đường âm đạo có 2 trường hợp vỡ tử cung, trong khi đó không ghi nhận ca vỡ tử cung cũng như cắt tử cung khi đẻ mổ.Không có trường hợp tử vong ở cả hai nhóm phương pháp đẻ.

3.2. Các phương pháp xử trí và tỷ lệ tai biến cho con

Bảng 3. Tỷ lệ các tai biến cho con theo các phương pháp đẻ

Tai biến	Phương pháp đẻ			
	Đẻ đường âm đạo		Mổ đẻ	
	n	%	n	%
Hạ đường huyết	14	7,7	38	7,4
Mắc vai	8	4,4	0	0
Suy hô hấp	0	0	0	0
Gãy xương đòn	3	1,6	0	0
Xuất huyết não màng não	0	0	0	0
Tử vong	0	0	0	0
Tổng số	**25**	**13,7**	**38**	**7,4**

Tai biến cho con gặp nhiều nhất khi chuyển dạ thai to là hạ đường huyết với tỷ lệ tương ứng của hai phương pháp đẻ đường âm đạo và đẻ mổ là 7,7% và 7,4%. Ngoài ra, ở nhóm đẻ đường âm đạo còn gặp tai biến mắc vai và gãy xương đòn với tỷ lệ lần lượt là 4,4% và 1,6%; hai tai biến này không gặp ở nhóm đẻ mổ.

Bảng 4. Tỷ lệ sơ sinh bị suy hô hấp ở bà mẹ đái tháo đường thai nghén

Suy hô hấp	Tần số (n)	Tỷ lệ %
Có	10	23,81
Không	32	76,19
Tổng sản phụ ĐTĐ thai nghén	42	100

Kết quả nghiên cứu cho thấy trong nhóm bà mẹ bị đái tháo đường thai nghén sinh con ≥ 4000g có 23,81% trẻ sơ sinh bị suy hô hấp.

Bảng 5: Chỉ số Apgar của trẻ sơ sinh sau đẻ

Chỉ số Apgar	≥ 7		4 - 6		< 4	
	N	%	n	%	n	%
Phút thứ 1	689	98,4	11	1,6	0	0
Phút thứ 5	696	99,4	4	0,6	0	0

Chỉ số Apgar ở phút thứ nhất và phút thứ năm ≥ 7 điểm chiếm đa số (98,4% và 99,4%). Không có trẻ sơ sinh nào chỉ số Apgar < 4 điểm và chỉ số Apgar từ 4 -6 điểm chỉ chiếm tỷ lệ rất nhỏ (1,6 và 0,6%).

IV. BÀN LUẬN

Các phương pháp xử trí và tỷ lệ tai biến cho sản phụ sinh con ≥ 4000g

Kết quả nghiên cứu cho thấy các sản phụ đẻ thường có nguy cơ bị tai biến cao gấp 5,27 lần nguy cơ của nhóm mổ đẻ với tỷ lệ tai biến lần lượt là 7,7% và 1,55%. Trong các tai biến cho mẹ thì chảy máu là loại tai biến chiếm tỷ lệ cao nhất. Các tác giả khác khi nghiên cứu mối liên quan giữa các tai biến ở những sản phụ sinh con ≥4000g tuy không phân tích riêng biệt giữa các nhóm đẻ đường âm đạo và mổ lấy thai nhưng đều đưa ra nhận định chảy máu sau đẻ là tai biến thường gặp nhất. Kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Quỳnh Hoa trong 300 trường hợp sinh con ≥4000g có 4 trường hợp chảy máu sau đẻ chiếm tỷ lệ 1,3% [4]. Theo tác giả Saykham có 18 trường hợp chảy máu sau đẻ trong số 365 trường hợp sinh con ≥4000g chiếm tỷ lệ 4,93% [5].

Rách tầng sinh môn là tai biến về phía mẹ ở những trường hợp đẻ đường âm đạo. Rách tầng sinh môn cũng là tai biến hay gặp khi thai sổ quá nhanh, tầng sinh môn không giãn nở kịp hoặc khi sổ thai quá to. Việc chỉ định cắt tầng sinh môn góp phần làm giảm nguy cơ tai biến rách tầng sinh môn phức tạp. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 6 trường hợp rách tầng sinh môn chiếm 42,9% các loại tai biến gặp phải khi sản phụ đẻ đường âm. Nếu tính chung cho cả 2 phương pháp đẻ như các tác giả khác thì tỷ lệ tai biến này là 0,86%. Cũng với cách tính này tác giả SayKham nhận thấy tỷ lệ tai biến rách tầng sinh môn là 5,5% [5], tác giả Phạm Thị Quỳnh Hoa đưa ra tỷ lệ là 1,96% [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 ca vỡ tử cung và cả 2 ca đều nằm ở nhóm đẻ đường âm đạo. Từ những phân tích trên đây, chúng tôi đưa ra suy nghĩ có nên đưa ra theo dõi đẻ đường âm đạo với những trường hợp thai ≥4000g hay là chỉ định mổ lấy thai?.

Các phương pháp xử trí và tỷ lệ tai biến cho con

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở cho thấy khi so sánh tỷ lệ tai biến cho con ở hai phương pháp đẻ thì thấy tỷ lệ tai biến ở nhóm đẻ đường âm đạo là 13,7% còn ở nhóm mổ lấy thai tỷ lệ này là 7,4%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Hạ đường huyết là một trong những rối loạn chuyển hóa thường gặp ở trẻ sơ sinh đặc biệt là ở những sơ sinh quá cân. Trong nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm đẻ đường âm đạo có 14 trường hợp trẻ bị hạ đường huyết chiếm tỷ lệ 7,7% và ở nhóm mổ lấy thai có 38 trường hợp chiếm tỷ lệ 7,4%. Theo tác giả Phạm Thị Thanh Mai tỷ lệ hạ đường huyết sau sinh là 1,5% trong tổng số 2010 trẻ sơ sinh sống tại phòng đẻ bệnh viện Phụ sản Trung ương [6].

Đẻ khó do vai đã được các thầy thuốc sản khoa ghi nhận, vấn đề này rất khó tiên lượng và đề phòng. Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 8 trường hợp khi sinh thai to và cả 8 trường hợp đều ở nhóm đẻ đường âm đạo (chiếm tỷ lệ 4,4%). Theo Margareta Mollberg và cộng sự ở Thụy Điển tần suất đẻ khó do vai tăng từ 0,17% năm 1987 tới 0,27% năm 1997, tương ứng với trọng lượng sơ sinh tăng từ 3283g đến 3525g [7]. Đẻ khó do vai dễ gây ra các tai biến nghiêm trọng cho cả mẹ và con. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 trường hợp gãy xương đòn chiếm tỷ lệ 1,6%, cả ba trường hợp đều nằm ở nhóm đẻ đường âm đạo. Chúng tôi thấy có ít nghiên cứu trong nước đề cập đến tai biến này, phải chăng tai biến này ít xảy ra.

Về chỉ số Apgar của trẻ sơ sinh sau đẻ, kết quả nghiên cứu cho thấy có 11 trường hợp Apgar phút thứ nhất từ 4 – 6 điểm (trong đó có 7 trường hợp 6 điểm, 4 trường hợp 5 điểm) chiếm tỷ lệ 1,6%. Sau 5 phút theo dõi còn 4 trường hợp Apgar 6 điểm (0,6%). Tác giả Nguyễn Đức Hinh (2002) nghiên cứu trên 278 trẻ đẻ có cân nặng ≥4000g cho thấy chỉ số Apgar phút thứ nhất đạt trên 7 điểm chiếm tỷ lệ cao (99,69%), chỉ có một trường hợp đạt 6 điểm và sau 5 phút thì 100% đạt trên 7điểm. Tác giả Nguyễn Thị Nguyệt nghiên cứu thai ≥4000g tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội cho thấy chỉ số Apgar phút thứ nhất từ 4 – 5 điểm chỉ có 2 trường hợp (0,5%), sau 5 phút còn 1 trường hợp (0,25%). Kết quả này phản ánh tình trạng chuyên môn của các thầy thuốc cùng với sự quan tâm sâu sắc của lãnh đạo các bệnh viện trong việc đầu tư các trang thiết bị mát móc kỹ thuật phục vụ công tác theo dõi và chăm sóc sản phụ cũng như sơ sinh đã đạt được những kết quả rõ rệt.

Như vậy sau khi phân tích những tai biến cho mẹ và con liên quan đến phương pháp đẻ đối với sơ sinh ≥4000g chúng tôi cho rằng việc tiến hành mổ lấy thai cho những trường hợp thai to ≥4000g là một giải pháp nên lựa chọn để hạn chế cho mẹ và con.

V. KẾT LUẬN

Với những sản phụ có thai to ≥4000g,đẻ thường có nguy cơ bị tai biến cao gấp 5,27 lần nguy cơ của nhóm mổ đẻ, với tỷ lệ lần lượt là 7,7% và 1,55%. Có 26,1% đẻ đường âm đạo trong đó tỷ lệ can thiệp forceps chỉ là 1,8%. Trong các tai biến cho mẹ gặp nhiều nhất là chảy máu sau đẻ chiếm 2%, rách tầng sinh môn phức tạp chỉ gặp ở đẻ đường âm đạo với tỷ lệ 0,86%. Tai biến cho con gặp nhiều nhất là hạ đường huyết với tỷ lệ tương ứng của hai phương pháp đẻ đường âm đạo và đẻ mổ là 7,7% và 7,4%. Ngoài ra, ở nhóm đẻ đường âm đạo còn gặp tai biến mắc vai và gãy xương đòn với tỷ lệ lần lượt là 4,4% và 1,6%; hai tai biến này không gặp ở nhóm đẻ mổ. Như vậy, mổ lấy thai trong các trường hợp thai ≥4000g làm giảm các tai biến cho cả mẹ và sơ sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Ngọc Phượng:** Tình hình chảy máu sau đẻ tại Thành phố Hồ Chí Minh, Nội san sản phụ khoa Việt Nam,1994.**25**:17-25.
2. **Wollschlaeger K., Nieder J., Koppe I., et al:**"A study of fetal macrosimia".Arch Gynecol Obstet, 1999. 263 (1-2): 51-55.
3. **Vương Tiến Hòa**: Đẻ khó, Sản khoa và sơ sinh – Sách chuyên đề, Nhà xuất bản Y học, 2005. 158 – 200.
4. **Phạm Thị Quỳnh Hoa:** Nghiên cứu tình hình và một số yếu tố ảnh hưởng đến thai phát triển quá mức trong tử cung ở những sản phụ đến đẻ tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội, 2007.
5. **Saykham R.B,:** Nghiên cứu so sánh tình hình và thái độ xử trí thai từ 4000g trở lên ở những sản phụ đến đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 1996 với năm 2006, Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội, 2007
6. **Phạm Thị Thanh Mai, Phạm Minh Hằng**: Nhận xét một số yếu tố gây rối loạn chuyển hóa đường ở trẻ sơ sinh, Hội nghị khoa học toàn quốc chuyên ngành Nội tiết và các rối loạn chuyển hóa lần thứ nhất, 2000.
7. **Mollberg M,.:**"High birth weight and shoulder dystocia". Acta obstet gynecol scand: 2005.84:654 -659

NGHIÊN CỨU MÔ HÌNH BỆNH HỆ HÔ HẤP TẠI KHOA NỘI TỔNG HỢP VÀ KHOA TRUYỀN NHIỄM CỦA BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH TRÀ VINH NĂM 2012 – 2014

Phạm Thế Hiền*, Tô Phước Vinh*

TÓM TẮT

Qua nghiên cứu 9707 hồ sơ bệnh án của BN vào điều trị tại khoa Nội tổng hợp và khoa truyền nhiễm tại BVĐK tỉnh Trà Vinh trong 3 năm từ 2012 đến 2014 chúng tôi thấy:

- Tỷ lệ BN điều trị nội trú bệnh của hệ HH tại BVĐK tỉnh Trà Vinh chiếm cao nhất là năm 2014(chiếm 37,60%), tỷ lệ BN điều trị nội trú bệnh hệ HH tại BV trong năm 2012 là 32,56% và trong năm 2013 là 29,83%.
- Các bệnh thường gặp chiếm tỷ lệ cao từ năm

** Khoa Y Dược, Trường Đại học Trà Vinh*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thế Hiền
Email: hien_fr@tvu.edu.vn
Ngày nhận bài: 1.11.2016
Ngày phản biện khoa học: 20.12.2016
Ngày duyệt bài: 30.12.2016

2012 đến 2014 là: [J.45] Hen [suyễn] (16,39% -19,44 % - 18,60%), [J.18] Viêm phổi, không xác định vi sinh vật (15,72% - 10,36% - 14,16%), [J.20] Viêm phế quản cấp (11,29% - 11,05% - 14,11%)

Từ khóa: bệnh hô hấp (HH) Bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh.

SUMMARY

RESEARCH AND RESPIRATORY TRACT DISEASE MODELS IN SCIENCE DEPARTMENT INTERNAL AND INFECTIOUS GENERAL HOSPITAL OF TRA VINH PROVINCE IN 2012 – 2014

Faculty of medicine and pharmacy, Tra Vinh University By studying medical records of 9707 patients treated at the Department of the Interior on the synthesis and infectious disease department at the general hospital in Tra Vinh 3 years from 2012 to 2014 we saw:

- Proportion of inpatient patient's disease at the general hospital system HH Tra Vinh highest occupied 2014 (accounting for 37.60%), in 2012 is 32.56 % and in 2013 is 29.83%.
- The common diseases high percentage from 2012 to 2014 were: [J.45] Hen [asthma] (-19.44% 16.39% - 18.60%), [J.18] Pneumonia, Unknown microorganisms (15.72% - 10.36% - 14.16%), [J.20] Acute bronchitis (11.29% - 11.05% - 14.11%)

Keywords: respiratory disease (HH) Hospital Tra Vinh province.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc xác định mô hình bệnh hô hấp giúp cho bệnh viện xây dựng kế hoạch chăm sóc sức khỏe cho nhân dân và cho nhân viên y tế một cách toàn diện, đầu tư cho công tác phòng chống bệnh có chiều sâu và trọng điểm, từng bước hạ thấp tỷ lệ tử vong cho cộng đồng, nâng cao chăm sóc sức khỏe nhân dân. Đáp ứng nhu cầu phục vụ và định hướng phát triển bệnh viện một cách bền vững cần có những thông tin về tình hình bệnh hô hấp cùng với kết quả điều trị của những bệnh nhân. Xuất phát từ thực tiễn đó, đề tài nghiên cứu của chúng tôi đã được thực hiện với 3 mục tiêu sau:

- Đánh giá thực trạng bệnh của hệ HH tại BVĐK tỉnh Trà Vinh trong 3 năm (2012 – 2014).
- Xác định tỷ lệ mắc bệnh HH thường gặp theo ICD 10.
- Xác định sự phân bố bệnh theo các yếu tố dịch tễ học như: tuổi, giới, nghề nghiệp, khu vực cư trú và sự biến đổi mô hình bệnh tật qua các năm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân điều trị nội trú các bệnh tuần hoàn tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh từ ngày 1/1/2012 đến 31/12/2014.
- Phương pháp: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.
- Thu thập số liệu và phương tiện nghiên cứu:

+ Sổ lưu trữ số liệu bệnh nhân nằm viện tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh.

+ Nhập số liệu, xử lý và phân tích số liệu bằng chương trình Excel

+ Kiểm soát sai lệch thông tin: theo chẩn đoán không có trong ICD 10.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tình hình bệnh nhân (BN) điều trị nội trú bệnh hô hấp

Tình hình bệnh nhân nội trú	Năm 2012		Năm 2013		Năm 2014	
	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %
Tình hình mắc bệnh	3161	32,56	2896	29,83	3650	37,60

Nhận xét: Tỷ lệ BN điều trị nội trú tại BVĐK tỉnh Trà Vinh chiếm cao nhất là năm 2014 (chiếm 37,60%) và chiếm tỷ lệ thấp nhất là năm 2013 (chiếm 29,83%).

Bảng 2. Phân bố bệnh hô hấp theo giới

Giới	Năm 2012		Năm 2013		Năm 2014	
	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %
Nam	1684	53,27	1648	56,9	2562	70,2
Nữ	1477	46,73	1248	43,1	1088	29,8
Tổng	**3161**	**100**	**2896**	**100**	**3650**	**100**

Nhận xét: Tỷ lệ nam mắc bệnh HH cao hơn tỷ lệ nữ mắc bệnh HH hơn 50%. Tỷ lệ nam mắc bệnh NT cao nhất là vào năm 2014 (70,2 %).

Bảng 3. Tình hình phân bố bệnh hệ hô hấp theo khu vực cư trú

Khu vực cư trú	Năm 2012		Năm 2013		Năm 2014	
	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %
Nông thôn	2349	73,31	1652	57,04	1983	54,33
Thành thị	812	26,69	1244	42,96	1667	45,67
Tổng	**3161**	**100**	**2896**	**100**	**3650**	**100**

Nhận xét: Tỷ lệ BN mắc bệnh của hệ HH sống ở khu vực nông thôn đến điều trị nội trú tại BV luôn chiếm tỷ lệ cao hơn so với tỷ lệ BN mắc bệnh HH sống ở khu vực thành thị. Tỷ lệ BN mắc bệnh của hệ HH sống ở khu vực nông thôn đến điều trị nội trú tại BV chiếm tỷ lệ cao nhất là vào năm 2012 (73,31%).

Bảng 4. Tình hình phân bố bệnh của hệ hô hấp theo nhóm nghề nghiệp

Nhóm nghề nghiệp	Năm 2012		Năm 2013		Năm 2014	
	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %	Số ca	Tỷ lệ %
Nông dân	746	23,60	673	23,24	1272	34,85
Làm ruộng	412	13,03	487	16,82	675	18,49
Công nhân	345	10,91	467	16,13	573	15.70
Trí thức	2	0,06	-	0	-	0
Lực lượng vũ trang	2	0,06	1	0,03	1	0,03
Công nhân viên	25	0,79	-	0	-	0
Hành chính, sự nghiệp	3	0,09	14	0,48	15	0,41
Hưu và dưới 60 tuổi	7	0,22	34	1,17	19	0,52
Thợ may	2	0,06	-	0	-	0
Dịch vụ	1	0,03	-	0	-	0
Y tế	-	0	1	0,03	2	0,05
Sinh viên, học sinh	174	5,50	28	0,97	53	1,45
Trẻ em dưới 6 tuổi không đi học,dưới 15 tuổi đi học	-	0	15	0,52	-	0
Việt kiều	2	0,06	-	0	-	0
Già	1131	35,78	942	32,53	792	21,70
Loại khác	309	9,78	234	8,08	248	6,79
Tổng	**3161**	**100**	**2896**	**100**	**3650**	**100**

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh hệ hô hấp cao nhất chủ yếu tập trung vào 4 nhóm đối tượng nghề nghiệp theo thứ tự lần lượt là: người già, làm ruộng, nông dân và công nhân. Đa số tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh theo nhóm nghề nghiệp chiếm tỷ lệ cao nhất là trong năm 2013.

Bảng 5. Mười bệnh của hệ hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất thường gặp tại bệnh viện năm 2012

Mã ICD10	Số ca	Tỷ lệ %
[J.45] Hen [suyễn]	518	16,39
[J.18] Viêm phổi, không xác định vi sinh vật	497	15,72
[J.20] Viêm phế quản cấp	357	11.29
[J.18.9] Viêm phổi, không xác định	214	6.77
[J.02.9] Viêm họng cấp, không xác định	202	6.39
[J.06.9] Nhiễm trùng hô hấp trên cấp, không xác định	158	5.00
[J.35.0] Viêm amyđan mạn tính	147	4.65
[J.20.9] Viêm phế quản cấp, không xác định	138	4.37
[J.90] Tràn dịch màng phổi, không phân loại nơi khác	121	3.83
[J.44] Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính khác	109	3.45

Nhận xét: Trong 10 bệnh hệ HH chiếm tỷ lệ cao nhất thường gặp tại BV năm 2012, mã bệnh [J.45] Hen [suyễn] chiếm tỷ lệ cao nhất 16,39%, đứng vị trí thứ hai là mã bệnh [J.18] Viêm phổi, không xác định vi sinh vật chiếm tỷ lệ 15,72%, đứng vị trí thứ 3 là mã bệnh [J.20] Viêm phế quản cấp chiếm tỷ lệ 11,29 %.

Bảng 6. Mười bệnh hệ hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất thường gặp tại bệnh viện năm 2013

Mã ICD10	Số ca	Tỷ lệ %
[J.45] Hen [suyễn]	563	`19,44
[J.20] Viêm phế quản cấp	320	11,05
[J.18] Viêm phổi, không xác định vi sinh vật	300	10.36
[J06.9] Nhiễm trùng hô hấp trên cấp, không xác định	199	6.87
[J02.9] Viêm họng cấp, không xác định	187	6.46
[J18.9] Viêm phổi, không xác định	159	5.49
[J44] Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính khác	93	3.21
[J20.9] Viêm phế quản cấp, không xác định	92	3.18
[J35.0] Viêm amyđan mạn tính	85	2.94
[J90] Tràn dịch màng phổi, không phân loại nơi khác	76	2.62

Nhận xét: Trong 10 bệnh của hệ HH chiếm tỷ lệ cao nhất thường gặp tại bệnh viện năm 2013, mã bệnh[J.45] Hen [suyễn] chiếm tỷ lệ cao nhất 19,44%, đứng vị trí thứ hai là mã bệnh [J.20] Viêm phế quản cấp chiếm tỷ lệ 11,05%, đứng vị trí thứ ba là mã bệnh [J.18] Viêm phổi, không xác định vi sinh vật chiếm tỷ lệ 10,36%.

Bảng 7. Mười bệnh của hệ hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất thường gặp tại bệnh viện năm 2014

Mã ICD10	Số ca	Tỷ lệ %
[J.45] Hen [suyễn]	679	18.60
[J.18] Viêm phổi, không xác định vi sinh vật	517	14.16
[J.20] Viêm phế quản cấp	515	14.11
[J.44] Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính khác	249	6.82
[J06.9] Nhiễm trùng hô hấp trên cấp, không xác định	236	6.47
[J02.9] Viêm họng cấp, không xác định	219	6.00
[J18.9] Viêm phổi, không xác định	172	4.71
[J02] Viêm họng cấp	146	4.00
[J21] Viêm tiểu phế quản cấp	113	3.10
[J90] Tràn dịch màng phổi, không phân loại nơi khác	104	2.85

Nhận xét: Trong 10 bệnh HH chiếm tỷ lệ cao nhất thường gặp tại bệnh viện năm 2014, mã bệnh [J.45] Hen [suyễn]chiếm tỷ lệ cao nhất 18.60%, đứng vị trí thứ hai là mã bệnh [J.18]. Viêm phổi, không xác định vi sinh vật chiếm tỷ lệ 14.16%, đứng vị trí thứ ba là mã bệnh[J.20]. Viêm phế quản cấp chiếm tỷ lệ 14,11%.

IV. BÀN LUẬN

- *Về đặc điểm BN vào BV điều trị nội trú theo từng năm:*

Theo số liệu thống kê được, tỷ lệ BN điều trị nội trú bệnh HH tại BVĐK tỉnh Trà Vinh chiếm cao nhất là năm 2014 (chiếm 37,60%) và chiếm tỷ lệ thấp nhất là năm 2013 (chiếm 29,83%). Điều này cho thấy số lượng bệnh nhân mắc bệnh hệ HH tập trung cao nhất vào hai năm là 2013 và 2014. Tuy nhiên, năm 2014 số lượng BN mắc bệnh của hệ hô hấp là cao nhất. Điều này hoàn toàn có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

- *Về sự phân bố bệnh theo giới:*

Đa số nam giới mắc bệnh HH nhiều hơn nữ giới, điều này cho thấy được đặc điểm dịch tễ học là: bệnh hệ hô hấp dễ gặp ở nam giới hơn, chủ yếu là do thói quen ăn uống, vệ sinh, trong sinh hoạt hàng ngày. Điều này hoàn toàn có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

- *Tình hình phân bố bệnh của hệ HH theo khu vực cư trú:*

Tỷ lệ BN mắc bệnh hệ HH sống ở khu vực nông thôn đến điều trị nội trú tại BV luôn chiếm tỷ lệ cao hơn so với tỷ lệ BN mắc bệnh hệ HH sống ở khu vực thành thị. Điều này cho thấy được người dân ở khu vực thành thị luôn có nhu cầu chăm sóc sức khỏe và nhu cầu phòng bệnh cao, người dân ở thành thị có nhiều điều kiện thuận lợi để dễ dàng tiếp xúc với các dịch vụ y tế. Còn một số bộ phận người dân ở khu vực nông thôn còn thiếu ý thức phòng bệnh, chưa có điều kiện thuận lợi để tiếp xúc với các dịch vụ khám chữa bệnh hiện đại, khó khăn trong việc đi lại nên tỷ lệ mắc bệnh hệ HH còn cao. Điều này hoàn toàn có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

- *Tình hình phân bố bệnh của hệ HH theo nhóm nghề nghiệp:*

Tỷ lệ BN mắc bệnh của hệ HH cao nhất chủ yếu tập trung vào 4 nhóm đối tượng nghề nghiệp chính là: Nông dân, làm ruộng, công nhân và người già.

Điều này phù hợp với đặc điểm của bệnh hệ HH và người già thì việc vệ sinh cá nhân còn chưa thực hiện tốt, ý thức phòng bệnh hệ HH còn chưa cao. Ở nông thôn, đa số người dân sống chủ yếu bằng nghề làm ruộng, người làm ruộng thì phải tiếp xúc với môi trường lao động có nhiều yếu tố gây bệnh (bụi, thuốc trừ sâu, nước bẩn,…) nên dễ mắc bệnh hệ hô hấp.

- *Về sự biến đổi mô hình bệnh của hệ HH qua các năm (2012 đến 2014)*

Trong 10 bệnh hệ HH chiếm tỷ lệ cao nhất thường gặp tại BVĐK tỉnh Trà Vinh, nhìn chung mã bệnh [J.45] Hen [suyễn] chiếm tỷ lệ cao nhất từ năm 2012 đến 2014 (16,39% - 19,44% - 18,60%), đứng vị trí cao kế tiếp là mã bệnh [J.18] Viêm phổi, không xác định vi sinh vật (15,72% - 10,36% - 14,16%), và mã bệnh [J.20] Viêm phế quản cấp (11,29% - 11,05% - 14,11%).

Điều này cho thấy ba nhóm bệnh hệ HH mắc tỷ lệ cao nhất tại BVĐK tỉnh Trà Vinh là: Hen [suyễn], Viêm phổi, không xác định vi sinh vật, Viêm phế quản cấp. Và đây cũng là ba nhóm bệnh phổ biến nhất mà nếu mắc bệnh thì để lại hậu quả nghiêm trọng về mặt sức khỏe cho cộng đồng.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ BN điều trị nội trú bệnh của hệ HH tại BVĐK tỉnh Trà Vinh chiếm cao nhất là năm 2014 (chiếm 37,60%), tỷ lệ BN điều trị nội trú bệnh hệ HH tại bệnh viện trong năm 2012 là 32,56% và trong năm 2013 là 29,83%.

- Các bệnh thường gặp chiếm tỷ lệ cao từ năm 2012 đến 2014 là: [J.45] Hen [suyễn] (16,39% -19,44 % - 18,60%), [J.18] Viêm phổi, không xác định vi sinh vật (15,72% - 10,36% - 14,16%), [J.20] Viêm phế quản cấp (11,29% - 11,05% - 14,11%)

- Đa số tỷ lệ nam (53,27% - 56,9% - 70,2%) mắc bệnh hệ HH cao hơn tỷ lệ nữ mắc bệnh hệ HH (46,73% - 43,1% - 29,8%).

- Nhóm tuổi mắc bệnh chiếm tỷ lệ cao là: người già 60 tuổi trở lên (39,84% - 36,70% - 47,66%) và Từ 31 tuổi đến 60 tuổi (23,63% - 21,69% - 24,97%).

- Nhóm nghề nghiệp mắc bệnh hệ hô hấp chiếm tỷ lệ cao là Nông dân (23,60% - 23,24%- 34,85%) người già (35,78% - 32,53% - 21,70%), làm ruộng (13,03% - 16,82% - 18,49%), Công nhân (10,91% - 16,13% - 15,70%)

- Tỷ lệ BN mắc bệnh hệ HH sống ở khu vực nông thôn đến điều trị nội trú tại BV luôn chiếm tỷ lệ cao hơn (73,31% - 57,04% - 54,33%) so với tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh HH sống ở khu vực thành thị (26,69% - 42,96% - 45,67%).

KIẾN NGHỊ

1. Tăng cường thêm nguồn nhân lực y tế có chuyên môn về bệnh hệ hô hấp và viêm phế quản.

2. Tại tuyến y tế cơ sở cần được tập huấn kiến thức về phòng chống bệnh đường hô hấp, đặc biệt là phòng bệnh hen suyễn, phòng bệnh viêm phổi, viêm phế quản cấp.

3. Tăng cường công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cho cộng đồng về tác hại của bệnh đường hô hấp với cách phòng chống các bệnh hen suyễn, viêm phế quản cấp, cách giữ gìn vệ sinh môi trường để phòng bệnh đường hô hấp và phòng bệnh phổi tắc nhiễn mạn tính, vận động cho mọi người phòng tránh các bệnh nguy hiểm như hen suyễn, viêm phổi không xác định vi sinh vật, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD)…, và vận động mọi người thực hiện lối sống lành mạnh, an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế.** Bảng phân loại Quốc tế bệnh tật Việt Anh lần thứ 10 (ICD10), nhà xuất bản Y học, 2001
2. **Tạp chí Y học thực hành 2010.** Lê Thị Thanh, Trương Việt Dũng, Phạm Thị Bích Ngọc. Mô hình bệnh tật tại Bệnh viện và trạm y tế xã tại tỉnh Đồng Tháp năm 2008.
3. **Nguyễn Trọng Bài, Bùi Văn Chín (2010).** Nghiên cứu mô hình bệnh tậtBệnh viện đa khoa huyện Thới Bình trong 4 năm 2006- 2009.
4. **Lê Thị Phương Nam (2012).** Khảo sát tình hình bệnh tật tại Khoa Nội, Nhi Bệnh viện đa khoa khu vực An Khê, tỉnh GiaLai từ 2009-2011.
5. **Trương Thị Mai Hồng, Lê Thanh Hải, Phạm Ngọc Toàn, Đỗ Quang Vỹ, Lê Thị Dung. (2012).** Mô hình bệnh tật tại Khoa cấp cứu, bệnh viện Nhi Trung ương 2011.
6. **Nguyễn Thị Xuân Hương, Hoàng Thị Huế (2011).** Tình hình bệnh tật và tử vong so sinh tại bệnh viện tại khoa Nhi bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên trong 3 năm (2008-2010).
7. **Lawn JE (2004)** "Why are 4 million dying each year", *The lancet*, vol 364.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG NHIỄM KHUẨN HẬU SẢN 6 THÁNG ĐẦU NĂM 2016 TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Quảng Bắc*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả các đặc điểm lâm sàng những bệnh nhân nhiễm khuẩn hậu sản 6 tháng đầu năm 2016 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. ***Phương pháp:*** mô tả cắt ngang, theo dõi tiến cứu những sản phụ được chẩn đoán và điều trị nhiễm khuẩn hậu sản tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương và tự nguyện tham gia nghiên cứu. ***Kết quả:*** tuổi sản phụ nhiễm khuẩn hậu sản từ 25- 29 tuổi chiếm cao nhất 41,4%. Triệu chứng sốt chiếm 83,8%. Triệu chứng sản dịch hôi chiếm 16,2%. sản phụ có tử cung co hồi kém chiếm 25,3%. sản phụ có nhiễm trùng thành bụng chiếm 12,1%. Thời gian xuất hiện bệnh trung bình là 12,1 ± 12,9 ngày. ***Kết luận:*** Sốt là triệu chứng chính đến người bệnh đi khám bệnh và hay gặp nhất trong nhiễm khuẩn hậu sản.

Từ khóa: *Nhiễm khuẩn hậu sản*

** Bệnh viện Phụ sản trung ương*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quảng Bắc
Email: drbacbvpstw@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 15.10.2016
Ngày phản biện khoa học: 20.12.2016
Ngày duyệt bài: 29.12.2016

SUMMARY

STUDY ON CLINICAL CHARACTERISTICS OF POSTPARTUM INFECTION IN THE FIRST 6 MONTHS OF 2016 AT NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNEACOLOGY

Objective: To describe the clinical characteristics of patients with postpartum infection in the first 6 months in 2016 at National Hospital of Obstetrics and Gynaecology. ***Methods:*** This is cross-sectional descriptive method associated with monitoring the women who were diagnosed and treated postpartum infection at National Hospital of Obstetrics and Gynaecology. ***Results:*** Women's age with postpartum infection from 25 to 29 accounted for highest rate of 41.4%. Symptoms such as fever was 83.8%, smelly postpartum secretion was 16.2%, poor uterine contraction was 25.3%, abdominal infections was 12.1%. Average length of hospitalization was 12.1 ± 12.9 days. ***Conclusion:*** Fever is the most common symptoms that urging patients seeking for medical care.

Keywords: *Postpartum infection*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn hậu sản là những nhiễm khuẩn có nguồn gốc từ đường sinh dục, xảy ra trong thời kỳ hậu sản. Nhiễm khuẩn hậu sản chiếm tỷ lệ cao trong các tai biến sản khoa và là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ, đặc biệt là ở những nước đang phát triển trong đó có Việt Nam. Theo Vorherr.H tỷ lệ nhiễm khuẩn hậu sản chiếm khoảng 3-4% trong số những phụ nữ có thai và sau đẻ [6]. Ở Việt Nam và trên thế giới đã có khá nhiều nghiên cứu để cập đến nhiễm khuẩn hậu sản và viêm niêm mạc tử cung. Tuy nhiên, với sự tiến bộ của y học trong chẩn đoán và điều trị, sự ra đời của nhiều loại kháng sinh thế hệ mới trong thời gian gần đây đã tác động đến các triệu chứng lâm sàng của nhiễm khuẩn hậu sản. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài "*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng nhiễm khuẩn hậu sản 6 tháng đầu năm 2016 tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

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

- Bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị nhiễm khuẩn hậu sản tại Bệnh viện Phụ sản TW.
- Đầy đủ thông tin cần thiết nghiên cứu.

**** Tiêu chuẩn loại trừ:***

- Các trường hợp sốt do các nguyên nhân: Cúm, Thương hàn, Lao phổi, Viêm ruột thừa, Viêm gan.
- Các trường hợp sốt và nhiễm khuẩn: Nhiễm khuẩn tiết niệu, tắc tia sữa.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang, theo dõi tiến cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Trong 6 tháng đầu năm 2016, chúng tôi điều trị được 99 bệnh nhân nhiễm khuẩn hậu sản tại khoa sản nhiễm khuẩn Bệnh viện Phụ sản Trung ương, kết quả thu được như sau:

Bảng 1. Phân bố tuổi

Tuổi thai phụ	Tổng	
	Số lượng	%
< 19 tuổi	2	2
20- 24 tuổi	22	22,2
25-29 tuổi	41	41,4
>30 tuổi	34	34,4
Tổng	**99**	**100,0**

Bảng trên cho thấy tuổi sản phụ NKHS từ 25- 29 tuổi chiếm cao nhất 41,4%

Bảng 2. Sốt

Sốt	Số lượng	Tỷ lệ %
Có	83	83,8
Không	16	16,2
Tổng	**99**	**100,0**

Bảng trên cho thấy, sốt có 83 bệnh nhân chiếm 83,8%.

Bảng 3. Triệu chứng sản dịch hôi

Sản dịch hôi	Số lượng	Tỷ lệ %
Có	16	16,2
Không	83	83,8
Tổng	**99**	**100,0**

Bảng trên cho thấy sản phụ có sản dịch hôi có 16 trường hợp chiếm 16,2%.

Bảng 4. Tử cung co hồi kém

Tử cung co hồi kém	Số lượng	Tỷ lệ %
Có	25	25,3
Không	74	74,7
Tổng	**99**	**100,0**

Bảng trên cho thấy sản phụ có tử cung co hồi kém 25 trường hợp chiếm 25,3%.

Bảng 5. Nhiễm trùng thành bụng

Nhiễm trùng thành bụng	Số lượng	Tỷ lệ %
Có	12	12,1
Không	87	87,9
Tổng	**99**	**100,0**

Bảng trên cho thấy sản phụ có nhiễm trùng thành bụng 12 trường hợp chiếm (12,1%)

Bảng 6.Thời gian phát hiện bệnh

	Min	Max	X ± SD
Thời gian phát hiện bệnh	1	30	12,1 ± 12,9

Bảng trên cho thấy thời gian phát hiện bệnh sớm nhất là 1 ngày, dài nhất là 30 ngày, thời giant rung bình là 12,1 ± 12,9 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của tôi cho thấy tuổi từ 25- 29 tuổi chiếm cao nhất 41,4%. Theo tác giả Nguyễn Thị Thùy Nhung (2013), độ tuổi hay gặp nhất từ 20 đến 35 tuổi, tác giả Phạm Thị Trang (2015), tuổi trung bình là 28,7, độ tuổi hay gặp từ 20 đến 35 tuổi [1],[3]. Lý giải cho điều này có thể do 25-29 tuổi là độ tuổi sinh đẻ, nên có tỷ lệ sinh đẻ cao nhất.

Sốt thường là triệu chứng lâm sàng xuất hiện đầu tiên có thể xảy ngay hoặc sau vài ngày sản phụ mắc bệnh, sốt là lý do chính dẫn đến người bệnh đi khám bệnh. Trong 6 tháng đầu năm 2016, có 83 bệnh nhân có triệu chứng sốt, chiếm tỷ lệ 83,8%, triệu chứng sốt trong viêm niêm mạc tử cung thường là không sốt cao, nhiệt độ chỉ dao động trong khoảng 38-38,5 độ C do mức độ nhiễm khuẩn chưa nặng nề. Trong đó có những bệnh nhân bị nhiễm trùng huyết, triệu chứng sốt rất cao từ 39 – 40 độ C. kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Cunningham (1993), Charles R.B Becmann (2002) [4],[5]. Các tác giả này cho rằng sốt là triệu chứng có giá trị để chẩn đoán viêm niêm mạc tử cung, đặc biệt khi sản phụ có kèm theo các yếu tố nguy cơ.

Sản dịch là dịch tử buồng tử cung và đường sinh dục dưới chảy ra trong những ngày đầu của thời kỳ hậu sản. Ở âm đạo, sản dịch mất tính chất vô khuẩn, nếu nhiễm khuẩn sản dịch sẽ có mùi hôi và là điều kiện thuận lợi cho vi khuẩn sinh sống, phát triển trong âm đạo, hoặc lan lên buồng tử cung để gây bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 16 trường hợp sản dịch hôi, chiếm 16,2%. Theo Nguyễn Thùy nhung (2013), sản dịch hôi chiếm 78,1%, Phạm Thị Trang (2015), sản dịch hôi chiếm 76,6%, bệnh nhân có sản dịch hôi lẫn mủ chiếm 8% [1],[3]. Nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt với các tác giả này là do bệnh nhân đã dùng kháng sinh trước khi đến viện hoặc đã được điều trị ở tuyến dưới, nên sản dịch hôi thấp hơn rất nhiều.

Bình thường, ngay sau khi sổ rau tử cung co chắc lại thành khối an toàn trọng lượng khoảng 1000g, cao trên khớp vệ 13cm. Trong thời kỳ hậu sản mỗi ngày tử cung co lại được khoảng 1cm. Sau 1 tuần, tử cung nặng khoảng 500g. Sau 2 tuần, tử cung nấp sau khớp vệ và chỉ còn nặng khoảng 50-70g. Nếu bị viêm niêm mạc tử cung, tử cung thường co hồi chậm, mật độ mềm, có khi di động tử cung đau trong những trường hợp nặng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 25 trường hợp tử cung co hồi kém, chiếm 25,3%. Theo Nguyễn Thùy Nhung (2013), có đến 97% số đối tượng nghiên cứu có tử cung co hồi chậm, Số bệnh nhân di động tử cung đau khi thăm khám chiếm tỷ lệ thấp hơn 41,7% và phần lớn là xảy ra ở những sản phụ mổ lấy thai [1]. Phạm Thị Trang (2015) có đến 92,7% trường hợp tử cung co hồi chậm [3]. Như vậy, triệu chứng nổi bật trong viêm niêm mạc tử cung là tử cung co hồi chậm có thể do nhiễm khuẩn buồng tử cung, sót rau, sót màng hoặc bế sản dịch trong các trường hợp mổ lấy thai chủ động. Nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt với các tác giả này là do bệnh nhân đã dùng kháng sinh trước khi đến viện hoặc đã được điều trị ở tuyến dưới, nên tử cung co hồi kém thấp hơn rất nhiều so với các tác giả trên.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 12 trường hợp nhiễm trùng thành bụng, chiếm tỷ lệ 12,1%. Trong đó có 2 trường hợp dò vết mổ tử cung ra vết mổ thành bụng. Theo Nguyễn Thị Phương Thảo (2016), tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ thành bụng là 14,15%, như vậy kết quả của

chúng tôi cũng phù hợp với tác giả này [2]. Trong đó, 10 trường hợp khâu lại vết mổ thành bụng sau 1 tuần điều trị, 2 trường hợp dò vết mổ tử cung ra thành bụng phải mổ lại. Trong đó 1 trường hợp cắt lọc vết mổ, bảo tồn tử cung, 1 trường hợp phải cắt tử cung bán phần để lại 2 phần phụ.

Thời gian xuất hiện bệnh trung bình là 12,1 ± 12,9 ngày, ngắn nhất là 1 ngày, dài nhất là 30 ngày. Theo Nguyễn Thùy Nhung (2013), thời gian xuất hiện viêm niêm mạc tử cung trong khoảng 8-15 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 52,5%. Thời gian xuất hiện viêm niêm mạc tử cung 1-2 ngày sau đẻ hầu như không có. Chỉ có 1 trường hợp mổ lấy thai có thời gian xuất hiện bệnh là 2 ngày chiếm 0,8% trong tổng số đối tượng nghiên cứu [1]. Ngoài ra muốn đánh giá đúng tình trạng sốt cần lập được một bảng nhiệt độ chuẩn với yêu cầu phải cập nhật nhiệt độ 4 giờ/1 lần trong 1 ngày, điều này chỉ mới thực hiện được 2 lần/ ngày ở Bệnh viện Phụ sản TW.

V. KẾT LUẬN

Sốt là triệu chứng chính đến người bệnh đi khám bệnh và hay gặp nhất trong nhiễm khuẩn hậu sản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Thùy Nhung (2013),** "Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ và kết quả điều trị viêm niêm mạc tử cung sau đẻ tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương", *Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, trường Đại học Y Hà Nội*.
2. **Nguyễn Thị Phương Thảo (2016),** "Nghiên cứu nhiễm khuẩn vết mổ thành bụng sau mổ lấy thai được điều trị tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 11/2014 đến tháng 8/2015", *Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, trường Đại học Y Hn.*
3. **Phạm Thị Trang (2015).** "Nghiên cứu tình hình viêm niêm mạc tử cung sau mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ tháng 01/2014 đến tháng 6/2015". *Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, trường Đại học Y Hà Nội*.
4. **Cunningham F.G., MacDolnald P.C., Ganl N.F, GilstrapLc, Levono. K.J, Pritchart J.M,** "Puerpural infection," in *William Obstetrics, Chap 28*, 19th ed., 1993, pp. 672-630.
5. **Frank W. Ling, Douglas W. Laube, Roger P. Smith, Barbara M. Bazasky, William N.P. Herbert Charles R.B. Beckmann**, "Postpartum infection," in *Obstetrics and Gynencology*, Fourth Edition, Ed. New York: Lippicott Williams & Wilkins, 2002, pp. 182-190.
6. **Vorherr.H.,** "Puerperal genitourinary infection," in *Obstetrics and Gynencology*., vol. 2(91), pp. 1-31.

GIÁ TRỊ CỦA CHIỀU DÀI CỔ TỬ CUNG QUA SIÊU ÂM TRONG DỰ ĐOÁN KẾT QUẢ GÂY CHUYỂN DẠ BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐẶT ỐNG THÔNG HAI BÓNG

Đoàn Thị Phương Lam*, Lê Thiện Thái*, Phó Thị Quỳnh Châu*

TÓM TẮT

Mục đích: đánh giá vai trò của chiều dài cổ tử cung (CTC) qua siêu âm đường âm đạo trước khi gây chuyển dạ bằng ống thông hai bóng bệnh viện Phụ Sản Trung Ương (bóng Cook cải tiến) trong dự đoán kết quả thành công của gây chuyển dạ. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiến cứu, thực hiện tại khoa Đẻ bệnh viện Phụ Sản Trung Ương từ tháng 1 năm 2015 đến tháng 2 năm 2016. Tổng số 102 thai phụ tuổi thai từ 37 tuần đến 42 tuần có đủ tiêu chuẩn đặt bóng gây chuyển dạ, được thăm khám xác định chỉ số Bishop CTC và siêu âm đầu dò âm đạo đo chiều dài CTC trước khi đặt bóng. **Kết quả nghiên cứu:** Chỉ định đặt bóng gây chuyển dạ được thực hiện cho những trường hợp có chỉ số Bishop CTC < 6 điểm. Qua nghiên cứu của chúng tôi có 74,5% trường hợp đặt bóng đẻ đường âm đạo. Kết quả đo chiều dài CTC và chỉ số Bishop CTC trước khi gây chuyển dạ cho thấy: những trường hợp có chỉ số Bishop CTC > 3 điểm và chiều dài CTC =< 3cm cho kết quả đẻ đường âm đạo cao hơn và thời gian gây chuyển dạ ngắn hơn những trường hợp có chỉ số Bishop CTC =< 3 điểm và dài CTC > 3cm. **Kết luận:** Siêu âm đầu dò âm đạo đo chiều dài CTC trước khi gây chuyển dạ nên được đưa vào ứng dụng giúp bác sỹ sản khoa tiên lượng được khả năng thành công của gây chuyển dạ. Dựa vào chiều dài CTC cùng với chỉ số Bishop từ đó lựa chọn được phương pháp gây chuyển dạ hợp lý.

***Từ khóa**: gây chuyển dạ, chiều dài cổ tử cung, chỉ số Bishop.*

** Bệnh viện Phụ sản trung ương*
Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thị Phương Lam
Email: doanphuonglam.nhog@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.10.2016
Ngày phản biện khoa học: 20.12.2016
Ngày duyệt bài: 30.12.2016

SUMMARY

ROLE OF CERVICAL LENGTH BY TRANSVAGINAL ULTRASOUND IN PREDICTING THE SUCCESSFUL IN

INDUCTION OF LABOUR BY THE DOUBLE BALLOON CATHETER

Aim: to evaluate the role of the cervical length by transvaginal ultrasound in predicting the success of induction of labour with double balloon catheter. **Method:** It's a prospective study done at National hospital obstet and gynecologist from January 2015 to February 2016. One hundred and two pregnancies with 37 to over 42 weeks of gestation who underwent induction of labour for different indication were taken. The cervical length in centimeters by transvaginal ultrasound were assessed in all patients. **Result:** Vaginal delivery occured in 74,5% (76/102 pregnancies). Both Bishop score and transvaginal cervical length showed a linear correlation with duration of labor. Women with cervical length =< 3cm had shorter labor and were more likely to be delivered vaginally than those with cervical length > 3cm, and women with Bishop score > 3 also had shorter labor and were more likely to be delivered vaginally. **Conclusion:** ultrasonographycally measured cervical length can be added diagnostic tool for evaluation of successful induction of labor and duration of induction and is less subjective than Bishop score.

Key words: *induction of labor, Bishop score, cervical length.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gây chuyển dạ là sử dụng thuốc hoặc/và các kỹ thuật tạo ra cơn co tử cung, làm xóa mở cổ tử cung trước khi có chuyển dạ tự nhiên giúp thai nhi sổ ra ngoài theo đường âm đạo trong những trường hợp đình chỉ thai nghén vì thai phụ và/ hoặc thai nhi. Có khoảng 20% - 30% các trường hợp thai nghén phải gây chuyển dạ, trong đó có 2% các trường hợp này phải mổ lấy thai vì gây chuyển dạ không thành công[1]. Để hạn chế tỷ lệ mổ lấy thai các nhà sản khoa đã và đang sử dụng phương pháp đánh giá chỉ số Bishop cổ tử cung (CTC) để dự đoán trước khi gây chuyển dạ, từ đó quyết định phương pháp gây chuyển dạ hoặc mổ lấy thai ngay[2]. Tuy nhiên, chỉ số Bishop được đánh giá theo cảm tính của người khám nên có giá trị dự đoán không cao, do đóqua nhiều nghiên cứu các nhà sản khoa đã tìm ra phương pháp mới cho hiệu quả dự đoán kết quả gây chuyển dạ đạt thành công cao: phương pháp đo chiều dài CTC qua siêu âm đầu dò trước khi gây chuyển dạ. Các nghiên cứu đều chỉ ra rằng với dài CTC trước khi gây chuyển dạ > 3cm thì gây chuyển dạ rất khó thành công [3].

Tại Việt Nam, cụ thể tại khoa Đẻ bệnh viện Phụ Sản Trung Ương (BVPSTW) qua thực hành cho thấy tỷ lệ gây chuyển dạ ngày càng tăng cao trong những năm gần đây, nhưng chưa có một nghiên cứu nào tìm hiểu về giá trị của chiều dài CTC với dự đoán kết quả thành công của gây chuyển dạ. Vì vậy, với mong muốn tìm hiểu về giá trị của chiều dài CTC trước khi gây chuyển dạ với thành công của gây chuyển dạ chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu tiến cứu được thực hiện tại khoa đẻ bệnh viện Phụ sản Trung Ương từ tháng 2 năm 2015 đến tháng 3 năm 2016. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu dựa theo tiêu chuẩn của phương pháp đặt ống thông hai bóng cải tiến bao gồm: một thai sống, ngôi chỏm, màng ối còn nguyên vẹn, tuổi thai từ 37 đến 42 tuần, chỉ số Bishop CTC < 6 điểm, không có viêm nhiễm âm đạo, tim thai tốt. Loại khỏi nghiên cứu những thai phụ không có đủ những tiêu chuẩn trên, thai phụ không có chỉ định đẻ đường âm đạo như: bệnh tim, tiền sản giật nặng, rau tiền đạo, u tiền đạo, ngôi ngang, ngôi ngược ….[4].

Phương pháp nghiên cứu là mô tả theo dõi dọc. Thai phụ tham gia nghiên cứu sẽ được thăm khám đánh giá chỉ số Bishop và siêu âm đường âm đạo đo dài CTC trước khi đặt bóng. Việc thăm khám và siêu âm được thực hiện bởi những bác sỹ sản khoa chuyên nghiệp và bác sỹ siêu âm có kinh nghiệm. Tính điểm chỉ số Bishop CTC dựa và 5 đặc điểm CTC: độ mở CTC, mật độ, độ xóa, tư thế CTC và độ lọt của ngôi thai. Siêu âm được thực hiện trên máy siêu âm ALOKA 300 với đầu dò tần số 7 MHz. Đo chiều dài CTC bằng cách đưa đầu dò vào sâu trong âm đạo khoảng 3cm, không được đưa sâu quá sẽ là di lệch vị trí CTC, di chuyển đầu dò nhẹ nhàng cho đến khi nhìn thấy hình cản âm củađường niêm mạc CTC trên một đường thẳng dọc theo CTC. Đặt thước đo khoảng cách từ lỗ trong đến lỗ ngoài CTC, đo 3 lần khác nhau, lấy chiều dài lần đo ngắn nhất làm kết quả nghiên cứu [5].

Sau khi đánh giá chỉ số Bishop và đo chiều dài CTC, thai phụ sẽ được đặt ống thông hai bóng gây chuyển dạ. Nếu sau 12 giờ bóng chưa tụt, tháo bóng đánh giá lại CTC và truyền oxytocin tĩnh mạch gây chuyển dạ tiếp trong trường hợp cơn co tử cung yếu. Kết quả nghiên cứu đầu tiên được đánh giá là: làm mềm mở CTC thành công (CTC>= 3cm), tỷ lệ đẻ đường âm đạo, kết quả nghiên cứu tiếp theo là liên quan giữa chiều dài CTC, chỉ số Bishop CTC trước khi đặt bóng với thời gian từ khi đặt bóng đến khi tháo bóng (hoặc bóng tự tụt) và thời gian từ khi đặt bóng đến khi đẻ.

Chúng tôi sử dụng test χ2 để so sánh hai tỷ lệ, test students so sánh hai giá trị và phân tích hồi quy được tính cho cách thức đẻ với việc sử dụng các biến: số lần sinh, chiều dài CTC, chỉ số Bishop, trọng lượng thai như là các biến độc lập, còn biến cách thức sinh là biến phụ thuộc. Tất cả các mẫu phân tích được tiến hành với mức ý nghĩa thống kê là p <= 0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

3.1.1: Đặc điểm chung của thai phụ trong nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của thai phụ trong nghiên cứu

Đặc điểm		X ± SD
Tuổi thai phụ		27.1 ± 4.7
Số lần sinh	Con so	64 (62,7%)
	Con rạ	38 (37,3%)
Tuổi thai (tuần)		39.9 ± 1.4
Trọng lượng thai (kg)		3.4 ± 0.3

Nhận xét: có 62,7% thai phụ gây chuyển dạ sinh con so và 37,3% thai phụ sinh con rạ. Tuổi thai trung bình của nghiên cứu là 39.9 ± 1.4 tuần (thấp nhất là 37 tuần và cao nhất là 42 tuần)

3.1.2. Các chỉ định gây chuyển dạ bằng đặt bóng

Bảng 3.2. Các chỉ định gây chuyển dạ bằng đặt bóng

Chỉ định	N	%
Thai quá ngày sinh	68	66,6 %
Cao huyết áp, TSG nhẹ	7	6,8 %
Thiểu ối	12	11,7 %
Thai chậm phát triển trong tử cung	8	7,8 %
Đái tháo đường thai nghén, ĐTĐ typ II	5	4,9 %
Lý do xã hội	2	2,2 %
Tổng số	**102**	**100 %**

Nhận xét: bảng 3.2 cho thấy hầu hết các trường hợp gây chuyển dạ là thai quá ngày sinh, chiếm 66,6 %. Điều này cho thấy chất lượng quản lý thai nghén còn chưa cao.

3.1.3. Chỉ số Bishop CTC trước khi đặt bóng:

Bảng 3.3. Chỉ số Bishop CTC trước khi đặt bóng

Chỉ số Bishop CTC (điểm)	n	%
0 – 2	22	21,6 %
3	34	33,3 %
4-5	46	45,1 %
Tổng số	**102**	**100 %**

3.1.4. Chiều dài CTC trước khi gây chuyển dạ

Bảng 3.4. Chiều dài CTC trước khi gây chuyển dạ

Dài CTC (mm)	N	%
< 25 mm	32	31,4 %
25 – 30 mm	48	47,05 %
>=31 mm	22	21,55 %
Tổng số	102	100 %

3.2. Kết quả gây chuyển dạ của phương pháp đặt bóng

3.2.1. Hiệu quả làm mềm mở CTC của ống thông hai bóng:

Bảng 3.5. Hiệu quả làm mềm mở CTC của ống thông hai bóng

Hiệu quả của bóng	n	%
Thành công (CTC > = 3cm)	91	89,2 %
Thất bại (CTC < 3cm)	11	10,8 %
Tổng số	**102**	**100 %**

Nhận xét: Bảng 3.5 cho thấy tỷ lệ làm mềm mở CTC của phương pháp đặt ống thông hai bóng đạt 89,2%.

3.2.2. Kết quả gây chuyển dạ bằng ống thông hai bóng

Bảng 3.6. Kết quả gây chuyển dạ bằng ống thông hai bóng

Kết quả		N	%
Đẻ đường âm đạo		76	74,5 %
Mổ đẻ	Gây chuyển dạ thất bại	11	25,5 %
	Thai suy	2	

	CTC không tiến triển	6	
	Đầu không lọt	7	
Tổng số		**102**	**100 %**

3.2.3. Liên quan giữa chỉ số Bishop CTC với kết quả gây chuyển dạ

Bảng 3.7. Liên quan giữa chỉ số Bishop CTC với kết quả gây chuyển dạ

Kết quả / Chỉ số Bishop	Đẻ đường âm đạo	Mổ đẻ	p
=< 3 điểm (n = 56)	37	19	< 0,005
4 – 5 điểm (n = 46)	39	7	< 0,001

Nhận xét: bảng 3.7 cho thấy có sự khác nhau có ý nghĩa về tỷ lệ đẻ đường âm đạo ở những trường hợp có chỉ số Bishop cao (4-5 điểm) và những trường hợp có chỉ số Bishop thấp (=< 3 điểm).

3.2.4. Liên quan giữa chiều dài CTC với kết quả gây chuyển dạ

Bảng 3.8 Liên quan giữa chiều dài CTC với kết quả gây chuyển dạ

Kết quả gây chuyển dạ / Dài CTC	Đẻ đường AĐ	Mổ đẻ	p
CTC =< 3 cm (n = 80)	70	10	< 0.001
CTC > 3cm (n = 22)	6	16	< 0.005

Nhận xét: bảng 3.8. cho thấy có sự khác nhau có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ sinh đường âm đạo giữa thai phụ có chiều dai CTC lớn hơn 3cm và thai phụ có chiều dài CTC nhỏ hơn hoặc bằng 3 cm. Chiều dài CTC càng ngắn thì tỷ lệ sinh đường âm đạo thành công càng cao.

3.2.5. Mối liên quan kết hợp giữa chỉ số Bishop và dài CTC với kết quả sinh đường âm đạo của phương pháp đặt bóng

Bảng 3.9. Mối liên quan kết hợp giữa chỉ số Bishop và dài CTC với kết quả sinh đường âm đạo của phương pháp đặt bóng

Bishop	N	Dài CTC	N	Sinh đường AD	%
=< 3 điểm	56	=< 3cm	47	33	80%
		➢ 3 cm	9	4	50%
4 – 5 điểm	46	=< 3cm	34	30	89,4%
		➢ 3 cm	13	9	88,8%

Nhận xét: bảng 3.9 cho thấy với những trường hợp có Chỉ số Bishop CTC thấp nhưng chiều dài CTC ngắn thì khả năng sinh đường âm đạo vẫn cao hơn những trường hợp có chỉ số Bishop CTC cao nhưng chiều dài CTC dài.

3.3. So sánh với các nghiên cứu khác

Bảng 3.10. So sánh với các nghiên cứu khác

stt	Tác giả	Cách đẻ		Thuật toán phân tích	Giá trị dự đoán
		Âm đạo	Mổ đẻ		
1	Halil et Al (2006)[6]	69,9%	30,1%	Logestic P= 0,001	Dài CTC
2	PC Tan et Al (2007)[7]	77,9%	22,1%	Logestic P= 0,005	Dài CTC
3	Dr.S.R.Sree Gouri el Al (2015)	90%	10%	Test $\chi 2$	Dài CTC + Bishop
4	Đoàn Thị Phương Lam (2016)	74,5%	25,5%	Test $\chi 2$	Dài CTC + Bishop

Nhận xét: bảng 3.10 cho thấy giá trị của chiều dài CTC trong dự đoán kết quả đẻ đường âm đạo khi gây chuyển dạ. Từ bảng này có thể thấy có sự liên quan giữa chiều dài CTC với mức độ thành công của gây chuyển dạ, đặt biệt khi kết hợp với chỉ số Bishop CTC.

IV. BÀN LUẬN

Mục đích của gây chuyển dạ là đạt được sinh đường âm đạo giúp cho thai phụ tránh được một cuộc mổ đẻ trong những trường hợp phải đình chỉ thai nghén trước khi có chuyển dạ tự nhiên diễn ra.

Thang điểm Bishop đã được sử dụng để dự đoán thành công của gây chuyển đã và đang được áp dụng, tuy nhiên độ đặc hiệu của nó không cao do đó các nhà sản khoa đã đi cố gắng tìm ra phương pháp dự đoán tốt hơn đó là phương pháp đo chiều dài cổ tử cung. Nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra mối liên quan mật thiết giữa chiều dài CTC và chỉ số Bishop CTC trong dự đoán kết quả gây chuyển dạ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng giống như kết quả nghiên cứu của Ware V và cộng sự.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi sử dụng đường cắt có giá trị dự đoán thành công của gây chuyển dạ là chiều dài CTC ở mức 3 cm và chỉ số Bishop CTC ở mức 3 điểm. Với những trường hợp có dài CTC =< 3cm và chỉ số Bishop cao thì khả năng đẻ đường âm đạo cũng cao, còn với những trường hợp dài CTC > 3cm và chỉ số Bishop CTC thấp thì khả năng thành công của

gây chuyển dạ là rất khó khăn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như kết quả của Ware V và cộng sự.

Chiều dài CTC qua siêu âm đường âm đạo có giá trị dự đoán tốt hơn chỉ số Bishop CTC vì nó ít mang tính chủ quan hơn và chiều dài CTC được xác định dễ dàng đặc biệt trong trường hợp CTC đóng kín làm cho thăm khám bằng tay không xác định được CTC mềm hay cứng, xóa hay chưa. Vai trò của chiều dài CTC qua siêu âm đã được thể hiện rõ qua nghiên cứu của BoozarJomhri – F và cộng sự.

V. KẾT LUẬN

Siêu âm đo chiều dài CTC qua âm đạo nên được áp dụng cùng với đánh giá chỉ số Bishop CTC trước khi tiến hành gây chuyển dạ để từ đó đưa ra quyết định gây chuyển dạ hay mổ lấy thai ngay, tránh kéo dài thời gian theo dõi, chờ đợi của thai phụ và cũng giảm gánh nặng kinh tế cho sản phụ, giảm tai biến cho cả sản phụ và thai nhi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kaimal, A.J., et al.,** *Cost-effectiveness of elective induction of labor at 41 weeks in nulliparous women.* American journal of obstetrics and gynecology, 2011. 204 (2): p. 137. e1-137. e9.
2. **EH, B.,** *Pelvic scoring for elective induction. J Obstet Gynaecol 1964 Feb; 24:266-268.* J Obstet Gynecol 1964 Feb. 24: p. 266-268.
3. **Ann SH, L.S.,** Andrew MK. American J Obstet Gynaecol. 2007 Aug; 184-92., *Sonographic cervical assessment to predict the success of labour induction : a systematic review with meta analysis.* American journal of obstetrics and gynecology, 2007 Aug: p. 184-92.
4. **NICE and http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53608/,** *induction of Labour. 5.3.2. Mechanical methods.* 2008.
5. **Bartha JL, C.R., Fresno PM, Delgado RC. l.,** *Bishop score and transvaginal ultrasound for preinduction cervical assessment: arandomized clinical tria.* American J Ultrasound in Obstet Gynaecol, 2005 Jan. 25: p. 155-159.
6. **Halil A, G.Y., Altan C, Yavuz C. ,** *Measurement of the cervical length in the prediction of successful induction of labor.* J Perinatology., 2006. 14: p. 159-64.
7. **Tan PC, V.N., Suguna S, Quek KF, Hassan J. ,** *Transvaginal sonographic measurement of cervical length vs. Bishop scorein labour induction at term: tolerability and prediction of cesarean delivery.* J Ultrasound Obset Gynaecol, 2007. 29: p. 568-73.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT U TUYẾN CẬN GIÁP LÀNH TÍNH TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Vũ Trung Lương*, Lê Công Định*

TÓM TẮT

U tuyến cận giáp lành tính là bệnh ít gặp. Phẫu thuật là biện pháp điều trị cơ bản. **Mục tiêu:** đánh giá kết quả phẫu thuật u tuyến cận giáp lành tính. **Đối tượng:** 45 bệnh nhân u tuyến cận giáp được phẫu thuật tại Bệnh viện Bạch mai. **Phương pháp nghiên cứu:** tiến cứu mô tả từng ca có can thiệp và theo dõi dọc. **Kết quả:** 38/45 BN u được xác định vị trí trước mổ và được phẫu thuật lấy u tối thiểu, 2/45BN mổ thăm dò 1 bên cổ lấy u, 5/45 BN mổ thăm dò cả hai bên cổ lấy u. Sau cắt u 10 phút, nồng độ PTH máu giảm nhanh với mức giảm trên 50% trong 91% trường hợp. PTH máu trở về bình thường sau 24h sau đó tăng sau 1, 6, 12 tháng. Canxi máu giảm và trở về bình thường sau 24h. Sau mổ các dấu hiệu lâm sàng cải thiện rõ rệt: hết khát, hết đau xương, đau khớp, hết chán ăn. Dấu hiệu sỏi thận, suy thận, mức lọc cầu thận không thay đổi. Mật độ xương tại cột sống, cổ xương đùi tăng dần 6, 12 tháng. **Kết luận:** Thành công của phẫu thuật u tuyến cận giáp là sự kết hợp chặt chẽ giữa các chuyên ngành chẩn đoán hình ảnh, hóa sinh với chuyên khoa TMH. Sau khi lấy u các dấu hiệu lâm sàng được cải thiện rõ rệt. Nồng độ PTH về bình thường hoặc tăng nhẹ, nồng độ canxi máu luôn giữ trong giới hạn bình thường.

Từ khóa: phẫu thuật cắt u cận giáp, điều trị tăng canxi máu.

**Khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Bạch mai*
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Trung Lương
Email: *vutrungluongorl@yahoo.com*
Ngày nhận bài: 28.10.2016
Ngày phản biện khoa học: 20.12.2016
Ngày duyệt bài: 28.12.2016

SUMMARY

ASSESSMENT RESULTS OF SURGICAL U BENIGN PARATHYROID BACH MAI HOSPITAL

Parathyroid adenoma is not common disease. Surgical remove is curative treament. **Objective:** evaluate the results of surgical treatment. **Material:** 45 parathyroid adenomas. **Method:** prospective decriptive study. **Results:** 38/45 had minimal invasive parathyroidectomy, 2/45 unilateral exploration, 5/45 bilateral neck exploration. PTH decrease more than 50% after 10 minutes tumor removal in 91%. Serum PTH return to normal after 24h, then increase after 1, 6, 12 months. Calcemia normalizes after 24h. After

surgery, the signs getting better: polydipsia, polyurea, bone pain, joint pain, anorexia, weight gain. Renal lithiasis, renal failure, glomerupheric clearance do not change. Bone mineral density (BMD) at lumbar spine and femoral neck increase significantly at 6 and 12 months. **Conclusions:** Parathyoidectomy is curative treatment. Clinical signs improve immediately after surgery. Calcemia return and remain normal range during follow up period. PTH level return to normal then increase little higher normal without hypercalcemia.

Keywords: Parathyroidectomy, hypercalcemia treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U tuyến cận giáp (TCG) là một bệnh ít gặp, ít được biết đến. Biểu hiện bệnh đa dạng từ không triệu chứng đến biểu hiện nhiều cơ quan: thận tiết niệu, cơ xương khớp, và các dấu hiệu không đặc hiệu. Chẩn đoán bệnh dựa tăng canxi, PTH máu. Phẫu thuật là biện pháp điều trị cơ bản. Phẫu thuật cắt u lần đầu tiên được tiến hành năm 1926 bởi E.J. Lewis. Từ đó đến nay cùng với sự phát triển của khoa học, y học, bệnh đã được hiểu biết đầy đủ hơn, điều trị có nhiều thay đổi. Đặc biệt là với sự ra đời của các phương tiện xạ hình, siêu âm, chụp CT scanner..., phẫu thuật đã chuyển từ kỹ thuật thăm dò cả bốn tuyến sang phẫu thuật cắt tuyến tối thiểu kết hợp định lượng hormon trong khi mổ đã làm giảm đáng kể thời gian phẫu thuật, ít gây tổn thương cho bệnh nhân (BN).

Tại Việt Nam, phẫu thuật u cận giáp còn khá mới mẻ trong chuyên ngành Tai Mũi Họng. Cho tới nay có rất ít báo cáo nghiên cứu về kết quả điều trị u cận giáp. Do đó nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu: Đ*ánh giá kết quả phẫu thuật cắt u tuyến cận giáp lành tính.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 45 BN u cận giáp được phẫu thuật trong thời gian từ tháng 10/2014 – 05/2016 tại bệnh viện Bạch Mai.

Tiêu chuẩn lựa chọn BN:có kết quả mô bệnh học là u cận giáp lành tính

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, mô tả từng ca có can thiệp.

2.2.2 Qui trình nghiên cứu:

Tiến hành hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng xác định các triệu chứng bệnh.

- Xét nghiệm chẩn đoán: Canxi, PTH, phospho máu.
- Xét nghiệm xác định vị trí u: siêu âm, xạ hình, chụp MRI, CTscanner vùng cổ.
- Tiến hành phẫu thuật: BN được tìm và lấy u bằng phương pháp tối thiểu, mổ thăm dò một bên hoặc hai bên cổ. Khối u lấy ra được gửi cắt lạnh để khẳng định là u cận giáp. Định lượng PTH máu sau lấy u 10 phút, tính tỷ lệ giảm so trước mổ.
- Đánh giá sau mổ tại thời điểm: sau mổ 1 tuần, 1 tháng, 6 tháng, 1 năm.
- Kết quả sau mổ: chia theo 3 mức độ tốt , khá, xấu. Kết quả tốt: các triệu chứng lâm sàng được cải thiện, canxi máu trở về bình thường, không có biến chứng sau mổ. Khá: canxi máu bình thường, có biến chứng phẫu thuật. Thất bại: canxi và PTH máu còn cao.

- Xử lí số liệu theo các thuật toán thống kê y học bằng phần mềm SPSS 22.0. Giá trị P<0.05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu trên 45 BN, trong đó 33 nữ (73.3%), 12 nam (26.7%). Độ tuổi từ 15 – 78, trung bình là 49.1.

3.1. Phương pháp phẫu thuật tìm và lấy u cận giáp

Bảng 1: Các phương pháp phẫu thuật tìm và lấy u

Phương pháp	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Can thiệp tối thiểu	38	84,4
Mổ thăm dò một bên cổ	2	4,4
Mổ thăm dò hai bên cổ	5	11,1

Nhận xét: 84,4% được tìm u TCG can thiệp tối thiểu. 2 BN (4,4%) mổ thăm dò 1 bên do nồng độ PTH không giảm, 5 BN (11,1%) phẫu thuật mổ thăm dò hai bên.

3.2. Kết quả về nồng độ hóc môn tuyến cận giáp

Bảng 2: Kết quả về nồng độ PTH máu trước, trong và sau phẫu thuật

Thời điểm đánh giá	Nồng độ PTH máu (pmol/l)
Trước PT	73,22±160,73
Sau cắt u 10 phút	13,73±15,65
Sau 24h	3,12±5,13
Sau 1 tuần	8,82±8,58
Sau 1 tháng	13,62±10,47
Sau 6 tháng	18,21±23,57
Sau 1 năm	14,59±23,00

Nhận xét:

- Trong mổ: Nồng độ PTH giảm rõ rệt ngay 10 phút sau cắt bỏ khối u (p<0,05 T test). 91,1% BN có nồng độ PTH giảm trên 50% so trước mổ. Đặc biệt có 48,9% BN có nồng độ PTH giảm 80-90%.

- Sau mổ: Nồng độ PTH giảm rõ rệt so trước mổ ở tất cả các thời điểm (P<0,001, T test ghép cặp). Sau 24h, nồng độ PTH trở về bình thường. Tại thời điểm theo dõi sau mổ 1, 6, 12 tháng, nồng độ PTH lại tăng trên giới hạn bình thường. Tỷ lệ BN có nồng độ PTH tăng sau 24h là 2/45 (4,4%), sau 1 tuần là 19/45 (42,2%), 1 tháng là 24/37 (64,9%), 6 tháng là 6/15 (40%), 1 năm là 3/7 (42,8%). Chỉ có 1 trường hợp tăng PTH có kèm tăng canxi máu chiếm 2,2%.

3.3. Kết quả về nồng độ canxi, phospho máu

Bảng 3: Kết quả thay đổi nồng độ Ca, Phospho máu trước và sau PT

Chỉ số	Trước PT	Sau 24h	Sau 1 tuần	Sau 1 tháng	Sau 6 tháng	Sau 1 năm
Ca máu (mmol/l)	3,07±0,49	2,25±0,35	2,09±0,36	2,10±0,31	2,12±0,24	2,21±0,28
Phospho(mmol/l)	0,74±0,27		0,89±0,21	0,95±0,29	1,31±0,56	0,98±0,20

Nhận xét: Nồng độ Canxi: Tại tất cả các thời điểm theo dõi, trung bình nồng độ canxi máu giảm so với trước PT có ý nghĩa thống kê (P<0,001 T test ghép cặp). Tại thời điểm sau mổ 24h, 1, 6, 12 tháng nồng độ canxi máu trở về bình thường. Tại 1,6 tháng sau PT, 1 trường hợp tăng canxi máu kèm tăng PTH máu (thất bại) chiếm tỷ lệ 2,2%. ***Nồng độ Phospho:*** Tại tất cả các thời điểm theo dõi sau PT, nồng độ phospho máu trung bình tăng so trước PT và trong giới hạn bình thường (P<0,05, T test ghép cặp).

3.4. Kết quả về sự thay đổi các biểu hiện ở thận tiết niệu

- Triệu chứng khát nhiều, tiểu nhiều:

Bảng 4: Triệu chứng khát nhiều, tiểu nhiều

Triệu chứng	Sau 1 tuần	Sau 1 tháng	Sau 6 tháng	Sau 1 năm
Hết	42	36	14	7
Giảm	2	1	1	1
Không đổi	1	0	0	0
N	45	37	15	7

Nhận xét: Trước PT, 33/45 (73,3%) BN có khát nhiều, tiểu nhiều. Sau PT, dấu hiệu tiểu nhiều giảm nhanh. Tỷ lệ hết tiểu nhiều sau 1 tuần là 42/45BN (93,3%), sau 1 tháng 36/37BN (97,3%), sau 6 tháng 93,3%, sau 1 năm 100%.

- Sỏi thận: Tỷ lệ có sỏi thận sau 1 tháng là 17/37BN, sau 6 tháng là 5/15BN, 1 năm là 2/7BN. Tỷ lệ sỏi thận sau mổ không thay đổi so trước phẫu thuật.

- Suy thận. Trước mổ có 15/45 BN (33,3%) bị suy thận. Tỷ lệ suy thận sau 1 tháng là 24,3%, 6 tháng là 20%, 1 năm là 14%. Mức lọc cầu thận ở các thời điểm sau mổ không khác biệt so trước PT.

3.5. Kết quả về thay đổi hệ thống cơ xương khớp:

- Đau khớp:

Bảng 5: Triệu chứng đau khớp sau phẫu thuật

Đau khớp	Sau 1 tuần	Sau 1 tháng	Sau 6 tháng	Sau 1 năm
Hết	40	31	13	7
Giảm	4	5	2	0
Không đổi	1	1	0	0
N	45	37	15	7

Nhận xét: Trước mổ, 20/45 BN (44,4%) có biểu hiện đau khớp. **S**au mổ, tình trạng đau khớp hết sau 1 tuần là 44/45 (88,9%), sau 1 tháng 31/37 (83,8%), sau 6 tháng 13/15 (86,7%), sau 1 năm 7/7 (100%).

- Thay đổi đau xương sau mổ: Dấu hiệu đau xương trước mổ gặp 15/45 (33,3%). Sau mổ, tỷ lệ hết đau xương sau 1 tuần là 82,2%, sau 1 tháng là 78,4%, sau 6 tháng là 66,7%, sau 1 năm là 71,4%.

- Kết quả thay đổi mật độ xương sau mổ:

Bảng 6: Mật độ xương trước và sau mổ

Mật độ xương (BMD)	Trước PT	Sau 1 tháng	Sau 6 tháng	Sau 1 năm
Cột sống	0,729± 0,159	0,732±0,131	0,723± 0,150	0,796±0,207
P (T test)		0,104	0.002	0.008
Xương đùi	0,696±0,140	0,707±0,115	0,729±0,105	0,801±0,101
P (T test)		0.635	0.003	0.003

Nhận xét: Mật độ xương tại cột sống, xương đùi sau mổ 1 tháng có tăng so trước mổ nhưng chưa có ý nghĩa thống kê. Sau 6 tháng và 1 năm chỉ số BMD tăng cao hơn so trước mổ có ý nghĩa thống kê (P<0,05, T test ghép cặp).

- Thay đổi tình trạng vận động sau PT: Có 5/45 BN trước mổ không tự đi lại được. Sau mổ, tất cả BN đi bình thường sau 6 tháng.

3.6. Các dấu hiệu không đặc hiệu khác

- Dấu hiệu mệt mỏi

Bảng 7: Thay đổi dấu hiệu mệt mỏi

Mệt mỏi	Sau 1 tuần	Sau 1 tháng	Sau 6 tháng	Sau 1 năm
Hết	36	28	11	6
Giảm	8	9	4	1
Không đổi	1	0	0	0
N	45	37	15	7

Nhận xét: Dấu hiệu mệt mỏi giảm nhanh chóng ngay trong sau mổ 1 tuần. Tỷ lệ hết mệt sau 1 tuần 80%, sau 1 tháng là 75,7%, sau 6 tháng là 73.3%, sau 1 năm là 85,7%.

- Tăng cân. Sau mổ 1 tuần, 29/45 (64,4%) BN tăng cân. Mức tăng trung bình là 1,72kg (0,5-4kg).

3.7. Kết quả các biến chứng sau PT: Có 1 bệnh nhân (2,2%) bị tụ máu sau mổ. Không gặp biến chứng khác.

3.8. Kết quả về đánh giá chung:

Bảng 8: Đánh giá chung sau mổ

Kết quả	Sau 1 tuần	Sau 1 tháng	Sau 6 tháng	Sau 1 năm
Tốt	43	36	15	7
Khá	1	0	0	0
Thất bại	1	1	0	0
N	45	37	15	7

Nhận xét: Sau mổ BN được đánh giá kết quả theo mức: tốt, khá, thất bại. Kết quả tốt khi BN hết cường cận giáp, không có biến chứng. Kết quả khá khi hết cường cận giáp nhưng có biến chứng. Kết quả thất bại khi sau mổ vẫn còn cường cận giáp. Ngay sau mổ 1 tuần có 43/45BN kết quả tốt, có 1/45 BN kết quả khá do cắt hết u nhưng có biến chứng chảy máu sau mổ, 1/45 (2,2%) bị thất bại. Tỷ lệ kết quả tốt sau mổ 1 tháng 36/37 (97,3%), sau 6 tháng 15/15 (100%), sau 1 năm 7/7 (100%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Phương pháp phẫu thuật tìm u:

Phương pháp phẫu thuật can thiệp tối thiểu tìm u ngày càng được áp dụng nhiều do ít xâm lấn, an toàn hơn, hậu phẫu sau mổ ngắn. Phương pháp này đòi hỏi cần xác định chính xác vị trí khối u trước mổ bằng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh kết hợp định lượng nồng độ PTH ngay trong mổ. Khi không xác định chính xác vị trí u, hoặc khi nồng độ PTH trong mổ không giảm trên 50% thì tiến hành thăm dò một bên hoặc hai bên[1]. Theo Naykki, phẫu thuật cắt tuyến cận giáp tối thiểu, thăm dò một bên, thăm dò hai bên đều là phương pháp hiệu quả, tỷ lệ thành công cao. Phương pháp thăm dò tối thiểu ít gây tổn thương thần kinh quặt ngược, ít gây chảy máu, thời gian phẫu thuật ngắn hơn[2].

4.2. Nồng độ hóc môn tuyến cận giáp (PTH) sau mổ: Sự sụt giảm nhanh chóng nồng độ PTH máu trong mổ là chỉ dấu có giá trị tiên lượng toàn bộ khối u đã được cắt bỏ, tránh bỏ sót u thứ hai. Nghiên cứu này cho thấy mức sụt giảm nhiều nhất là 80-90%. Tỷ lệ giảm dưới 50% gợi ý khả năng còn u thứ hai.

Sau mổ nồng độ PTH giảm rõ rệt sau 24h nhưng sau đó có xu thế tăng lên. Tăng PTH sau mổ nhưng không kèm tăng canxi máu. Tăng PTH máu có thể do nồng độ canxi máu thấp, do phospho máu cao hoặc do thiếu viatmin D. Khi tăng PTH máu đi kèm tăng canxi máu là dấu hiệu u tái phát.

4.3. Nồng độ canxi, phospho máu sau mổ:

Nồng độ canxi máu bình thường hoặc thấp là chỉ số quan trọng đánh giá không còn u. Trong giai đoạn đầu sau mổ, nồng độ canxi máu giảm sau đó tăng dần và trở về bình thường. Nồng độ canxi máu giảm do canxi di chuyển từ máu và dịch ngoại bào vào trong xương để đáp ứng nhu cầu tạo xương. Nồng độ canxi máu cao sau mổ là biểu hiện có cường cận giáp nguyên nhân do sót u hoặc tái phát sau mổ. Tăng canxi máu là dấu hiệu tái phát sớm nhất.

Sau mổ tỷ lệ xuất hiện hạ canxi máu trong nghiên cứu này là 44,4% cao hơn so nghiên cứu của Naykky là 2,3%[2]. Có 9/45 BN (20%) biểu hiện canxi máu nặng kèm tăng PTH máu biểu hiện hội chứng xương đói canxi sau mổ. Hội chứng xương đói canxi là tình trạng giảm canxi máu dưới 2,1mmol/l và kéo dài trên 4 ngày[3]. Nguyên nhân hạ canxi máu do bệnh nhân đến

muộn, quá trình hủy xương mạnh. Sau mổ, nồng độ PTH về bình thường hoặc gần bình thường làm quá trình tiêu xương giảm nhanh chóng, mất đi nguồn cung cấp để duy trì canxi máu cao. Quá trình tạo xương sau mổ cao, thu hút nhiều canxi từ dịch ngoại bào, máu vào xương càng làm giảm canxi máu[4].

4.4. Dấu hiệu thận tiết niệu sau mổ:

- Khát nhiều, tiểu nhiều: Dấu hiệu khát nhiều tiểu nhiều đi cùng nhau và giảm rõ rệt ngay sau mổ. Nghiên cứu này phù hợp kết quả nghiên cứu của Murray thấy tỷ lệ khát nhiều tiểu nhiều giảm ngay sau mổ 1 tuần và ổn định sau 6 tuần[6].

- Sỏi thận: Sỏi thận hình thành do canxi kết hợp với các hợp chất khác (phosphat, oxalat…) tạo thành. Sự hình thành sỏi thận do nhiều yếu tố kết hợp nhau, không chỉ đơn thuần do tăng canxi máu, niệu. Sỏi thận không thay đổi trong thời gian theo dõi 1năm. Sau phẫu thuật, canxi máu về bình thường, không còn yếu tố trực tiếp sinh ra thêm sỏi. Lượng sỏi có thể bị bào mòn do nước tiểu nên có thể giảm sỏi.

- Suy thận: Suy thận là tình trạng tổn thương thận mạn tính, do viêm thận bể thận mạn tính thường do sỏi. Quá trình suy mạn tính thường không thay đổi nhiều sau phẫu thuật cắt u cận giáp. Mức lọc cầu thận có tăng lên sau mổ nhưng không có ý nghĩa thống kê.

4.5. Dấu hiệu cơ xương khớp sau mổ:

- Đau xương khớp: Đây là dấu hiệu chủ quan của người bệnh. Đau xương khớp giảm rõ rệt sau mổ. Đau xương chủ yếu do nguyên nhân PTH tăng cao gây hủy xương, yếu xương gây đau. Đau khớp thường gặp chủ yếu khớp gối do chịu lực nhiều. Sau mổ tình trạng đau trong xương khớp giảm rõ rệt. Murray thấy tỷ lệ giảm đau xương khớp trên 50% ở ngay tuần đầu sau phẫu thuật.

- Mật độ xương: Sau mổ mật độ xương tăng dần. Sau 1 tháng chỉ số BMD tăng nhưng chưa khác nhau nhiều nhưng sau 6 tháng, 1 năm khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nguyên nhân do xương tăng quá trình tạo xương mới, tăng khoáng chất trong xương. Nghiên cứu này phù hợp với kết qủa của Benzon[6]. Tác giả thấy chỉ số BMD tăng 3 năm liền sau mổ trong 75% trường hợp. Chỉ số BMD tăng cao ở nữ dưới 50 tuổi, người bị lõang xương, người có chỉ số PTH, canxi máu trước mổ cao[6].

4.6. Các dấu hiệu không đặc hiệu sau mổ:

- Dấu hiệu mệt mỏi: Mệt mỏi là dấu hiệu không đặc hiệu, gặp trong nhiều bệnh khác nhau. Sau mổ tình trạng mỏi mệt cải thiện sớm và rõ rệt ngay sau mổ 1tuần. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Murray. Tỷ lệ hết mỏi mệt cao nhất là 1 tháng sau mổ [6].

- Tăng cân: Sau mổ 1 tuần, đa số BN tăng cân với mức tăng trung bình 1,7kg. Tăng cân sau mổ do bệnh nhân ăn ngon miệng, hết tiểu nhiều. Lượng nước gian bào tăng do không còn tình trạng mất nước.

4.7. Các biến chứng sau mổ: Phẫu thuật u tuyến cận giáp có tỷ lệ biến chứng thấp. Nghiên cứu này chỉ có 1 trường hợp bị chảy máu sau mổ chiếm 2,2%. Phẫu tích bộc lộ và bảo vệ thần kinh quặt ngược, cầm máu kĩ, PT can thiệp tối thiểu là biện pháp cơ bản phòng biến chứng. Nghiên cứu của Naykky có tỷ lệ chảy máu 0,9%, liệt quặt ngược 0,9%[2].

4.8. Kết quả phẫu thuật: Kết quả điều trị thành công 44/45 BN chiếm tỷ lệ 97,8%. Có 1 trường hợp thất bại chiếm tỷ lệ 2,2%. Kết qủa nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ thành công không khác biệt so với các tác giả khác [2].

V. KẾT LUẬN

- Phương pháp phẫu thuật tìm u can thiệp tối thiểu dựa xác định vị trí u trước mổ, kết hợp sinh thiết tức thì và định lượng nhanh PTH trong mổ có giá trị, ít gây tổn thương mô. Phương pháp thăm dò một bên cổ, hai bên cổ tìm và lấy u là những biện pháp có giá trị khi phương pháp can thiệp tối thiểu thất bại.

- Nồng độ hóc môn TCG giảm nhanh chóng sau 10 phút, trở về bình thường sau 24h. Sau đó tăng cao trong 42% trường hợp nhưng không kèm tăng canxi máu.

- Nồng độ canxi máu trở về bình thường sau 24h, sau đó giảm nhiều nhất ngày 5 sau mổ. Nồng độ canxi trở lại giới hạn bình thường và duy trì mức này sau 1 tháng. Tỷ lệ canxi máu cao sau mổ là 2,2%.

- Sau phẫu thuật, các triệu chứng cơ năng có cải thiện sớm, nhanh và rõ rệt là khát nước, mệt mỏi, chán ăn, đau xương khớp, tăng cân. Các dấu hiệu ít cải thiện là sỏi thận, suy thận. Vận động sau mổ có cải thiện chậm, trở lại bình thường sau 6 tháng.

- Mật độ xương tại cột sống và cổ xương đùi tăng chậm sau mổ, rõ rệt sau 6 tháng.

- Mặc dù phẫu thuật cắt u tuyến cận giáp lần đầu được tiến hành tại Việt nam, phẫu thuật viên chưa có kinh nghiệm song việc kết hợp phẫu thuật can thiệp tối thiểu tìm u với cắt lạnh, định lượng PTH trong mổ mang lại kết quả tốt trong 97% trường hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **D. Malinvaud, G. Potard, C. Martins-Carvalho et al.. (2006),** "Adénome parathyroïdien: stratégie chirurgicale", *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac*, **123(6)**, 333-339.
2. **Naykky M. Singh Ospina, Rene Rodriguez-Gutierrez, Spyridoula Maraka et al. (2016),** "Outcomes of Parathyroidectomy in Patients with Primary Hyperparathyroidism: A Systematic Review and Meta-analysis", *World journal of surgery*, **40**, 2359-2377.
3. **J E Witteveen, S van Thiel, J A Romijn et al. (2013),** "Hungry bone syndrome: still a challenge in the post-operative management of primary hyperparathyroidism: a systematic review of the literature", *European Journal of Endocrinology*, **168**, R45-R53.
4. **AN Hisham, E N Aina, H Zanariah. (2000),** "Recognition and Management of Hungry Bone Syndrome. A Case Report", *Medical Journal Malaysia*, **55(1)**, 132-134.
5. **Sara E. Murray, Priya R. Pathak, David S. Pontes et al. (2013)**, "Timing of symptom improvement after parathyroidectomy for primary hyperparathyroidism", *Surgery*, **154(6)**, 1463-1469.
6. **Benzon M. Dy, Clive S. Grant, Robert A. Wermers et al. (2012)**, "Changes in bone mineral density after surgical intervention for primary hyperparathyroidism", *Surgery*, **152(6)**, 1051-1058.

TÌNH HÌNH NHIỄM KHUẨN TIẾT NIỆU TRÊN BỆNH NHÂN TỔN THƯƠNG TUỶ SỐNG

Nguyễn Thị Kim Liên*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tình hình nhiễm khuẩn tiết niệu trên bệnh nhân tổn thương tuỷ sống tại Trung tâm Phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai. ***Đối tượng và phương pháp***: Toàn bộ hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân tổn thương tủy sống điều trị tại Trung tâm phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 06 đến tháng 12/2015 theo phương pháp nghiên cứu mô tả hồi cứu. ***Kết quả:*** Tỷ lệ bệnh nhân tổn thương tuỷ sống có nhiễm khuẩn tiết niệu chiếm khoảng 55,8%. *Escheriachia coli* là vi khuẩn thường gặp nhất trong mẫu nghiên cứu, chiếm 42,2%, tiếp theo là *Klebsiella pneumoniae* (15,6%). *E.coli* có khả năng đề kháng kháng sinh Ampicilin (100%), Co-trimoxazol (92,3%), Cefuroxim, Cefotaxim (88,5%) Ceftriaxon (84,6%)... Các kháng sinh Fosfomycin, Amikacin và Carbapenem, ít bị đề kháng với tỷ lệ lần lượt là 3,8%, 7,7% và 11,5%. Ngoại trừ Amikacin không bị đề kháng bởi *K. Pneumonia*, các kháng sinh còn lại đều bị đề kháng với tỷ lệ từ 33,3% (Gentamycin, Tobramycin) đến 100% (Nitrofurantoin). *Enterococus sp.* đề kháng với tất cả kháng sinh với tỷ lệ từ 37,5 (AMC) đến 87,5% (Ciprofloxacin). ***Kết luận:*** Tỷ lệ bệnh nhân tổn thương tuỷ sống có nhiễm khuẩn tiết niệu chiếm khoảng 55,8%. Phần lớn bệnh nhân nhiễm các chủng vi khuẩn Gram (-), trong đó 2 chủng hay gặp là *E. coli* và *K. pneumoniae.* Tình trạng vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu kháng kháng sinh và đa kháng kháng sinh là vấn đề cần được quan tâm và kiểm soát.

**Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Kim Liên
Email: lienrehab@yahoo.com

Ngày nhận bài: 7.9.2016
Ngày phản biện khoa học: 8.12.2016
Ngày duyệt bài: 19.12.2016

Từ khóa: vi khuẩn, *kháng kháng sinh, nhiễm khuẩn tiết niệu, tổn thương tuỷ sống.*

SUMMARY

THE SITUATION OF URINARY TRACT INFECTIONS IN SPINAL CORD INJURY PATIENTS

Objective: To investigate the situation of urinary tract infections in spinal cord injury patients at Center for Rehabilitation of Bach Mai Hospital***. Subjects and Methods:*** The entire medical records of spinal cord injury patients were treated at Rehabilitation Centers, Bach Mai Hospital from June to December 2015 by the retrospective, descriptive study. ***Results:*** The percentage of urinary tract infections in spinal cord injury patients is about 55.8%. *Escheriachia coli* was the most common bacteria (42.2%), that caused urinary tract infection, the second one was *Klebsiella pneumoniae* (15.6%). The percentage of *E.coli,* wich had the resistance to Ampicilin, Co-trimoxazol and Cefuroxim, Cefotaxim, Ceftriaxon were 100%, 92,3%, 88,5%, 88,5% and 84,6% respectively. The percentage of *E.coli,* wich had the resistance to Fosfomycin, Amikacin and Carbapenem were 3,8%, 7,7% and 11,5% respectively. *K. Pneumonia* had the resitance to all of antibiotic with the percentage from 33,3% (Gentamycin, Tobramycin) to 100% (Nitrofurantoin), except Amikacin. *Enterococus sp.* had the resitance to all of the antibiotic with the percentage from 37,5 (AMC) to 87,5% (Ciprofloxacin). ***Conclusions:*** The percentage of urinary tract infections in the spinal cord injury patients was 55.8%. The majority of patients were infected by Gram (-), two common bacterias were *E. coli* and *K. pneumoniae*. The bacteria's situation caused urinary tract infections that resisted antibiotic and multiple antibiotic is a considerable and controllable problem.

Keywords: antibiotic, urinary tract infections, spinal cord injury.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn tiết niệu là loại nhiễm khuẩn phổ biến nhất, sớm nhất và điều trị khó nhất trên bệnh nhân tổn thương tuỷ sống. Nhiễm khuẩn tiết niệu trên bệnh nhân tổn thương tuỷ sống thường do các nguyên nhân: tiểu tiện không tự chủ, nước tiểu tồn dư do bàng quang làm thoát nước tiểu không hoàn toàn, các thủ thuật đặt ống thông bàng quang, tình trạng nằm lâu do những rối loạn vận động trầm trọng bởi liệt tứ chi hoặc liệt hai chi dưới. Tuy nhiên, chẩn đoán xác định nhiễm khuẩn tiết niệu trên bệnh nhân thường bị chậm trễ hoặc dễ bỏ qua do bệnh nhân mất đi các chức năng về cảm giác.

Để tăng cường hiệu quả sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn tiết niệu trên bệnh nhân tổn thương tuỷ sống việc khảo sát tình hình nhiễm khuẩn tiết niệu trên nhóm bệnh nhân này là nhu cầu cần thiết. Từ những thông tin này, bác sỹ lâm sàng có thêm cơ sở để đưa ra quyết định hợp lý hơn trong lựa chọn thuốc dự phòng và điều trị nhiễm khuẩn tiết niệu trên bệnh nhân tổn thương tuỷ sống. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục đích đó.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: Toàn bộ hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân tổn thương tủy sống (TTTS) điều trị tại Trung tâm phục hồi chức năng bệnh viện Bạch Mai trong khoảng thời gian từ tháng 06/2015 đến tháng 12/2015.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Dưới 18 tuổi; Phụ nữ có thai, phụ nữ cho con bú; thời gian nằm viện điều trị dưới 1 tuần.

2. Phương pháp nghiên cứu

- *Thiết kế nghiên cứu:* Phương pháp mô tả hồi cứu.

- *Phương pháp thu thập thông tin:* Thông tin được thu thập từ hồ sơ bệnh án lưu trữ của bệnh nhân theo phiếu được thiết kế gồm một số nội dung: Đặc điểm bệnh nhân (tuổi, giới tính, thời gian nằm viện, thời gian sử dụng kháng sinh, bệnh lý mắc kèm, đặc điểm bệnh TTTS và kết quả phân lập vi khuẩn.

- *Phương pháp xử lý số liệu:* Số liệu thu được được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0

- Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thiết kế đảm bảo yêu cầu về đạo đức trong nghiên cứu trên cơ sở: Được tiến hành dưới sự chấp nhận của Ban giám đốc Trung tâm phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai, chỉ tiến hành trên hồ sơ bệnh án lưu trữ, không có sự can thiệp đến người bệnh và phác đồ điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm bệnh nhân

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu (n = 138)

Đặc điểm chung		Số bệnh nhân (%)
Giới tính	Nam	101 (73,2)
	Nữ	37 (26,8)
Nhóm tuổi	18 – 60	118 (85,5)
	≥ 60	20 (14,5)
Tuổi trung bình (năm, $\overline{X} \pm SD$)		44,1 ± 15,1
Bệnh lý mắc kèm	Tim mạch	2 (1,4)
	Thận – tiết niệu	23 (16,7)
	Hô hấp	15 (10,9)
	Tiêu hóa	18 (13,0)
	Bệnh ngoài da	17 (12,3)
	Bệnh khác	24 (17,4)
	Không	39 (28,3)
Đặc điểm bệnh TTTS	***Nguyên nhân:***	
	- Chấn thương	92 (66,7)
	- Bệnh tủy sống và biến dạng cột sống	42 (30,4)
	- Khác	4 (2,9)
	Mức độ TTTS:	
	- Hoàn toàn	47 (34,1)
	- Không hoàn toàn	91 (65,9)
Thời gian nằm viện (ngày, $\overline{X} \pm SD$)		28,0 ± 13,3
Thời gian sử dụng kháng sinh (ngày, $\overline{X} \pm SD$)		12,7 ± 6,3

Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân là 28 ngày, trong đó gần 1/2 thời gian sử dụng kháng sinh (12,7 ngày). Tỷ lệ bệnh nhân có bệnh mắc kèm khá cao (71,7%). Các bệnh lý mắc kèm gồm: Tim mạch (1,4%), thận – tiết niệu (16,7%), hô hấp (10,9%), tiêu hóa (13,0%), bệnh ngoài da (12,3%), bệnh khác (17,4%), không có bệnh lý khác (28,3%).

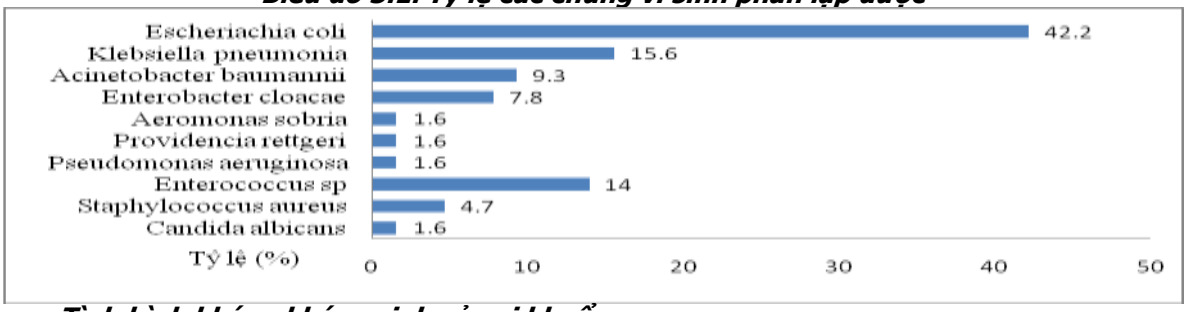
2. Tình hình nhiễm khuẩn tiết niệu trên bệnh nhân tổn thương tuỷ sống

Trong số 138 bệnh án nghiên cứu, 104 bệnh án dự đoán có nhiễm khuẩn tiết niệu được làm xét nghiệm cấy vi khuẩn chiếm 75,4%. Kết quả xét nghiệm cho thấy, có 77 trường hợp cho kết quả dương tính, chiếm 74% các trường hợp được xét nghiệm, có 92 chủng vi khuẩn được định danh; có 74/77 trường hợp được làm xét nghiệm kháng sinh đồ. Tình hình nhiễm khuẩn tiết niệu trên bệnh nhân tổn thương tuỷ sống như sau:

- Các chủng vi khuẩn phân lập được từ các mẫu nghiên cứu:

Số lượng và chủng loại vi khuẩn Gram âm phân lập được cao hơn vi khuẩn Gram dương. *Escheriachia coli* vi khuẩn thường gặp nhất trong mẫu nghiên cứu, chiếm 42,2%, tiếp theo là *Klebsiella pneumoniae* (15,6%). *Enterococcus sp* chiếm tỷ lệ 14,0%. Nấm *Candida albicans* cũng xuất hiện với tỷ lệ 1,6%. Kết quả được biểu thị qua biểu đồ 3.1.

Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ các chủng vi sinh phân lập được



- Tình hình kháng kháng sinh của vi khuẩn

Tình hình kháng kháng sinh (tiết men kháng beta lactam phổ rộng - ESBL) của một số chủng vi khuẩn hay gặp được tổng hợp trong bảng 3.2.

Bảng 3.2. Tỷ lệ vi khuẩn sinh men ESBL

Vi khuẩn	n	Số chủng sinh ESBL	Tỷ lệ (%)
Escheriachia coli	40	16	40,0
Klebsiella pneumoniae	19	3	15,8
Proteus mirabilis	3	1	33,3

Mức độ đề kháng kháng sinh của vi khuẩn phân lập được được trình bày trong bảng 3.3.

Bảng 3.3. Mức độ đề kháng của các chủng vi khuẩn

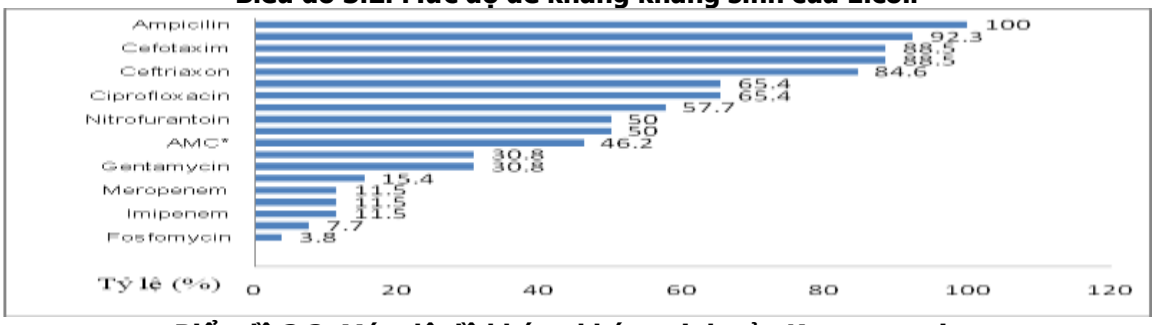
Kháng sinh	Số chủng kháng/số chủng thử độ nhạy cảm				
	E. coli (n=26)	*K. pneumonia (n=9)*	*E. sp (n=8)*	*E. cloacae (n=4)*	*A. baumannii (n=5)*
Ampicilin	16/16	-	3/7	-	-
Amoxicilin/Clavulanic acid	12/26	6/9	3/8	3/4	-
Ampicilin/Sulbactam	-	-	3/7	-	3/5
Piperacilin/Tazobactam	4/26	4/9	3/7	2/4	3/5
Cefuroxim	23/26	5/9	-	2/4	-
Cefotaxim	23/26	5/9	-	2/3	-
Ceftazidim	15/26	5/9	-	2/4	4/5
Ceftriaxon	22/26	5/9	-	2/4	-
Cefepim	13/26	5/9	-	2/4	-
Imipenem	3/26	4/9	-	2/4	3/5
Ertapenem	3/26	5/9	-	2/4	-
Meropenem	3/26	5/9	-	2/4	4/5
Gentamycin	8/26	3/9	-	2/4	3/5
Tobramycin	8/26	3/9	-	2/4	3/5
Amikacin	2/26	0/9	-	2/4	1/5

Ciprofloxacin	17/26	6/9	7/8	2/4	1/4
Levofloxacin	17/26	6/9	5/8	2/4	-
Co-trimoxazol	24/26	8/9	-	2/4	3/4
Nitrofurantoin	5/10	3/3	2/5	0/1	1/1
Fosfomycin	1/26	5/9	4/7	3/4	-
Doxycyclin	-	-	-	-	0/5
Minocyclin	-	-	-	-	0/5
Tetracyclin	-	-	4/7	-	-

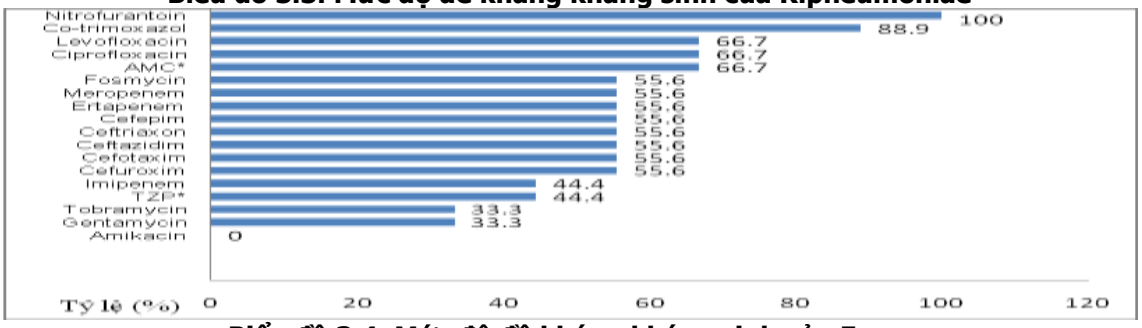
(Ghi chú: *K. pneumonia: Klebsiella pneumonia; E. sp.: Enterococcus sp.; E. cloacae: Enterobacter cloacae; A. baumannii: Acinetobacter baumannii.)*

Mức độ đề kháng kháng sinh của 3 chủng vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu với tần suất cao với các kháng sinh điều trị nhiễm khuẩn tiết niệu được thể hiện qua các biểu đồ 3.2.; 3.3 và 3.4.

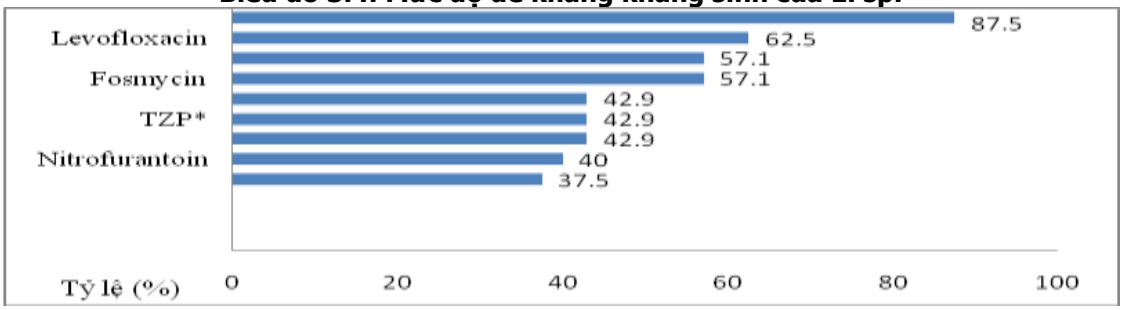
Biểu đồ 3.2. Mức độ đề kháng kháng sinh của E.coli



Biểu đồ 3.3. Mức độ đề kháng kháng sinh của K.pneumoniae



Biểu đồ 3.4. Mức độ đề kháng kháng sinh của E. sp.



IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm bệnh nhân

Tỷ lệ bệnh nhân nam/ bệnh nhân nữ là 2,7; Đa số bệnh nhân trong độ tuổi lao động 18 - 60 tuổi (85,5%). Mức độ TTTS không hoàn toàn (65,9%) cao hơn mức độ TTTS hoàn toàn (34,1%). Thời gian nằm viện trung bình là 28,0 ngày, thời gian sử dụng kháng sinh trung bình là 12,7. Các bệnh mắc kèm thường gặp là bệnh về tiết niệu, tiêu hóa và ngoài da. Không có sự khác biệt so với các nghiên cứu đã được công bố [1], [2].

2. Tình hình nhiễm khuẩn tiết niệu trên bệnh nhân tổn thương tuỷ sống

Trong số 138 bệnh án khảo sát, có 104 trường hợp nghi nhiễm khuẩn tiết niệu được chỉ định xét nghiệm nuôi cấy vi khuẩn. Kết quả có

77 trường hợp dương tính, chiếm 74% các trường hợp được xét nghiệm và tương ứng với 55,8% số bệnh nhân TTTS điều trị nội trú. Kết quả này cho thấy, nhiễm khuẩn tiết niệu là một trong những vấn đề cần được quan tâm trên bệnh nhân TTTS, đặc biệt là bệnh nhân TTTS điều trị nội trú trong bệnh viện. Tỷ lệ bệnh nhân được cấy nước tiểu trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Minh Tú (2013, 54,4%) [1], thể hiện việc sử dụng kết quả kháng sinh đồ trong điều trị nhiễm khuẩn tiết niệu là xu hướng tích cực hiện nay.

Trong số 77 trường hợp dương tính, có 92 chủng vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu được định danh, như vậy có khá nhiều trường hợp bị nhiễm nhiều hơn 1 chủng vi khuẩn. Trong số các vi khuẩn phân lập được, vi khuẩn Gram (-) chiếm tỷ lệ 79,3%, cao hơn vi khuẩn Gram (+) (20,7%). Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Minh Tú (2013) [1] và Kyoung Ho Ryu (2011) [3].

Các chủng vi khuẩn chiếm tần suất cao trong các trường hợp nhiễm khuẩn tiết niệu là *E. coli* (42,2%), *K. pneumoniae* (15,6%), cao hơn so với nghiên cứu của Kyoung Ho Ryu (*E. coli,* 21,1% và *K. pneumoniae,* 6,7%), nhưng tỷ lệ nhiễm *P. aeruginosa* là 1,6%, lại thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu này (22,9%). Tỷ lệ nhiễm *K. pneumoniae* tương tự như nghiên cứu của Martin CF (2013), nhưng tỷ lệ nhiễm *E. coli* thì thấp hơn (60,0%) [4], thể hiện sự khác biệt rõ rệt về mô hình bệnh tật giữa các nước. Kết quả này phù hợp với tình hình nhiễm khuẩn tiết niệu ở Việt Nam nói chung và tại bệnh viện Bạch Mai nói riêng [5], [6].

Tỷ lệ vi khuẩn kháng kháng sinh khá cao, đặc biệt đối với nhóm Beta-lactam. Có đến 40% các trường hợp nhiễm *E. coli*, 33,3% trường hợp nhiễm *P. mirabilis* và 15,8% các trường hợp nhiễm *K. pneumoniae* tiết Beta-lactamase. Đây là các chủng đã được ghi nhận có tỷ lệ kháng kháng sinh nhóm beta-lactam khá cao ở Việt Nam [5], [6].

Có hiện tượng đa kháng kháng sinh trên các chủng vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu. *E.coli* có khả năng đề kháng kháng sinh Ampicilin (100%), Co-trimoxazol (92,3%), Cefuroxim, Cefotaxim, Ceftriaxon (64,4%), và ngay cả Fluoroquinolon – kháng sinh được khuyến cáo là lựa chọn đầu tiên trong điều trị nhiễm khuẩn tiết niệu - cũng chiếm 64,4%. Các kháng sinh Fosfomycin, Amikacin và Carbapenem, bị đề kháng với tỷ lệ lần lượt là 3,8%, 7,7% và 11,5%, cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Hùng Vân [7]. *K. Pneumonia* có khả năng đề kháng khá cao với nhiều kháng sinh như Nitrofurantoin (100%), Co-trimoxazol (88,8%), Amoxicillin/Clavulanat, Ciprofloxacin, Levofloxacin (66,7%), Ertapenem, Meropenem (55,6%), Imipenem (44,5%), cao hơn so với tỷ lệ Phạm Hùng Vân công bố [7].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân tổn thương tuỷ sống có nhiễm khuẩn tiết niệu chiếm khoảng 55,8%. Phần lớn bệnh nhân nhiễm các chủng vi khuẩn Gram (-), trong đó 2 chủng hay gặp là *E. coli* và *K. pneumoniae.*

Tình trạng vi khuẩn gây nhiễm khuẩn tiết niệu kháng kháng sinh và đa kháng kháng sinh là vấn đề cần được quan tâm và kiểm soát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Minh Tú (2013).** Khảo sát tình hình sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn tiết niệu trên bệnh nhân tổn thương tủy sống tại trung tâm phục hồi chức năng bệnh viện Bạch Mai. *Khóa luận tốt nghiệp Dược sĩ*, Trường Đại học Dược Hà Nội.
2. **Nguyễn Thị Kim Liên, Lương Tuấn Khanh (2011).** Nghiên cứu rối loạn chức năng bàng quang co thắt trên bệnh nhân tổn thương tủy sống*. Tạp chí Y học lâm sàng*, 61, 15 - 21.
3. **Ryu KH. et al (2011).** Results of urine culture and antimicrobial sensitivity tests according to the voiding method over 10 years in patients with spinal cord injury*. Korean J Urol*. 52(5), 345 - 9.
4. **Martins CF et al (2013).** Urinary tract infection analysis in a spinal cord injured population undergoing rehabilitation – how to treat?*. Spinal cord*. 51, 193 - 195.
5. **Bộ Y tế, GARP (2009).** Báo cáo sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh tại 15 bênh viện tại Việt Nam 2008-2009.
6. **Nhóm nghiên cứu quốc gia của GARP - VN (2010).** Phân tích thực trạng sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh ở Việt Nam*.*
7. **Phạm Hùng Vân và cộng sự (2010).** Nghiên cứu đa trung tâm về tình hình đề kháng imipenem và meropenem của trực khuẩn Gram (-) dễ mọc: kết quả trên 16 bệnh viện tại Việt Nam*. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh,* 14 (phụ bản của số 2), 279 - 286.

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT BENTALL TẠI VIỆN TIM MẠCH - BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Dương Đức Hùng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật Bentall tại bệnh viện Bạch Mai. ***Đối tượng và phương pháp:*** Nghiên cứu hồi cứu trên 44 bệnh nhân được thực hiện phẫu thuật Bentall đơn thuần hoặc phối hợp với phẫu thuật khác tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/2013 đến tháng 3/2016. ***Kết quả:*** Tuổi trung bình 49,8 ± 13,8, nam giới chiếm 72,7%. Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ gặp nhiều nhất với tỷ lệ 45,5% và phần lớn bệnh nhân (72,7%) khi nhập viện có NYHA III - IV. Thời gian chạy máy tim phổi nhân tạo là 110,30 ± 58,69 (phút) và thời gian cặp động mạch chủ là 64,46 ± 27,22 (phút). Thời gian nằm viện trung bình là 15,16 ± 11,05 ngày với biến chứng sau mổ hay gặp nhất là tràn dịch, tràn khí màng phổi (22,7%). Tử vong tại viện là 9,1%. ***Kết luận:*** Đối với bệnh lý van và gốc ĐMC, phẫu thuật Bentall là một sự lựa chọn hợp lý với kết quả sớm tốt.

SUMMARY

SHORT – TERM RESULT OF BENTALL PROCEDURE IN VIETNAM HEART INSTITUTE, BACHMAI HOSPITAL

Aim of the study: To assess the early results of Bentall procedure at Vietnam Heart Institute – Bachmai Hospital. ***Methods and Objectives***: Retrospective analysis of records of 44 patients underwent Bentall procedure from January, 2013 to Mar, 2016. ***Results***: The mean age was 49,8 ± 13,8 years, male patients were 72,7%. Hypertension was the major risk factor (45,5%) and of these patients, 72,7% were NYHA III - IV. Mean CPB time was 110,30 ± 58,69 (min) and mean aortic cross clamp time was 64,46 ± 27,22 (min). Average hospital stay time was 15,16 ± 11,05 (day). The most common complication postoperative was heamothorax and pneumothorax (22,7%). Hospital mortality rate was 9,1%. ***Conclusion***: Bentall procedure provided good short - term results for treatment of diseases of aortic root at our hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình tách động mạch chủ Stanford A Phẫu thuật thay gốc động mạch chủ (ĐMC) bằng ống mạch nhân tạo có gắn van và cắm lại các lỗ vành được Bentall và De Bono mô tả lần đầu năm 1968 [1]. Từ đó đến nay phẫu thuật này đã được áp dụng rộng rãi trong điều trị nhiều loại bệnh khác nhau liên quan đến van động mạch chủ, gốc động mạch chủ và động mạch chủ lên. Kỹ thuật mổ cũng đã có nhiều thay đổi, cải tiến để đem lại hiệu quả nhiều hơn cho bệnh nhân [2]. Tại Đơn vị Phẫu thuật Tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai, phẫu thuật Bentall được áp dụng rộng rãi trong vài năm trở lại đây. Vì vậy, nghiên cứu hồi cứu này được tiến hành nhằm mục đích đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 44 bệnh nhân (BN) được phẫu thuật Bentall tại Đơn vị Phẫu thuật tim mạch, Viện Tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 01/2013 đến tháng 03/2016. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

Chỉ định của phẫu thuật Bentall bao gồm: lóc tách ĐMC type A có hở van ĐMC nhiều không thể bảo tồn được; bệnh lý van ĐMC cần phải thay van nhân tạo có kèm theo gốc ĐMC giãn rộng trên 45 mm; bệnh lý van ĐMC và giãn ĐMC lên ở những bệnh nhân có hội chứng Marfan (gốc ĐMC giãn trên 55mm).

Kỹ thuật mổ: theo quy trình chuẩn đã được phê duyệt bởi Hội đồng khoa học của Bệnh viện.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của các bệnh nhân

Tuổi trung bình là 49,8 ± 13,8.

Tuổi bệnh nhân trẻ nhất là 20, già nhất là 73.

Phần lớn bệnh nhân là nam giới với tỷ lệ 72,7%.

Các yếu tố nguy cơ: phần lớn bệnh nhân có tăng huyết áp (45,5%), 6,8 % có đái tháo đường, bệnh lý mạch vành kèm theo là 9,1 %, tiền sử bệnh lý Marfan là 6,8%.

Trong số các bệnh nhân của chúng tôi có 14 bệnh nhân (31,8%) được mổ cấp cứu, 30 bệnh nhân (68,2%) mổ cấp cứu có trì hoãn.

** Viện Tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai*
Chịu trách nhiệm chính: Dương Đức Hùng
Email: duongdh38@gmail.com
Ngày nhận bài: 15.10.2016
Ngày phản biện khoa học: 20.12.2016
Ngày duyệt bài: 27.12.2016

Bảng 1 Đặc điểm bệnh lý gốc ĐMC và van ĐMC

Đặc điểm	N (%)
Bệnh lý gốc ĐMC	
Giãn sau hẹp	6 (13,6)
Phình gốc ĐMC do xơ vữa	5 (11,4)
Giãn ĐMC do hội chứng Marfan	13 (29,5)
Lóc tách ĐMC cấp	12 (27,3)
Lóc tách ĐMC mạn	8 (18,2)
Đường kính chỗ rộng nhất của gốc ĐMC (mm±SD)	61,62 ± 12,17
Bệnh lý van ĐMC	
Hở van ĐMC	
Độ I (hoặc không hở)	5 (11,4)
Độ II	5 (11,4)
Độ III	3 (6,8)
Độ IV	31 (70,5)
Van ĐMC có 2 lá van	8 (18,2)
Bệnh lý van tim khác	
Van hai lá	8 (18,2)
Van ba lá	4 (9,1)

3.2. Đặc điểm trong mổ

Bảng 2 Các thông số về kỹ thuật trong mổ.

Đặc điểm	N (%)
Vị trí canule động mạch	
ĐMC lên	22 (50,0)
ĐM nách phải	19 (43,2)
ĐM đùi	3 (6,8)
Thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể	
Thời gian chạy máy (phút±SD)	110,30 ± 58,69
Thời gian cặp ĐMC (phút±SD)	64,46 ± 27,22
Thời gian ngừng tuần hoàn (phút±SD)	26,94 ± 15.30 **(n=17)**
Cách khâu van	
Khâu mũi rời có độn	27 (61,4)
Khâu mũi vắt	17 (38,6)
Phẫu thuật kèm theo	
Sửa van hai lá	7 (15,9)
Thay van hai lá	2 (4,5)
Sửa van ba lá	3 (6,8)
Bắc cầu chủ vành	6 (13,6)
Thay bán quai ĐMC	15 (34,1)
Thay toàn bộ quai ĐMC	2 (4,5)

Thời gian chạy máy nhanh nhất là 51 phút, lâu nhất là 370 phút

Thời gian cặp ĐMC nhanh nhất là 28 phút, lâu nhất là 169 phút

Có 17 BN phải ngừng tuần hoàn để sửa chữa quai hoặc bán quai với thời gian ngừng tuần hoàn nhanh nhất là 9 phút, lâu nhất là 66 phút.

4.3. Kết quả sớm sau mổ

Bảng 3 Kết quả sớm sau mổ

Kết quả	N (%)
Tử vong	4 (9,1)
Ngày nằm viện trung bình	15,16 ± 11,05
Chế phẩm máu dùng trong và sau mổ	
Khối HC	6,10 ± 4,24
Khối TC máy	1,93 ± 3,03
Khối plasma	4,12 ± 2,81

Biến chứng sớm sau mổ (n=42)	
Mổ lại do chảy máu	0 (0,0)
Mổ do nguyên nhân khác	1 (2,3)
Block nhĩ thất các mức độ	0 (0,0)
Suy thận phải lọc máu	2 (4,5)
Suy đa tạng	2 (4,5)
Tràn dịch, tràn khí màng phổi	10 (22,7)
Nhiễm trùng vết mổ	3 (6,8)
Nhiễm trùng xương ức	1 (2,3)
Nhiễm trùng huyết	1 (2,3)
Nhiễm trùng phổi	3 (6,8)
Tai biến mạch máu não	2 (4,5)

Có 4 BN tử vong do hội chứng giảm cung lượng tim ngay sau mổ (3 BN) và do suy đa tạng (1 BN). 4 BN trên có đặc điểm chung khác là phải thực hiện cùng lúc nhiều phẫu thuật: 2 BN phải thay bán quai ĐMC, 1 BN thay quai ĐMC và 1 BN bắc cầu chủ vành. 1 BN phải mổ do có tụ máu lớn quanh vết chọc động mạch cánh tay gây chèn ép. Tràn dịch/tràn khí màng phổi phải dẫn lưu là biến chứng hay gặp nhất với tỷ lệ 22,7%.

IV. BÀN LUẬN

Hơn 4 thập kỷ trước (1968), Bentall và De Bono lần đầu tiên mô tả phương pháp thay toàn bộ gốc ĐMC trong những trường hợp phình gốc có kèm theo van ĐMC bị giãn. Các tác giả đã khâu ống mạch nhân tạo vào vòng van của một chiếc van bi Starr cỡ 13 rồi thay gốc ĐMC bằng cả cụm này. Các lỗ vành được khâu vào thành của ống mạch nhân tạo và đầu xa của ống mạch này được nối với ĐMC lên [1].

Lựa chọn loại ống mạch có gắn van cơ học hay van sinh học để thay cho bệnh nhân phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: tuổi, nguyện vọng không dùng thuốc chống đông hoặc chống chỉ định dùng thuốc này. Trên thị trường Việt Nam hiện nay mới chỉ cung cấp loại ống mạch nhân tạo có gắn sẵn van cơ học các cỡ khác nhau mà chưa có loại ống mạch gắn sẵn van sinh học. Để giải quyết vấn đề này, các trung tâm đã tự chế ra ống mạch nhân tạo có gắn van sinh học (khâu van sinh học vào ống mạch nhân tạo) rồi sử dụng cho bệnh nhân. Theo nghiên cứu của Etz CD, Bischoff MS, và cộng sự trên 597 BN được phẫu thuật Bentall cho thấy tỷ lệ sử dụng ống van sinh học chiếm nhiều hơn với 307 BN trong khi 290 BN dùng ống van cơ học [3]. Ở nghiên cứu của chúng tôi có 4 BN (9,1%) dùng ống van sinh học (tự chế): 3/4 là BN trên 65 tuổi và 1 BN nữ có nhu cầu sinh nở.

Một trong những phần kỹ thuật chính của phẫu thuật Bentall là cách khâu vòng van nhân tạo vào với vòng van ĐMC. Hầu hết các tác giả đều thống nhất cách sử dụng mũi khâu rời với chỉ dệt 2.0 có kèm mảnh độn và khâu kiểu từ ngoài vào (everted) để cho vòng van nhân tạo được đặt nằm trong vòng van ĐMC (intra-anulus) [1]. Tại bệnh viện chúng tôi, ngoài kỹ thuật khâu rời này, trong một số trường hợp mà mô vòng van không quá mủn nát, chúng tôi thực hiện kỹ thuật khâu vắt với duy nhất một sợi chỉ Polypropylene 3.0. Lợi ích của kỹ thuật này là rút ngắn thời gian khâu và buộc chỉ, qua đó rút ngắn thời gian cặp động mạch chủ (59,82 ± 30,22 phút) cũng như thời gian chạy máy tuần hoàn ngoài cơ thể (98,41 ± 44,59 phút). Áp dụng kỹ thuật này đã làm giảm thời gian cặp ĐMC và thời gian chạy máy rất có ý nghĩa trong lâm sàng mặc dù chưa có ý nghĩa thống kê. Một BN trong nghiên cứu này được sử dụng kỹ thuật khâu vắt có thời gian cặp ĐMC là 28 phút. Trong nghiên cứu của Etz CD và cộng sự trên 597 bệnh nhân, thời gian chạy máy và cặp ĐMC lần lượt là 252 ± 60 phút và 176 ± 49 phút [3]. Tác giả Hyun-Chel J với nghiên cứu gồm 218 bệnh nhân trong vòng 28 năm cũng có kết quả tương tự (210 ± 78 phút và 146 ± 51 phút) [4]. Để rút ngắn được những thời gian trên, ngoài việc có kỹ năng thuần thục của phẫu thuật viên cũng như kíp mổ thì việc thay đổi những kỹ thuật cũ cũng góp phần quan trọng. Tuy nhiên để đánh giá đầy đủ lợi ích và biến chứng của kỹ thuật này, cần có những nghiên cứu được thiết kế chi tiết hơn được tiến hành trong thời gian tới.

Kỹ thuật quan trọng nhất trong phẫu thuật Bentall là làm miệng nối lỗ vành vào ống gắn van. Cách nối 2 lỗ vành để nguyên cả thành ống ĐMC vào ống mạch mà Bentall và De Bono thực hiện lần đầu (inclusion technique) giờ đã không còn được sử dụng nữa do khả năng bị giả phồng miệng nối ĐM vành, đặc biệt ở những BN Marfan [4]. Thay vào đó là kỹ thuật cải tiến của Kouchoukos và cộng sự năm 1991 là cắt rời hoàn toàn hai lỗ vành thành hai núm (open button technique) rồi phẫu tích tự do ra khỏi tổ chức

liên kết xung quanh để nối vào ống gắn van. Đây cũng là kỹ thuật từ trước đến nay được áp dụng cho tất cả các bệnh nhân được phẫu thuật Bentall tại trung tâm của chúng tôi. Ngoài ra, đối với những trường hợp đã từng có phẫu thuật tại gốc ĐMC, khi hai lỗ vành không thể phẫu tích rời ra, chúng tôi sử dụng kỹ thuật Cabrol: khâu 2 lỗ vành vào với một ống mạch nhân tạo số 6, rồi nối ống này vào ống gắn van [2]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi không gặp bất cứ biến chứng sớm nào liên quan đến vấn đề mạch vành như nhồi máu cơ tim sau mổ, rò miệng nối lỗ mạch vành - ống van... Để đánh giá kết quả lâu dài, những bệnh nhân trong nghiên cứu này vẫn được chúng tôi tiếp tục thăm khám và theo dõi một cách liên tục.

Chảy máu sau mổ trong phẫu thuật Bentall đòi hỏi phải mổ lại là một biến chứng không hiếm gặp. Tỷ lệ này khoảng 3,4% - 9,6% ở các trung tâm khác nhau [3][4][5]. Với việc sử dụng keo sinh học gia cố cho đường khâu trung tâm, đường khâu lỗ vành và đầu xa với ĐMC một cách hệ thống đã hạn chế tối đa biến chứng chảy máu ở trung tâm của chúng tôi: không có bệnh nhân nào phải mổ lại vì chảy máu sau mổ.

Trong những năm gần đây, một số kỹ thuật mới gọi là bảo tồn van ĐMC được phát triển để áp dụng trong những trường hợp có giãn gốc ĐMC hoặc lóc tách ĐMC nhưng lá van vẫn chưa bị hỏng. Ưu điểm của phương pháp này là tránh việc phải sử dụng thuốc chống đông để hạn chế những biến chứng của nó [6]. Tuy nhiên kỹ thuật này tương đối phức tạp và đòi hỏi sự thuần thục của phẫu thuật viên nên ảnh hưởng nhiều đến thời gian mổ cũng như kết quả lâu dài sau mổ. Để so sánh kết quả lâu dài giữa hai phương pháp, nghiên cứu cộng gộp của Benedetto và cộng sự gồm 11 nghiên cứu với 1385 bệnh nhân có hội chứng Marfan được phẫu thuật hoặc theo kỹ thuật Bentall hoặc theo kỹ thuật bảo tồn đã được tiến hành. Kết quả cho thấy tỷ lệ tuyến tính phải can thiệp lại ở nhóm bảo tồn cao gấp 4 lần ở nhóm Bentall (1,3%/năm so với 0,3%/năm). Ngược lại, biến cố do xuất huyết ở nhóm bảo tồn thấp hơn so với nhóm Bentall (0,3%/năm so với 0,7%/năm, p = 0,01) [7]. Lựa chọn phương pháp nào trong những phương pháp trên cho từng trường hợp cụ thể vẫn là vấn đề còn tranh cãi [2][6][7], tuy nhiên với mức độ an toàn của phẫu thuật, khả năng thuần thục kỹ thuật cũng như kỳ vọng lâu dài, chúng tôi chọn kỹ thuật Bentall trong phần lớn những bệnh nhân có chỉ định ở trung tâm của mình.

Tỷ lệ tử vong sớm sau phẫu thuật Bentall được báo cáo khoảng 1,9% - 7,3% tuỳ từng tác giả. Mặc dù có nhiều khác biệt về đặc điểm bệnh nhân giữa các nhóm nghiên cứu nhưng hầu hết các tác giả đều thống nhất là có sự khác biệt giữa nhóm mổ cấp cứu và nhóm theo kế hoạch [3][5]. Ở nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tử vong là 9,1% (4/44) trong đó có đến 3/4 là mổ cấp cứu do lóc tách ĐMC. Tỷ lệ tử vong như vậy là chấp nhận được và cũng tương đồng với các nghiên cứu khác. Với kết quả sớm tốt, cho đến nay phẫu thuật Bentall vẫn là lựa chọn đầu tay trong điều trị bệnh lý van và gốc ĐMC không những ở bệnh viện của chúng tôi mà còn ở những trung tâm lớn khác.

V. KẾT LUẬN

Đối với bệnh lý van động mạc chủ phối hợp với đoạn gốc động mạch chủ, phẫu thuật Bentall là một lựa chọn hợp lý và cho kết quả bước đầu khả quan nếu được tiến hành tại các trung tâm có cơ sở trang thiết bị tốt và có đội ngũ chuyên gia giàu kinh nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bentall H, De Bono A**. "A technique for complete replacement of the ascending aorta". *Thorax.* 1968;4:338-9.
2. **Kouchoukos NT, Wareing TH, Murphy SF, Perrillo JB**. "Sixteen-year experience with aortic root replacement. Results of 172 operations" *Ann Surg.* 1991;214:308-18.
3. **Etz CD, Bischoff MS, Bodian C, Roder F, Brenner R, Griepp RB, Luozzo GD.** "The Bentall procedure: is it the gold standard? A series of 597 consecutive cases" *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2010;140(6S):64-70.
4. **Hyun-Chel J, Byung-Chul C, Young-Nam Y, Kyung-Jong Y, Lee S.** "Clinical experience with the Bentall procedure: 28 years". *Yonsei Med J*. 2012;53(5):915-923.
5. **Svesson LG, Crowford ES, Hess KR, Coselli JS, Safi HJ**. "Composite valve graft replacement of the proximal aorta: comparison of techniques in 348 patients" *Ann Thorac Surg*. 1992;54:427-37.
6. **Hagl C, Strauch JT, Spielvogel D, Galla JD, Lansman SL, Squitieri R, et al. "**Is the Bentall procedure for ascending aorta or aortic valve replacement the best approach for long-term evet-free survival?" *Ann Thorac Surg.* 2003;76:698-703.
7. **Price J, Magruder JT, Young A, Grimm JC, Patel ND, Cameron DE, et al**. "Long-term outcomes of aortic root operations for Marfan syndrome: A comparision of Bentall versus aortic valve-sparing procedures" *J Thorac Cardiovasc Surg*. 2016;151(2):330-6.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA KỸ THUẬT OZIL TRONG PHẪU THUẬT PHACO CHO NHÂN CỨNG ĐỘ V

Nguyễn Quốc Đạt*

TÓM TẮT

Nghiên cứu trên 64 mắt mổ phaco, chia làm 2 lô: lô NC áp dụng phần mềm Ozil kiểu torsinal, lô chứng áp dụng phần mềm phaco truyền thống longitudinal. Qua nghiên cứu đã chứng minh: Ozil xử lý tốt đối với nhân cứng độ 5, có thời gian hồi phục nhanh hơn, an toàn suốt thời gian phẫu thuật: Tổng năng lương phaco sử dụng thấp hơn hẳn so với phaco truyền thống: Lô NC: 30,18 ± 6,03. Lô chứng: 38, 08 ± 5,14. Thời gian phaco: Lô NC: trung bình 67,9 ± 11,23 giây, lô chứng: trung bình 81,05 ± 12,27 giây. Lượng dịch sử dụng: Lô NC: trung bình sử dụng 71,13 ± 20,21 ml. lô chứng: trung bình sử dụng: 90, 72 ± 23,16 ml. Thị lực của lô NC hồi phục nhanh hơn hẳn, đạt ≥ 7/10 sau 1 ngày và sau 1 tuần: hai nhóm khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Kết luận: kiểu chuyển động torsinal của đầu phaco tip nên áp dụng cho các trường hợp nhân cứng, ngay cả nhân cứng độ 5.

***Từ khóa**:* Ozil, phaco truyền thống.

SUMMARY

EVALUATION ON THE EFFECTIVENESS OF OZIL TECHNIQUE IN PHACO SURGERY FOR THE HARD NUCLEUS OF 5th LEVEL

Randomized controlled clinical Trials on 64 eyes devided into 2 different groups: the study group applied Ozil software of torsinal modal and the control group used traditional phaco with longitudinal modal. This reseach has proved that Ozil modal can serve perfectly the hard nucleus cataracts of 5th level. Ozil quickly brings the patients the good visual acuity, and safety during the time of surgery. Total of Ozil phaco energy is considerably lower in comparision with traditional phaco. (30,18 ± 6,03 v/s 38, 08 ± 5,14). US time: study group is 67,9 ± 11,23 seconds, control group is 81,05 ± 12,27 seconds. The mean volume of used fluid: study group is 71,13 ± 20,21 ml, control group is 90, 72 ± 23,16 ml. The study group has been restored VA quickly, ≥ 7/10 on the first day and one week is higher than control group. So, Ozil should be done for any hard nucleus even 5th hard level.

***Keywords**:* Ozil, traditional phaco

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đục thể thủy tinh là nguyên nhân gây mù hàng đầu ở nước ta và phương pháp điều trị duy nhất là phẫu thuật. Nhờ sự tiến bộ nhanh chóng của công nghệ máy tính, các phương tiện phẫu thuật ngày càng hiện đại tạo mọi điều kiện tối ưu cho phẫu thuật viên giải quyết nhanh chóng an toàn tất cả các trường hợp có chỉ định: phương pháp PHACO ra đời và liên tục ứng dụng công nghệ mới. Một trong những yếu tố quan trọng trong xử lý nhân là kiểu di động của phaco tip. Khác với phaco truyền thống (đầu tip di chuyển trước-sau), Phaco Ozil là phaco torsional, nhờ có chuyển động xoay phải-trái giúp cắt nhân dễ hơn và tạo ra mức thu hút nhân tốt hơn các kỹ thuật khác [3],[4].

Tại nước ta đã nhiều nơi trang bị máy phaco có kỹ thuật Ozil nhưng một bộ phận phẫu thuật viên vẫn còn do dự khi chuyển đổi sang kỹ thuật này nhất là việc xử lý các nhân cứng. Họ chờ đợi những tổng kết đánh giá cụ thể trên lâm sàng [1],[2]. Đề tài này nhằm chứng minh chế độ phaco Ozil (torsional) vẫn giải quyết tốt mọi độ đục nhân mà phaco truyền thống đã phải gặp [5], mang tính thời sự cao, sẽ là một tham khảo ích lợi và tạo ra một sự nền tảng tốt để các phẫu thuật viên phaco mạnh dạng áp dụng phaco Ozil cho các trường hợp nhân cứng độ 5 và xác định rõ 2 mục tiêu:

1.Xác định tính hiệu quả: TL, tổng năng lượng, thời gian phaco, lượng dịch sử dụng.

2.Xác định tính an toàn của phẫu thuật trên nhân cứng độ 5.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu:

Mắt đục TTT tuổi già được phẫu thuật từ tháng 6/2013 đến 6/2014 tại Bệnh viện Mắt Đà Nẵng.

+ Tiêu chuẩn chọn lựa:

- Đục TTT nhân cứng độ 5
- Có chỉ định phaco
- Có điều kiện theo dõi tái khám

+ Tiêu chuẩn loại trừ:

- Có các bệnh lý toàn thân: ĐTĐ, tăng HA, lao…
- Có các bệnh lý tại mắt: Giả long bao, đồng tử không giãn…đã cắt bè hay can thiệp nội nhãn khác…
- Cận thị trục, chấn thương, glôcôm…

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng có đối chứng ngẫu nhiên (RCT: Randomized controlled clinical Trials)

** Bệnh viện Mắt Đà Nẵng*
Chịu trách nhiệm chính: *Nguyễn Quốc Đạt*
Email: *doctordat@gmail.com*
Ngày nhận bài: 22.10.2016
Ngày phản biện khoa học: 20.12.2016
Ngày duyệt bài: 27.12.2016

$$n = \frac{\left(Z_{\alpha/2}\sqrt{2\bar{p}(1-\bar{p})} + Z_{(1-\beta)}\sqrt{p_1(1-p_1)+p_2(1-p_2)}\right)^2}{(p_1-p_2)^2}$$

Trong đó: α = 0,05, β = 0,2, p1: tổng năng lượng phaco (E^0) của lô nghiên cứu (Ozil), p2: tổng E^0 của lô chứng (phaco truyền thống).

Theo các NC của BS *Cesar và Espiritu* : p1= 28,8 và p2= 38,2.

- Cỡ mẫu: thay vào công thức có được: n1 ≥32 , n2 ≥32.

Chúng tôi chọn cỡ mẫu n1 = n2 = 32

- Lô NC mổ chế độ Ozil (máy Infiniti), lô chứng dùng chế độ phaco truyền thống (trên máy Laureate)
- Theo dõi: 1 ngày, 1 tuần, 1 tháng có phiếu theo dõi riêng.
- Đánh giá: thời gian sử dụng phaco và tổng năng lượng phaco cho từng mắt phẫu thuật, TL (sau mổ, thời gian hồi phục TL cao nhất sau mổ), biến chứng trong mổ, sau mổ (vết mổ, xẹp TL, mống mắt…)
- Xử lý số liệu bằng SPSS11.5
- Kiểm định: χ2 hiệu chỉnh, Fisher chính xác, t student, trị số p,

2.3 Phương tiện nghiên cứu:

- Máy phaco Infiniti (Alcon), dùng Ozil với IP mặc định ở 95%.
- Máy phaco Laureate (Alcon): dùng phaco truyền thống.
- Bộ vi phẫu phaco, thể thủy tinh nhân tạo mềm một mảnh, nhầy phẫu thuật Duovics, vết mổ với dao mổ 2.2MM cho lô 1 và 2.8MM cho lô 2.
- Máy siêu âm A và B. Nhãn áp kế Schiotz.
- Kính hiển vi phẫu thuật OMS-800
- Máy đo khúc xạ giác mạc: tính K1 và K2

+ Kỹ thuật phaco: Stop & Chop cho cả 2 lô, tê cạnh nhãn cầu, thuốc KS trong mổ Vancomycin 1mg/0,1ml. Sau mổ: nhỏ Vigamox, Tobradex.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian 12 tháng từ tháng 6/2013 - 06/2014 chúng tôi đã tiến hành cho 64 mắt phẫu thuật phaco nhân cứng độ 5 theo tiêu chuẩn chọn lựa và loại trừ nêu ra, bao gồm 2 lô, mỗi lô 32 mắt.

3.1 Đặc điểm của mẫu nghiên cứu:

- Giới tính:

Bảng 1: Giới tính

Mẫu NC	Nam	Nữ	Tỉ lệ nam/nữ	Tổng cộng
Lô NC (n1)	11	21	52,4%	32
Lô chứng (n2)	12	20	60,0%	32
Tổng cộng	**23**	**41**	**56,1%**	**64**

- Tỉ lệ: nam/nữ của lô NC là 52,4%, lô chứng là 60,0%. Khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p = 0,675

- Tuổi:

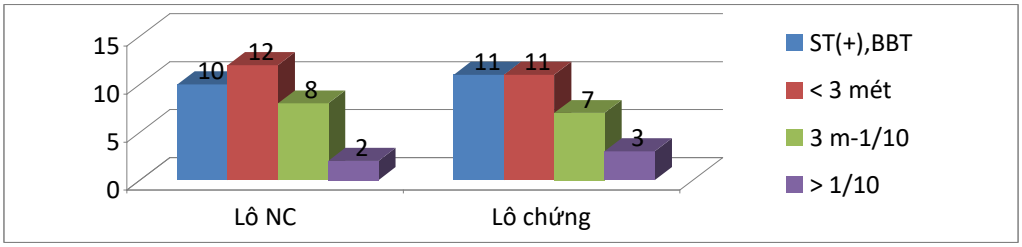
Bảng 2: Tuổi

Tuổi	Lô NC		Lô chứng		Tổng cộng	
	N1	%	N2	%	N	%
61-70	4	*12,5%*	5	*15,6%*	9	*14,0%*
71-80	10	*31,3%*	9	*28,1%*	19	*29,7%*
81-90	16	*50,0%*	17	*53,1%*	33	*51,6%*
> 90	2	*06,2%*	1	*03,2%*	3	*04,7%*
Tổng cộng	**32**	***100,0%***	**32**	***100,0%***	**64**	***100,0%***

Tuổi nhỏ nhất là 65, lớn nhất là 99. Tuổi trung bình chung hai lô là 77,76 ± 8,31. Có 51,6% tuổi trên 80 và 81,3% trên 70. Các bậc thang tuổi 2 lô tương đồng, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,1

- Thị lực trước mổ

Biểu đồ 1:Thị lực trước mổ



Phần lớn có TL trước mổ < 3 mĐNT (< 3/60) chiếm tỉ lệ: 68,75%, Các nhóm thị lực trước mổ tương ứng trong 2 lô đều có p > 0,05.

- *Nhãn áp trước mổ*: Tất cả 64 mắt trong giới hạn nhãn áp bình thường, trung bình của lô NC = 16,03. Lô chứng: 16,12. Có p = 0,88

3.2 Hiệu quả của kỹ thuật Ozil

- *Tổng năng lượng phaco(E)*

Tổng năng lượng phaco trung bình:

- Lô NC: 30,18 ± 6,03
- Lô chứng: 38, 08 ± 5,14

- *Thời gian phaco (tính bằng giây)*
- Lô NC: trung bình 67,9 ± 11,23 giây
- Lô chứng: trung bình 81,05 ± 12,27 giây Kiểm định χ^2, p < 0,01

- *Lượng dịch sử dụng*
- Lô NC: trung bình sử dụng 71,13 ± 20,21ml
- Lô chứng: trung bình sử dụng: 90,72 ± 23,16 ml, Có p < 0,005.

Nhờ cài đặt hợp lý, rút ngắn thời gian phẫu thuật giúp cho lượng dịch sử dụng vừa đủ

3.3 Biến chứng liên quan đến 2 kỹ thuật:

Giai đoạn	Các biến chứng		Lô NC	Lô chứng
Trong mổ	Bỏng vết mổ		1 *(3,10%)*	6 *(18,75%)*
	Rách bao sau		0	0
	Rách mống mắt		0	1 *(03,13%)*
	Các biến chứng khác		0	0
Sau mổ	Xẹp tiền phòng		0	1*(03,13%)*
	Phù giác mạc	Nặng	0	0
		Vừa	0	2 *(06,25%)*
		Nhẹ	2 *(6,25%)*	4 *(12,50%)*
	Loạn dưỡng giác mạc		0	0
	Các biến chứng khác (viêm MBĐ, xuất huyết nội nhãn, mủ nội nhãn, bong võng mạc…)		0	0
TC			**3** *(9,38%)*	**14** (*43,75%)*

- Biến chứng vết mổ, tổn thương giác mạc và mống mắt khác biệt đáng kể: lô NC chỉ có 3 mắt tổn thương nhẹ hồi phục nhanh, lô chứng có đến 14 mắt chịu tổn thương.

3.4 Kết quả thị lực (có chỉnh kính): Thị lực trung bình của mỗi lô sau mổ:

Thị lực (không kính)	1 ngày		1 tuần		1 tháng	
	Lô NC	Lô chứng	Lô NC	Lô chứng	Lô NC	Lô chứng
1/10-3/10	0	4(12,50%)	0	2(6,25%)	0	0
4/10 – 6/10	12(37,5%)	15(46,9%)	11(34,38%)	13(40,62%)	6(18,75%)	7(21,87%)
≥ 7/10	20(62,5%)	13(40,62%)	21(65,62%)	17(53,13%)	26(81,25%)	25(78,13%)
TC	32	32	32	32	32	32

- Thị lực đạt ≥ 7/10 sau 1 ngày và sau 1 tuần: hai nhóm khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Tuy nhiên sau 1 tháng thì sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê nữa với p >0,05. Vậy lô NC hồi phục thị lực ≥ 7/10 nhanh hơn. Sau 1 tháng thì lô chứng mới đạt xấp xỉ lô NC. Cả 2 lô do bệnh nhân tuổi già (trung bình là 77,76), hầu hết có thoái hóa hoàng điểm tuổi già AMD nên thị lực không thể đạt được như bệnh nhân trẻ tuổi ở các nghiên cứu của các tác giả khác.

- *Nhãn áp:* cả 2 lô không có mắt nào tăng nhãn áp sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

- Ozil hiệu quả hơn phaco truyền thống:

Lô NC có tổng E^0 thấp hơn nhiều với khác biệt có ý nghĩa thống kê, p = 0,026

Trên máy phaco cuối mỗi trường hợp phẫu thuật đều cho bảng tổng kết các chỉ số đã sử dụng. Chế độ Ozil nhờ có hướng chuyển động đầu phaco tip qua lại của phaco tip Kelman 20 độ cong, vát 60 độ, d= 0.9mm, xoay ngang qua lại 32000 lần/s (cả 2 chiều đều tác dụng cắt: 64000/s) nên tác dụng cắt nhân rất hiệu quả. Có 3 thì chính được cài đặt phù hợp với mục đích:

- Thì đào rãnh nhân: Vac = 80, Power (Ozil continuous) 100, lực hút = 34 mg
- Thì Chop và hút nhân: Vac = 380, Ozil Burst :limit 100, on 120, off 20, lực hút = 38 mg
- Thì lấy lớp epi: Vac 200, Ozil continuous 50, lực hút = 30mg

Tổng năng lượng giảm đi vì: tác dụng cắt cả hai hướng qua lại của phaco tip, dùng Burst hạn chế thời gian phí ("công vô ích") và các thì đều

có cài đặt giới hạn dưới cho các chỉ số [6]. Chính vì thế tổng năng lượng được giảm đi đáng kể và rút ngắn thời gian phaco mặc dù có cài đặt chế độ IP với ngưỡng 95% để hạn chế tắc nghẽn.

- Thời gian phaco của Ozil ngắn hơn:

Thời gian phaco được rút ngắn sẽ ít tác hại đến các mô cần giữ lại nguyên vẹn (giác mạc, mống mắt…). Ozil cắt nhanh và hiệu quả nhờ thêm tác dụng của chế độ Ozil Burst. Kỹ thuật này năng lượng chỉ tác dụng trực tiếp lên nhân và các mảnh nhân, hạn chế phaco phát trong thủy dịch. Ngoài ra tác dụng thu hút nhân phát huy tác dụng tốt hơn làm cho rút ngắn thời gian phaco và hạn chế di chuyển đầu phaco tip, ít gây ra tổn thương mống và giác mạc.

- Lượng dịch sử dụng trong phẫu thuật:

Nhờ cơ chế xoay qua lại của đầu kim phaco trong chế độ phần mềm Ozil giúp không phí lượng dịch vào tiền phòng, rút ngắn các thì cắt hút nhân. Lượng dịch Ringer Lactate là 71,13 ± 20,21 ml phù hợp với NC của Vasavada AR [7]

- Thị lực hồi phục nhanh khiến bệnh nhân hài lòng hơn: Sau 1 ngày và sau 1 tuần đề phục hồi tốt hơn lô chứng

V. KẾT LUẬN

Ozil nhân cứng độ 5 trong phẫu thuật phaco qua nghiên cứu này thể hiện những kết luận như sau:

5.1 Về tính hiệu quả:

- Tổng năng lương phaco sử dụng thấp hơn hẳn so với phaco truyền thống: Lô NC: 30,18 ± 6,03. Lô chứng: 38, 08 ± 5,14

- Thời gian phaco: Lô NC: trung bình 67,9 ± 11,23 giây. Lô chứng: trung bình 81,05 ± 12,27 giây.

- Lượng sử dụng: Lô NC: trung bình sử dụng 71,13 ± 20,21 ml. Lô chứng: trung bình sử dụng: 90, 72 ± 23,16 ml

- Hồi phục thị lực nhanh hơn

5.2 Về tính an toàn:

Biến chứng trong và sau phẫu thuật của lô NC ít hơn hẳn so với lô chứng. Tỉ lệ chỉ 3 trong tổng 17 ca có biến chứng (chiếm 17,6%)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Khúc T Nhụn:** "Tán nhuyễn TTT bằng siêu âm phối hợp đặt TTT nhân tạo qua đường rạch giác mạc bậc thang phía thái dương". *Luận án TS Y học,* ĐH Y Hà Nội (2006).
2. **Nguyễn Quốc Toản, Trần Thị Phương Thu (2003)** " So sánh kết quả mổ đục TTT nhân cứng bằng kỹ thuật nhũ tương hóa và ngoài bao", *Tạp chí Y học TP Ho Chi Minh tập 7 phụ bản 1, tr 128-134.*
3. **Berdahl JP et al (2008)** " Comparision of a torsional handpiece through microincision versus standard clear corneal cataract wounds", *chap. 4, pp 56-65*
4. **Borasio E et al (2006)** "Surgically induced astigmatism after phacoemulsification in eye with mild to moderate corneal astigmatism. Temporal v/s on-axis clear corneal incision" *J Cataract Refract Surg, vol 32, pp 565-572.*
5. **Kuszak JR, Costello MJ (2006)** "Embryology and Anatomy of Human lenses". *Duane's Ophthalmology on CD-ROM Chapter 71 A.*
6. **Tjia Ka. (2006)** "Torsinal better than longitudial US in phaco". *Ophthalmology Time, Meeting E-News, Sep 09.*
7. **Vasavada AR, Raj SM, Patel U, et al. *(2010)*** "Comparison of torsional and microburst longitudinal phacoemulsification: a prospective, randomized, masked clinical trial" *Ophthalmic Surg. Lasers Imaging,41(1):109-114*.

NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN GIỮA NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN Ở BỆNH NHÂN THỞ MÁY VỚI KỸ THUẬT CHĂM SÓC BỆNH NHÂN TẠI CÁC KHOA LÂM SÀNG BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn văn Chi*, Đặng Tuyết Thoa, Lê Thị Bình****

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm khuẩn bệnh viện ở bệnh nhân thở máy là biến chứng rất nghiêm trọng, làm tăng nguy cơ tử vong, tăng thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị, liệu việc chăm sóc bệnh nhân thở máy thường có liên quan với tình trạng viêm phổi bệnh viện ở bệnh nhân thở máy hay không. ***Mục tiêu:*** Nghiên cứu mối liên quan giữa viêm phổi bệnh viện ở bệnh nhân thở máy với việc chăm sóc bệnh nhân. ***Đối tượng và phương pháp:*** Nghiên cứu được thực hiện

**Bệnh viện Bạch Mai*
***Trường ĐH Thăng Long*
Chịu trách nhiệm chính: *Nguyễn Văn Chi*
Email: *chinvvn@yahoo.com*
Ngày nhận bài: 4.10.2016
Ngày phản biện khoa học: 21.12.2016
Ngày duyệt bài: 28.12.2016

trên 100 bệnh nhân thở máy tai một số Khoa Lâm sàng bệnh viện Bạch Mai, có chỉ định đặt ống nội khí quản hoặc mở khí quản – thở máy xâm nhập từ 01/2015 – 6/2015. ***Kết quả:*** Cho thấy tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện: 21% (viêm phổi thở máy: 14%, vừa viêm phổi thở máy và nhiễm khuẩn tiết niệu: 7%). Có sự liên quan giữa số ngày thở máy, thời gian lưu thông tiểu với nhiễm khuẩn bệnh viện. Liên quan giữa chăm sóc < 2 lần/ngày và ≥ 2 lần/ngày của hệ thống dây dẫn, nội khí quản/ mở khí quản, chăm sóc cuff, ống thông ăn, chăm sóc răng miệng, mắt mũi với viêm phổi thở máy. ***Kết luận:*** Viêm phổi bệnh viện ở bệnh nhân thở máy có mối liên quan chặt chẽ với kỹ thuật chăm sóc bệnh nhân.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn bệnh viện, viêm phổi thở máy, nhiễm khuẩn tiết niệu, ống nội khí quản, ống mở khí quản

SUMMARY

RESEARCH ON THE RELATIONSHIP BETWEEN HOSPITAL INFECTIONS IN PATIENTS WITH MECHANICAL VENTILATION WITH PATIENT CARE TECHNOLOGY IN CLINICAL MEDICINE BACH MAI HOSPITAL

Background: Hospital infections in patients receiving mechanical ventilation is a very serious complication, which increases the risk of death, increased length of hospital stay, increased costs of treatment, whether the care of ventilated patients often linked to the state of nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients or not. **Objective**: To study the association between nosocomial pneumonia in mechanically ventilated patients with the care of patients. **Subjects and Methods**: The study was performed on 100 patients ventilated at some clinical Department, Bach Mai Hospital, has appointed an endotracheal tube or tracheostomy - invasive mechanical ventilation from 01/2015 - 6/2015. **Results**: The nosocomial infection rate: 21% (pneumonia ventilator: 14%., both ventilated pneumonia and urinary tract infections: 7%). There is a link between the number of days of mechanical ventilation, length of catheterization with hospital infections. The link between care <2 times / day and ≥ 2 times / days of the wiring, endotracheal /tracheostomy, care cuff, tube feeding, oral care, eyes and nose with ventilator pneumonia . **Conclusion**: Pneumonia hospital in mechanically ventilated patients was closed correlation with patient care techniques.

Keywords: nosocomial infections, ventilator pneumonia, urinary tract infections, endotracheal tubes, tracheostomy tubes

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) đang trở thanh vấn nạn ở quy mô toàn cầu ở thế kỷ 21, NKBV là nhiễm khuẩn mắc phải trong thời gian nằm viện (48 giờ sau) nhiễm khuẩn này không hiện diện cũng như không ở trong giai đoạn ủ bệnh tại thời điểm nhập viện.

Việc chăm sóc bệnh nhân thở máy xâm nhập có đặt ống nội khí quản, mở khí trên BN nặng là vô cùng cần thiết, tuy nhiên đây cũng là một nguy cơ lớn gây nhiễm khuẩn mắc phải. Nhiễm khuẩn mắc phải là một trong những loại nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp, bởi những hậu quả của nó như làm tăng thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị và tăng tỉ lệ tử vong. WHO đã thực hiện một cuộc khảo sát tại 55 bệnh viện của 14 quốc gia đại diện cho 4 khu vực kết quả chỉ ra rằng 8,7% mắc NKBV. Tại Việt Nam, theo điều tra năm 2005, trong 19 bệnh viện trên toàn quốc, tỷ lệ NKBV là 5,7% [1]

Hiện nay, vai trò của điều dưỡng viên mới thấy rõ nét trong hoạt động chăm sóc sức khỏe mà chưa thấy hết những việc làm thiết thực hàng ngày đảm bảo an toàn người bệnh và ngăn ngừa sự lây nhiễm trong quá trình chăm sóc bệnh nhân từ những dụng cụ chăm sóc không đảm bảo vô khuẩn hoặc từ môi trường làm việc. Để thực hiện tốt vai trò, người điều dưỡng cần được thể hiện 25 tiêu chuẩn năng lực (110 tiêu chí) để đảm bảo an toàn cho người bệnh và ngăn ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện. Xuất phát từ những nhận xét trên, nghên cứu được tiến hành nhằm mục tiêu:

1. Nhận xét tình trạng nhiễm khuẩn bệnh viện ở bệnh nhân thở máy tại một số khoa lâm sàng bệnh viện Bạch Mai.

2. Mô tả một số yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn bệnh viện khi chăm sóc bệnh nhân thở máy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1.Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Khoa lâm sàng bệnh viện Bạch Mai
- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1 năm 2015 đến tháng 6 năm 2015.

2.2.Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- Nghiên cứu 100 bệnh nhân tại các khoa lâm sàng bệnh viện Bạch Mai trên 48 giờ, đang được thở máy. Không giới hạn tuổi, giới, nam, nữ, tình trạng bệnh tật của người bệnh.

2.3.Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân: Đã bị nhiễm khuẩn đường hô hấp trước khi nhập viện. Nuôi cấy bệnh phẩm đờm từ ống nội khí quản (hoặc MKQ) hoặc bệnh phẩm nước tiểu trước 48 giờ sau nhập viện có vi khuẩn gây nhiễm khuẩn đường hô hấp, NKTN.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu nghiên cứu: *Chọn cỡ mẫu thuận tiện, tất cả các bệnh nhân thở máy xâm nhập từ tháng 1 năm 2015 đến tháng 6 năm 2015.*

2.4.2. Phương pháp thu thập số liệu

Sử dụng bệnh án mẫu, thu thập số liệu từ các bảng theo dõi người bệnh, các kết quả xét nghiệm có trong bệnh án: Theo đúng mẫu thiết kế thiết lập (đúng protocol).

Lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm: lấy mẫu bệnh phẩm đúng qui trình

2.4.3.Các biến số và chỉ số thu thập

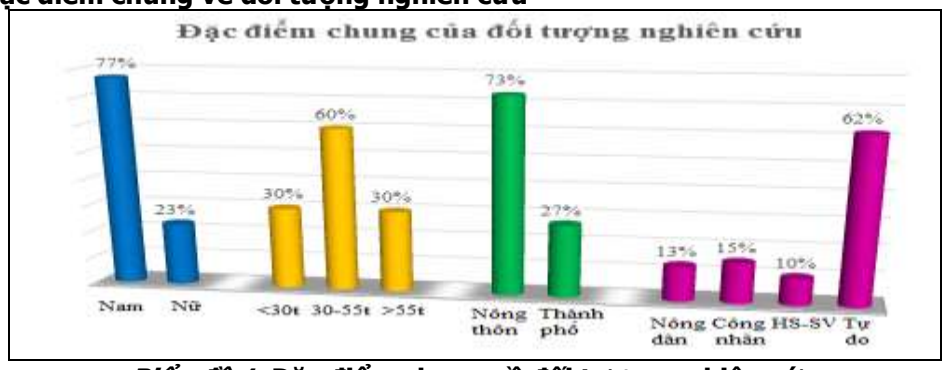
- Biến số nền: Tuổi, giới, nghề nghiệp, số ngày thở máy, số ngày lưu thông tiểu.
- Biến số lâm sàng: Dấu hiệu nhiễm khuẩn (Mặt đỏ, da nóng, hốc hác, nhiệt độ, mạch, tình trạng bệnh nhân thở máy…), nước tiểu (số lượng, màu sắc), vệ sinh răng miệng, chăm sóc ống nội khí quản/ mở khí quản (vệ sinh của hệ thống dây dẫn của máy thở, bẫy nước, …), tình trạng áp lực cuff (bóng chèn NKQ), chăm sóc ống thông ăn.
- Biến số cận lâm sàng: máu (bạch cầu >10.000 hoặc <4.000/mm^3), vi sinh (cấy đờm, nước tiểu tìm vi khuẩn)

2.4.4.Phương pháp tiến hành: Tất cả số liệu được ghi chép vào bảng theo dõi bệnh nhân theo đúng mẫu thiết kế đã thiết lập sẵn theo đúng Protocol, đó là "Phiếu theo dõi BN có thở máy".

2.5. Xử lý số liệu: Số liệu được thu thập qua phiếu thu thập số liệu và xử lý bằng phần mềm epiinfo 6.0 để tính các tỷ lệ %, trung bình trung và mối liên quan giữa các biến.

III.KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 1. **Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu**

Nhận xét: Biểu đồ 1 chỉ rõ, tỉ lệ bệnh nhân nam giới cao hơn hẳn so với nữ (77% so với 23%). Nhóm tuổi 30-55 chiếm nhiều nhất với 60%, nhóm tuổi dưới 30 và trên 55 có tỷ lệ bằng nhau là 20%. Nơi ở của đối tượng nghiên cứu sống nhiều ở vùng nông thôn hoặc vùng lân cận, chiếm 73%, ở thành phố 27% tổng số bệnh nhân. Các bệnh nhân chủ yếu là ở nhóm tự do chiếm tới 62%

3.2. Số ngày trung bình thở máy và số lần hút đờm/ngày

Bảng 1: Sự liên quan giữa số ngày thở máy và số lần hút đờm/ngày với VPTM

Biến số nghiên cứu	Bệnh nhân thở máy (n = 100)		P
	VPTM	Không VPTM	
Số ngày thở máy trung bình	12,48 ± 5,49	3,76±2,71	< 0,01
Số lần hút đờm/ ngày	7,37±0,86	7,14 ±1,82	> 0,05

Nhận xét: Bảng trên cho thấy, số ngày thở máy trung bình của bệnh nhân bị VPTM là 12,48 ± 5,49 (ngày) dài hơn so với bệnh nhân không bị VPTM là 3,76±2,71 (p< 0,01). Chưa tìm thấy sự khác biệt về số lần hút đờm trong ngày của cả 2 nhóm bị VPTM và không bị VPTM, tương đương nhau (7,37±0,86 lần/ngày và 7,14 ±1,82) lần/ngày)

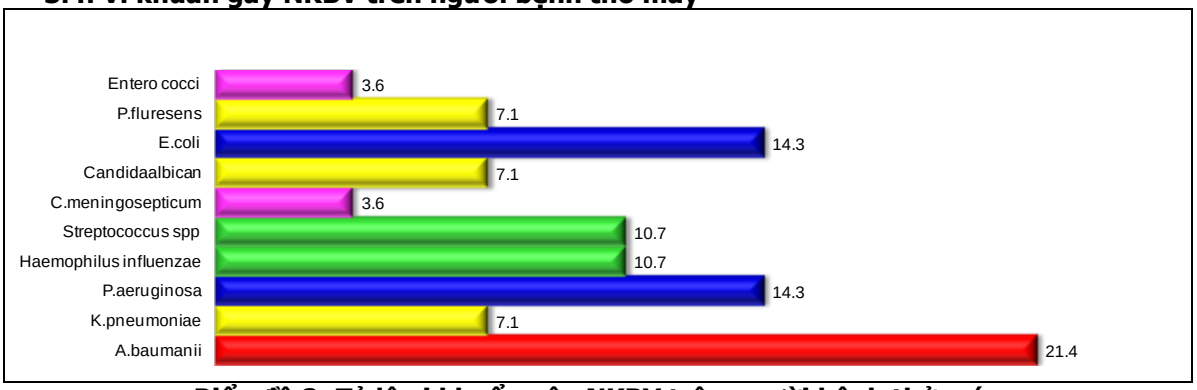
3.3.Tỉ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện ở bệnh nhân thở máy

Bảng 2. Tỷ lệ NKBV khi đang thở máy

Biến số nghiên cứu	Bệnh nhân thở máy (n = 100)		
	NKBV (n = 21)		Không NKMP
	VPTM	VPTM và NKTNMP	
Bệnh nhân thở máy	14 (14%)	7 (7%)	79 (79%)

Nhận xét: Bảng 1 cho biết, có 14 bệnh nhân bị VPTM chiếm 14%, có 7 bệnh nhân vừa bị VPTM vừa bị NKTNMP chiếm 7%.

3.4. Vi khuẩn gây NKBV trên người bệnh thở máy



Biểu đồ 2: Tỷ lệ vi khuẩn gây NKBV trên người bệnh thở máy

3.5. Một số yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn bệnh viện khi người bệnh thở máy

Bảng 3. Liên quan giữa sự chăm sóc bệnh nhân của điều dưỡng với VPTM

Biến số nghiên cứu		Bệnh nhân thở máy (n =100)		OR	P
		VPTM (n= 21)	Không VPTM (n=79)		
Chăm sóc hệ thống dây dẫn (ruột gà, bẫy nước, bình làm ẩm)	*<2 lần/ngày*	17 (81%)	12 (15,2%)	23,729	< 0,01
	≥2 lần/ngày	4 (19%)	67 (84,8%)		
Chăm sóc ống NKQ/ MKQ	*<2 lần/ngày*	17 (81%)	11 (13,9%)	26,273	< 0,01
	≥2 lần/ngày	4 (19%)	68 (86,1%)		
Chăm sóc cuff, ống thông cho ăn	*<2 lần/ngày*	16 (76,2%)	37 (46,8%)	3,632	< 0,05
	≥2 lần/ngày	5 (23,8%)	42 (53,2%)		
Chăm sóc răng, miệng, mũi, mắt	*<2 lần/ngày*	16 (76,2%)	16 (20,3%)	12,6	< 0,01

Nhận xét: bảng 3 cho thấy, có sự khác biệt rõ rệt và có ý nghĩa thống kê giữa chăm sóc hệ thống dây dẫn (ruột gà, bẫy nước, bình làm ẩm) với VPTM (p< 0,01., 23,729). Và giữa số lần chăm sóc ống nội khí quản/ mở khí quản với bệnh nhân VPTM (p < 0,01., OR = 26,273). Và giữa số lần chăm sóc cuff, ống thông ăn với VPTM (p< 0,05., OR:3,632). Và giữa sự chăm sóc răng miệng, mắt, mũi với VPTM (p< 0,01., OR: 12,6).

IV.BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Về giới tính: nam giới chiếm tỷ lệ gấp khoảng 3,3 lần so với nữ giới, tương tự với các nghiên cứu của Vũ Thị Yến (nam 60,4%) [7], kết quả của Nguyễn Thị Hương Giang (nam 63,3%) [3].

Về tuổi: nhóm tuổi < 30 và nhóm tuổi > 55, mỗi nhóm đều chiếm tỷ lệ 20%. Tỷ lệ cao nhất thuộc nhóm tuổi từ 30 – 55 (60%) gấp 3 lần so với hai nhóm tuổi trên. Có thể giải thích rằng đây là nhóm tuổi đang là độ tuổi lao động ra của cải vật chất cho xã hội, phải chịu nhiều áp lực, stress, đây cũng là nguyên nhân gây nên tình trạng bệnh lý phải can thiệp thở máy xâm nhập (đứt mạch máu não …).

Về nơi ở: bệnh nhân ở nông thôn chiếm đa số 73%, gấp khoảng 2,7 lần so với bệnh nhân ở thành phố (27%), tương tự với kết quả nghiên cứu của Vũ Thị Yến (nông thôn: 75,2%, thành phố 24,8%) [7]. Hoàn toàn có thể giải thích rằng bệnh nhân ở khu vực nông thôn chủ yếu là nông dân, lao động chân tay, chưa có kiến thức về nguy cơ đột quỵ hoặc một số trường hợp bị cấp tính trên bệnh mạn tính trong quá trình làm việc, chưa có kiến thức về bệnh cần phải khẩn trương cấp cứu do vậy còn chậm trễ trong quá trình cấp cứu nên dẫn đến tình trạng phải phải can thiệp thở máy (ví dụ: hen ác tính, suy hô hấp cấp…)

Phân bố nghề nghiệp: học sinh sinh viên chiếm tỷ lệ thấp nhất (10%). Tiếp đến nhóm nông dân (13%) và công nhân viên chức (15%), tỷ lệ cao nhất là nhóm lao động tự do 62%, cũng phù hợp với kết quả của Vũ Thị Yến nhóm nghề nghiệp tự do cao nhất [7].

4.2. Tỷ lệ NKBV ở BN thở máy:

Nghiên cứu 100 bệnh nhân thở máy xâm nhập kết quả cho thấy chiếm 21% bị nhiễm

khuẩn bệnh viện khi đang thở máy, trong đó bị VPTM (14%), vừa bị VPTM vừa bị NKTNMP chiếm 7%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu tại các nước Tây Âu đã chỉ ra tỷ lệ NKBV chiếm 20,6% và VPTM chiếm 46,9%, nhưng thấp hơn nhiều so với kết quả khảo sát 56 đơn vị Hồi sức tích cực Tại Thổ Nhĩ Kì (NKBV là 48,7% trong đó VPTM chiếm 28%). So với các nghiên cứu trong nước thì KQNC của chúng tôi lại cao gấp gần 3 lần so với nghiên cứu tại Khoa chống nhiễm khuẩn BV Bạch Mai năm 2005 (NKBV chiếm 6,7%). Tuy nhiên, sau 2 năm chung tôi lại tiếp tục nghiên cứu về lĩnh vực này, kết quả cho thấy thấp hơn kết quả nghiên cứu của Bùi Hồng Giang tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai năm 2013 với tỷ lệ NKBV là 30% (21% so với 30%) [2]. Tuy nhiên, kết quả về VPTM của chúng tôi lại cao hơn kết quả nghiên cứu của Vũ Thị Yến trên bệnh nhân thở máy tại các khoa lâm sàng bệnh viện Bạch Mai năm 2014 có tỷ lệ VPTM là 17,8% (21% so với 17,8%) [7].

Ngoài viêm phổi thở máy, nhiễm khuẩn tiết niệu mắc phải cũng là một trong những NKBV hay gặp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có NKTNMP là 7%, thấp hơn so với kết quả Nguyễn Thị Thùy ở bệnh viện K trung ương năm 2012 (14,4%) [6], càng thấp hơn nhiều lần so với kết quả nghiên cứu của Lê Thị Hồng Hạnh tại khoa Cấp cứu BV Bạch Mai (51,3%) [4]. Điều này có thể lý giải rằng, nghiên cứu này được tiến hành trên các bệnh nhân thở máy có đặt sonde tiểu dẫn lưu và được chăm sóc theo mô hình chăm sóc toàn diện và đây cũng là minh chứng cho việc mắc NKTNMP với tỷ lệ thấp hơn so với các nghiên cứu khác.

Đặc điểm vi khuẩn học nuôi cấy được ở BN thở máy:

Theo nghiên cứu này, trong các tác nhân gây NKBV, A.baumanni chiếm tỷ lệ cao nhất (21,4%), chiếm tỷ lệ cao tiếp theo là P.aeruginosa và E.coli đều chiếm 14,3%. Haemophilus influenzae và Streptococcus spp cùng chiếm tỷ lệ thấp hơn (10,7%). Ngoài ra, vi khuẩn K.pneumoniae, Candidaalbican và P.fluresens cũng được phân lập trong nghiên cứu này cùng chiếm 7,1%. C.meningosepticum và Entero cocci chiếm tỷ lệ thấp nhất (3,6%). Các nghiên cứu khác của Nguyễn Thị Hương Giang cũng cho kết quả tỷ lệ vi khuẩn A.baumanni chiếm tỷ lệ cao (45,4% và 26,7%) [3]. Tỷ lệ gây NKBV của P.aeruginosa và E.coli trong nghiên cứu này cao hơn so với nghiên cứu của Vũ Thị Yến năm 2014 (tỷ lệ P.aeruginosa và E.coli giống nhau 6,2%) [7]. Có thể nói đây là những loại vi khuẩn tồn tại thường xuyên trong môi trường bệnh viện, đa kháng thuốc và là nguyên nhân chủ yếu gây NKBV trong giai đoạn hiện nay, đặc biệt là A.baumanni, Vi khuẩn hàng đầu gây NKBV vì tỷ lệ đề kháng với kháng sinh thông thường từ 80-100%. Hiện nay để chống lại A.baumanni thì phải sử dụng kết hợp nhiều loại kháng sinh, và đây đã trở thành thách thức lớn với ngành Y học.

Các yếu tố liên quan đến VPTM trên BN thở máy

Liên quan giữa số ngày thở máy và VPTM: có mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa số ngày thở máy với VPTM. Bệnh nhân bị VPTM có số ngày thở máy trung bình là 12,48 ngày cao hơn so với bệnh nhân không bị VPTM (3,76 ngày) với p< 0,001. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Hương Giang, Vũ Thị Yến [3], [7]. Điều này cho thấy, bệnh nhân có số ngày thở máy càng kéo thì tỷ lệ mắc VPTM càng cao. Vấn đề cân nhắc cho bệnh nhân cai thở máy và ngừng thở máy sớm vô cùng quan trọng trong lâm sàng khi bệnh nhân có thể tự thở được. Kết hợp và tích cực thực hiện phòng tránh mắc VPTM cho các bệnh nhân bắt buộc phải thở máy dài ngày trong quá trình chăm sóc của điều dưỡng.

Liên quan số lần hút đờm/ ngày: chưa tìm thấy sự khác biệt giữa số lần hút đờm/ngày với VPTM (p> 0,05), và giữa nhóm bị VPTM và không VPTM tương đương nhau (7,37 lần/ngày và 7,14 lần/ngày. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Vũ Thị Yến (2014) [7].

Liên quan số lần chăm sóc hệ thống dây dẫn (ruột gà, bẫy nước, bình làm ẩm): nghiên cứu chỉ ra rằng, có sự khác biệt rõ rệt và có ý nghĩa thống kê giữa số lần chăm sóc hệ thống dây dẫn (ruột gà, bẫy nước, bình làm ẩm) với VPTM (p< 0,01). Kết quả cho thấy khả năng mắc VPTM ở bệnh nhân có số lần chăm sóc hệ thống dây dẫn < 2 lần/ngày nguy cơ VPTM cao gấp 23,729 lần so với bệnh nhân được chăm sóc hệ thống dây dẫn ≥ 2 lần/ngày (OR= 23,729). Nghiên cứu chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Vũ Thị Yến [7]. Có thể lý giải rằng, tại hệ thống dây thở của máy thở và bộ phận làm ẩm là nguồn chứa vi khuẩn. Nước lắng đọng ở bẫy nước (đường ống) và tụ lại ở bộ phận bẫy nước tạo điều kiện phát triển vi khuẩn trong dây thở, bởi vi khuẩn xuất phát từ vùng

miệng và hầu của bệnh nhân. Vì thế cần chú ý theo dõi thoát dẫn lưu nước trong đường ống để tránh gây viêm phổi do ứ đọng nước ở "bẫy nước".

Liên quan số lần chăm sóc ống NKQ/MKQ: có sự khác biệt rõ rệt và có ý nghĩa thông kê giữa số lần chăm sóc ống NKQ/ MKQ với VPTM (p< 0,01), Kết quả nghiên cứu chúng tôi có số lần chăm sóc ống NKQ/ MKQ < 2 lần/ngày bị mắc VPTM cao gấp 26,273 lần so với BN được chăm sóc ≥ 2 lần/ ngày (OR: 26,273). Điều này có thể giải thích rằng, khi nhập viện, 100% bệnh nhân không bị VPTM, trong công việc chăm sóc bệnh nhân thở máy như thay dây cố định ống NKQ, vệ sinh chân ống MKQ thực tế có phụ thuộc vào từng khoa phòng và ý thức làm việc của từng người điều dưỡng. Nếu người điều dưỡng chăm sóc cho bệnh nhân nhiều lần trong ngày sẽ làm giảm tỷ lệ VPTM cho bệnh nhân, giảm các tai biến khi thở máy cho người bệnh.

Liên quan số lần chăm sóc cuff, ống thông cho ăn: Kết quả nghiên cứu cho thấy có khác biệt và có ý nghĩa thống kê giữa số lần chăm sóc cuff, ống thông cho ăn với VPTM. Trong nhóm được chăm sóc cuff và ống thông ăn < 2 lần/ngày nguy cơ VPTM cao gấp 3,632 lần so với nhóm bệnh nhân được chăm sóc ≥ 2 lần/ ngày (p< 0,05., OR: 3,632). Kết quả nghiên cứu này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Vũ Thị Yến về chăm sóc cuff trên bệnh nhân thở máy [7]. Như vậy, việc chăm sóc cuff gồm kiểm tra áp lực cuff an toàn không bị căng quá (khi căng sẽ nguy cơ làm hoạt tử vùng tiếp cận với cuff vì thiếu máu nuôi dưỡng) và nếu cuff bị xẹp quá (sẽ gây nguy cơ sặc dịch vào phổi gây bội nhiễm phổi). Đặc biệt phải đảm bảo sạch đờm, chất tiết ở khu vực trên cuff với ≥ 2 lần/ ngày sẽ làm giảm nguy cơ mắc VPTM cho bệnh nhân. Công việc đảm bảo vệ sinh ống thông dạ dày, đảm bảo ống ở đúng vị trí cũng làm giảm nguy cơ trào ngược (một trong những yếu tố nguy cơ gây VPTM) của BN nên từ đó giảm khả năng mắc VPTM.

Liên quan chăm sóc răng miệng, mắt mũi: Bệnh nhân hàng ngày được chăm sóc răng miệng bằng Chlorhexidin hoặc Listerin là các dung dịch sát khuẩn kết hợp với việc vệ sinh mắt mũi. Kết quả nghiên cứu cho thấy có sự liên quan rất rõ rệt và có ý nghĩa thống kê giữa chăm sóc răng miệng, mắt mũi với VPTM (p< 0,01) và bệnh nhân mắc VPTM trong nhóm được chăm sóc < 2 lần/ngày nguy cơ VPTM cao gấp 12,6 lần so với nhóm được chăm sóc > 2 lần/ ngày (OR = 12,6). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu Nguyễn Thị Hương Giang về chăm sóc bệnh nhân thở máy tại Khoa Cấp cứu bệnh viện Bạch Mai [3]. Có thể nói rằng, điều này hoàn toàn hợp lý vì khoang miệng là nơi chứa nhiều vi khuẩn, khi không được vệ sinh hàng ngày thì số lượng vi khuẩn sẽ tăng lên theo cấp số nhân sẽ trở thành ổ vi khuẩn dễ dàng gây viêm phổi cho người bệnh.

V. KẾT LUẬN

1. Đặc điểm NKBV trên BN thở máy: Tỷ lệ NKBV chiếm ở mức cao 21% (VPTM = 14%, vừa VPTM và NKTN = 7%, không bị NKBV = 79%)

2. Một số yếu tố liên quan đến NKBV: Có sự liên quan và có ý nghĩa thống kê giữa số ngày thở máy, thời gian lưu thông tiểu với NKBV (p< 0,01), giữa tần chăm sóc hệ thống dây dẫn, chăm sóc ống NKQ/ MKQ, chăm sóc cuff (p< 0,05), ống thông ăn, chăm sóc răng miệng, mắt mũi với với VPTM (p< 0,01).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Đức Anh (2010)**, Nhiễm trùng bệnh viện, Nhà Xuất bản Y học, trang 9, 15-20
2. **Bùi Hồng Giang (2013),** Nghiên cứu đặc điểm vi khuẩn và điều trị nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa hồi sức tích cực bệnh viện Bạch Mai năm 2013. Luận văn thạc sỹ y học – chuyên ngành hồi sức cấp cứu, Trường Đại Học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Thị Hương Giang (2012),** Đánh giá tình trạng nhiễm khuẩn phổi trên người bệnh thở máy và hiệu quả chăm sóc của điều dưỡng viên.
4. **Lê Thị Hồng Hạnh (2010),** Tình trạng nhiễm khuẩn tiết niệu ở BN đặt sonde tiểu lưu tại một số khoa lâm sàng bệnh viện Bạch Mai năm 2010", Khóa luận tốt nghiệp cử nhân điều dưỡng trường Đại học Thăng Long, tr 29.
5. **Bùi Thị Liên (2014),** Tỷ lệ nhiễm khuẩn tiết niệu mắc phải ở BN tai biến mạch máu não có lưu sonde tiểu và các yếu tố liên quan tại bệnh viện Bạch Mai năm 2014, Khóa luận tốt nghiệp cử nhân điều dưỡng trường Đại học Thăng Long
6. **Nguyễn Thị Thùy (2012),** Hiệu quả chăm sóc BN sau mổ khối u và sự liên quan đến nhiễm khuẩn tiết niệu mắc phải tại bệnh viện K năm 2012, Khóa luận tốt nghiệp cử nhân điều dưỡng trường Đại học Thăng Long
7. **Vũ Thị Yến (2014),** Tỷ lệ viêm phổi thở máy ở BN thở máy được điều trị ở một số khoa tại bệnh viện Bạch Mai, năm 2014 và một số yếu tố liên quan, Khóa luận tốt nghiệp cử nhân điều dưỡng trường Đại học Thăng Long

LIÊN QUAN ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI NOÃN VỚI KẾT QUẢ THỤ TINH SAU ICSI

Nguyễn Thị Linh[1], Nguyễn Xuân Hợi[2], Nguyễn Mạnh Hà[3]

TÓM TẮT

Nghiên cứu nhằm đánh giá mối liên quan một số đặc điểm hình thái noãn tới kết quả thụ tinh của bệnh nhân thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON). 414 noãn thu được của bệnh nhân kích thích buồng trứng bằng phác đồ Antagonist tại khoa Hỗ trợ sinh sản bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Kết quả thụ tinh ảnh hưởng bởi hình thái khoảng quanh noãn (p=0.017). Tỷ lệ thoái hóa noãn sau ICSI liên quan đến màu sắc màng trong suốt (p=0.01, OR=3.4, 95%CI=1.6-7.0), độ rộng khoảng quanh noãn (p=0.01), sự xuất hiện hạt ở khoảng quanh noãn, (p=0.01, OR=3.6, 95%CI=1.5-8.7), độ mịn của bào tương (p<0.01), xuất hiện quầng hạt thô trong noãn (p=0.005, OR=2.2, 95%CI=1.3- 3.7), độ đàn hồi của màng bào tương (p<0.01).

Từ khóa: Hình thái noãn, ICSI, thụ tinh, thoái hóa noãn

SUMMARY

A CORRELATIVE STUDY OF OOCYTES MORPHOLOGY WITH FERTILIZATION AFTER INTRACYTOPLASMIC INJECTION (ICSI)

This aim of this study was to assess the correlation between oocyte morphology and fertilization rate after intracytoplasmic injection (ICSI). This descriptive study carried out in 414 oocytes from women undergoing ovarian stimulation by antagonist protocol in Assissted Reproductive Department of Hà Nội Obstetric and Gynecology Hospital. The factors affecting the success rate of ICSI included perivitelline space (PVS) morphology (p=0.017). The oocyte degeneration rate after ICSI was affected by colour of zona pellucida (ZP) (p=0.01, OR=3.4, 95%CI=1.6-7.0); enlarge PVS (p=0.01); coarse granulation in PVS (p=0.01, OR=3.6, 95%CI=1.5-8.7); granular cytoplasm (p<0.01); central located granular in cytoplasm (p=0.005, OR=2.2, 95%CI=1.3- 3.7); the plasticity of oocyte membrane (p<0.01).

Keywords: oocyte morphology, ICSI, fertilization rate, oocyte degeneration

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Noãn có vai trò quan trọng trong sự hình thành và phát triển của phôi. Sự hình thành và phát triển của noãn chịu ảnh hưởng bởi các yếu tố vi môi trường do buồng trứng và nang trứng tiết ra. Trong chu kỳ tự nhiên, phần lớn các nang trứng thoái triển, chỉ có một nang trứng được chọn lọc phát triển vượt trội và gây phóng noãn hàng tháng. Chính vì thế, việc sử dụng các thuốc nội tiết để kích thích buồng trứng, gây trưởng thành nhiều nang trứng hơn thay vì bị thoái triển có thể ảnh hưởng tới chất lượng noãn. Chất lượng noãn được đánh giá trên nhiều khía cạnh: hình thái, cấu trúc di truyền, cấu trúc phân tử, sự chuyển hóa. Tại các trung tâm TTTON việc đánh giá chất lượng noãn chủ yếu dựa trên hình thái được quan sát trên kính hiển vi quang học, không can thiệp không ảnh hưởng tới noãn.

Trong kỹ thuật IVF cổ điển, việc đánh giá hình thái noãn gặp nhiều khó khăn do có sự bao phủ của tế bào hạt quanh noãn. Năm 1992, với sự ra đời của kỹ thuật tiêm tinh trùng vào bào tương noãn (Intra cytoplasmic sperm injection-ICSI), nhờ tách bỏ tế bào hạt mà nhiều yếu tố hình thái noãn được đánh giá chi tiết hơn: sự trưởng thành của nhân, bào quan, hình thái màng trong suốt, thể cực thứ nhất, thoi vô sắc. Cùng trong năm này, lần đầu tiên Van Blerkom và Henry đề cập tới khái niệm "cytoplasmic dysmorphisms"- những mô tả bất thường về bào tương hoặc một số khiếm khuyết của hình thái noãn [1]. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về mối liên quan giữa hình thái noãn và kết quả thụ tinh sau ICSI; tuy nhiên, kết quả của các nghiên cứu này vẫn còn chưa thống nhất. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá về những yếu tố hình thái noãn ảnh hưởng đến sự thụ tinh của kỹ thuật ICSI và mức độ ảnh hưởng của những yếu tố này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1.1. Đối tượng nghiên cứu

Toàn bộ noãn MII được thụ tinh với tinh trùng bằng phương pháp ICSI từ tháng 12 năm 2015 đến tháng 7 năm 2016 của các cặp vợ chồng thỏa mãn điều kiện sau:

- Vợ kích thích buồng trứng bằng phác đồ Antagonist
- Chồng có tinh dịch đồ bình thường theo tiêu chuẩn của WHO 2010.

1.2. Phương pháp nghiên cứu

[1]*Khoa Hỗ trợ sinh sản, Bệnh viện Phụ sản Hà Nội,*
[2]*Trung tâm Hỗ trợ sinh sản Quốc gia,*
[3]*Trường Đại học Y Hà Nội,*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Linh
Email: linhhmu@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài: 24.10.2016
Ngày phản biện khoa học: 20.12.2016
Ngày duyệt bài: 28.12.2016

Nghiên cứu mô tả tiến cứu thực hiện trên 414 noãn đủ điều kiện trên. Đánh giá chất lượng noãn, thụ tinh, phôi theo tiêu chuẩn đồng thuận của Alpha/ESHRE và chi hội Y học sinh sản Việt Nam.

- ***Tiêm tinh trùng vào bào tương noãn (ICSI)***

Bệnh nhân được chọc hút noãn vào thời điểm 36 -40 giờ sau khi tiêm hCG, Noãn sau khi thu nhận sẽ được nuôi tiếp trong môi trường G-IVF (vitrolife). Sau 2 giờ tiến hành tách noãn và nuôi tiếp tục noãn sau tách trong môi trường G-IVF. Sau 2 giờ tiến hành ICSI. Mỗi noãn được đưa vào 1 giọt 5µl môi trường G-Gamete (Vitrolife) có phủ dầu. Đánh giá chất lượng noãn: hình dạng, màu sắc màng trong suốt, hình thái khoảng quanh noãn, thể cực thứ nhất, tính chất bào tương, độ đàn hồi màng bào tương.

Giữ noãn bằng 1 vi kim ở vị trí 9 giờ so với thể cực. Dùng 1 vi kim khác bắt giữ tinh trùng và tiêm thẳng vào bào tương noãn ở vị trí 3 giờ so với thể cực. Mỗi noãn sau khi ICSI được nuôi cấy trong 1 giọt môi trường G1 (Vitrolife) có phủ dầu theo đúng thứ tự vừa ICSI.

- ***Đánh giá thụ tinh:***

Thụ tinh được đánh giá 16- 18 giờ sau khi ICSI. Noãn được đánh giá là thụ tinh khi xuất hiện hai tiền nhân và 2 thể cực. Trường hợp noãn có ba tiền nhân và noãn thoái hóa thì loại bỏ. Chuyển noãn sang đĩa nuôi mới, là đĩa Falcon BD Ø 60 chứa giọt môi trường G1 (Vitrolife-Thụy Điển) có phủ dầu Ovoil, mỗi giọt môi trường có thể tích 10µL, đánh số thứ tự, hợp tử vẫn được giữ nguyên thứ tự như ở đĩa sau ICSI, nuôi tiếp tục trong tủ cấy CO_2 6% và nhiệt độ 37^oC.

1.3. Đạo đức nghiên cứu:

Đây là nghiên cứu mô tả không can thiệp. Noãn được nghiên cứu thu được từ các cặp vợ chồng làm TTTON đã có cam kết giữa bệnh nhân và cơ quan chủ quản là khoa Hỗ trợ sinh sản bệnh viện Phụ sản Hà Nội. Các bệnh nhân có noãn đồng ý tham gia nghiên cứu. Các thông tin cá nhân do bệnh nhân cung cấp được đảm bảo bí mật

III. KẾT QUẢ

Tỷ lệ thụ tinh giữa các nhóm hình thái màng trong suốt theo màu sắc màng khác biệt không có ý nghĩa thống kê theo bảng 1. Tuy nhiên thoái hóa sau ICSI giữa các nhóm hình thái màng khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nhóm màng trong suốt sẫm màu có tỷ lệ thoái hóa cao nhất (35.1%). Màng trong suốt sẫm màu làm tăng nguy cơ thoái hóa noãn sau ICSI gấp 3.4 lần.

Bảng 1: Liên quan hình thái màng trong suốt và kết quả thụ tinh

Đặc điểm	Thụ tinh		Thoái hóa	
	n	%	n	%
Sẫm mầu	23	62.2	13	35.1
Bình thường	266	70.6	52	13.8
P	0.289		0.01	
OR (95% CI)			3.4 (1.6- 7.0)	

Bảng 2 cho thấy liên quan giữa hình thái khoảng quanh noãn và kết quả thụ tinh. Có sự khác biệt giữa kết quả thụ tinh của các nhóm hình thái khoảng quanh noãn theo phân loại sự xuất hiện hạt trong khoảng quanh noãn. Không thấy sự khác biệt về tỷ lệ thụ tinh giữa các nhóm phân loại theo độ rộng khoảng quanh noãn. Tỷ lệ thoái hóa noãn sau ICSI khác biệt có ý nghĩa giữa tất cả các nhóm hình thái màng quanh noãn theo độ rộng, theo sự xuất hiện hạt trong khoảng quanh noãn. Xuất hiện hạt trong khoảng quanh noãn làm tăng nguy cơ thoái hóa noãn gấp 3.6 lần.

Bảng 2: Liên quan hình thái khoảng quanh noãn và kết quả thụ tinh

Đặc điểm hình thái		Thụ tinh		Thoái hóa	
		n	%	n	%
Xuất hiện hạt trong khoảng quanh noãn	Có hạt	9	40.9	9	40.9
	Không hạt	280	71.4	56	14.3
	P	0.02		0.01	
	OR (95% CI)			3.6 (1.5-8.7)	
Theo độ rộng khoảng quanh noãn (trong nhóm không hạt)	Bình thường	219	74.2	31	10.5
	Rất hẹp	27	60.0	12	26.7
	Rất rộng	34	65.4	13	25.0
	P	0.084		0.01	

Tính riêng trong nhóm không có hạt trong khoảng quanh, nhóm khoảng quanh noãn rất hẹp tăng nguy cơ thoái hóa noãn sau ICSI gấp 3.1 lần và nhóm khoảng quanh noãn rất rộng tăng nguy cơ thoái hóa gấp 2.8 lần so với nhóm bình thường(bảng 3).

Bảng 3: Yếu tố nguy cơ độ rộng khoảng quanh noãn đến thoái hóa sau ICSI

PVS hẹp	OR (95% CI)	PVS rộng	OR (95% CI)
Rất hẹp	3.1 (1.5- 6.6)	Rất rộng	2.8 (1.4- 5.9)
Bình thường	1	Bình thường	1

Bảng 4 cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ thụ tinh cũng như thoái hóa giữa các nhóm hình thái thể cực thứ nhất.

Bảng 4: Liên quan hình thái thể cực thứ nhất và kết quả thụ tinh

Đặc điểm hình thái	Thụ tinh		Thoái hóa	
	n	%	n	%
Kích thước bình thường, bề mặt trơn	94	68.6	18	13.1
Kích thước bình thường, bề mặt nhăn	130	74.3	27	15.4
Phân mảnh	62	65.3	17	17.9
Trên 2 thể cực, thể cực thoái hóa	3	42.9	3	42.9
P	0.165		0.177	

Tỷ lệ thụ tinh của các nhóm hình thái màng bào tương không có sự khác biệt. Tỷ lệ thụ tinh của nhóm màng bào tương kém đàn hồi rất thấp so với nhóm màng bào tương bình thường. Trong khi đó tỷ lệ thoái hóa khác biệt giữa tất cả các nhóm hình thái màng bào tương cũng như độ đàn hồi màng bào tương. Sự xuất hiện quầng hạt thô trung tâm (tương ứng với gran độ 3,4) tăng nguy cơ thoái hóa gấp 2.2 lần. Nhóm bào tương kém đàn hồi tăng nguy cơ thoái hóa gấp 95.5 lần.

Bảng 5: Liên quan hình thái bào tương với kết quả thụ tinh

Đặc điểm hình thái		**Thụ tinh**		**Thoái hóa**	
		n	**%**	**n**	**%**
Theo sự xuất hiện quầng hạt thô trung tâm	Có quầng hạt thô	114	64.8	38	21.6
	Không quầng	175	73.5	27	11.3
	P	0.055		0.005	
	OR (95% CI)			2.2(1.3- 3.7)	
Theo độ đàn hồi màng bào tương	Kém đàn hồi	1	6.7	14	93.3
	Bình thường	288	72.2	51	12.8
	P	0.00		0.00	
	OR (95% CI)			95.5 (12.3- 742.0)	

Nhóm thể vùi độ 3 và 4 tăng nguy cơ thoái hóa noãn sau ICSI gấp 2.7 lần so với nhóm nhóm thể vùi độ 1 và 2. Không thấy sự khác biệt tỷ lệ thụ tinh và thoái hóa giữa các nhóm bào quan còn lại. Lưới nội chất trơn ít xuất hiện trong noãn nên cỡ mẫu nhỏ, không làm được các thuật toán thống kê, chỉ ghi nhận được tỉ lệ thụ tinh và thoái hóa (bảng 6)

Bảng 6: Liên quan giữa các bào quan với kết quả thụ tinh

Đặc điểm hình thái		**Thụ tinh**		**Thoái hóa**	
		n	**%**	**n**	**%**
Thể vùi	Inc độ 3, 4	19	59.4	10	31.2
	Inc độ 1, 2	270	70.7	55	14.4
	P	0.181		0.012	
	OR (95% CI)			2.7(1.2- 6.0)	
Không bào	Có xuất hiện	6	50	3	25.0
	Không có	283	70.4	62	15.4
	P	0.129		0.369	
Lưới nội chất trơn	Có xuất hiện	3	60.0	1	20.0
	Không có	286	69.9	64	15.6

IV. BÀN LUẬN

Màng trong suốt là sản phẩm chế tiết của cả tế bào hạt và noãn bào trong suốt quá trình phát triển của nang trứng và noãn bào. Nhiều nghiên cứu cũng không tìm thấy mối liên quan giữa hình thái màng trong suốt với kết quả thụ tinh ICSI như nghiên cứu của Sutter (1996), Babalan (1998), Khalili (2005). Trong nghiên cứu của chúng tôi màu sắc màng có ảnh hưởng tới thoái hóa noãn sau ICSI [3]. Những noãn có màng trong suốt sẫm màu thường có sự xuất hiện của không bào trong bào tương, vì thế có thể đưa ra giả thuyết màng trong suốt sẫm màu có liên quan đến những khiếm khuyết trong bào tương noãn, trong đó có những tổn thương kết cấu bào tương noãn không thể phục hồi khi tiến hành ICSI.

Tác giả Rienzi và cộng sự (2008) cho rằng khoảng quanh noãn rộng làm giảm tỷ lệ thụ tinh (OR= 1.44, 95%CI: 1.06- 1.97) [3]. Tỷ lệ thụ tinh ở nhóm khoảng quanh noãn rất rộng của chúng tôi khá thấp và tỷ lệ thoái hóa tương đối cao (25%), điều này có thể do trong quá trình ICSI khoảng không rất rộng bao quanh noãn khiến noãn không được cố định chắc chắn, có thể bị xoay trong quá trình đâm kim dẫn đến tạo 1 vết rách rộng trên màng bào tương noãn không thể phục hồi sau ICSI.

Tỷ lệ thụ tinh ở nhóm noãn có khoảng quanh noãn rất hẹp trong nghiên cứu thấp (60%), tương tự như trong nghiên cứu của LiM và cộng sự công bố năm 2014 (58% so với 78%, p<0.01) [3]. Có thể những noãn có khoảng quanh noãn rất hẹp mới chỉ trưởng thành về nhân và chưa đạt được sự trưởng thành về tế bào chất. Sự không đồng bộ trong trưởng thành noãn dẫn đến giảm khả năng thụ tinh của noãn, đồng thời kết cấu bào tương noãn kém, dẫn đến dễ thoái hóa sau khi ICSI.

Nghiên cứu của chúng tôi giống kết quả của Ten (2007) không tìm thấy sự khác biệt đáng kể về tỷ lệ thụ tinh giữa hai nhóm thể cực bình thường và phân mảnh (67,4% và 66,6%)[3]. Tuy nhiên có xu hướng tỷ lệ thụ tinh giảm dần ở nhóm thể cực thoái hóa và nhiều thể cực. Thể cực thoái hóa có thể là biểu hiện của noãn quá trưởng thành [5].

Nghiên cứu của chúng tôi tìm ra sự xuất hiện của các hạt thô tập trung thành làm tăng nguy cơ noãn thoái hóa sau ICSI. Theo Kahraman và cộng sự (2000) thì noãn xuất hiện quầng hạt thô có thể là biểu hiện sự chưa trưởng thành về tế bào chất [6]. Có thể mật độ hạt tập trung cao ở vùng trung tâm noãn cản trở quá trình ICSI, cũng như ảnh hưởng tới kết cấu khung xương tế bào, từ đó giảm khả năng thụ tinh cũng như tăng nguy cơ thoái hóa.

Ở nghiên cứu của chúng tôi chỉ gặp 2 hình thái màng bào tương là màng bình thường và màng kém đàn hồi. Chỉ có 15/414 noãn thu được có hình thái màng bào tương kém đàn hồi, tuy nhiên chỉ duy nhất 1 noãn thụ tinh, còn lại thoái hóa toàn bộ (thoái hóa 93.3%). Do cỡ mẫu của chúng tôi tương đối nhỏ và chỉ 1 noãn không thoái hóa sau ICSI nên khi làm phép thống kê nguy cơ noãn thoái hóa ở nhóm màng bào tương kém đàn hồi tăng rất cao (OR=95.5, 95%CI: 12.3- 742). Nếu làm một nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn, có thể sẽ gặp nhiều noãn có màng bào tương kém đàn hồi thụ tinh hơn, có thể chỉ số OR sẽ thay đổi tương đối.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, dạng bào quan thường thấy nhất là thể vùi, không bào và lưới nội chất trơn hiếm gặp hơn. Chúng tôi nhận thấy kích thước thể vùi lớn và số lượng thể vùi nhiều có xu hướng làm giảm tỷ lệ thụ tinh và làm tăng nguy cơ thoái hóa noãn (OR=2.7, 95% CI: 1.2- 6.0). Nghiên cứu của Xia năm 1997 khẳng định noãn có thể vùi làm giảm tỷ lệ thụ tinh (64.5% so với 84.9%, p<0.05) [3]. Cần 1 nghiên cứu sâu hơn về cấu trúc và thành phần của thể vùi để khẳng định có hay không có tác động của thể vùi lên chất lượng noãn.

Mặc dù không có sự khác biệt về thống kê giữa tỷ lệ thụ tinh cũng như thoái hóa ở nhóm có xuất hiện không bào và nhóm bình thường, nhưng chúng tôi nhận thấy xu hướng giảm tỷ lệ thụ tinh (50% so với 70.4%) và tăng tỷ lệ thoái hóa (25% so với 14.5%) ở nhóm có xuất hiện không bào. Cỡ mẫu chưa đủ lớn để tìm được mối liên quan, tuy nhiên các nghiên cứu trước đó của De Sutter tiến hành năm 1996 cho thấy tỷ lệ thụ tinh khi ICSI với noãn có không bào giảm (40%) so với nhóm bình thường (69.6%) [3]. Sự hiện diện của không bào lớn hoặc nhiều không bào nhỏ có thể làm sai lệch khung xương tế bào, sai lệch vị trí thoi vô sắc có thể dẫn đến tinh trùng tiêm vào vị trí thoi vô sắc dẫn đến bất thường thụ tinh.

Số noãn xuất hiện lưới nội chất trơn rất ít (4/414 noãn) nên không làm được phép thống kê, trong 4 noãn có lưới nội chất trơn có 3 noãn thụ tinh và 1 noãn thoái hóa. Có thể sự xuất hiện lưới nội chất trơn không gây cản trở quá trình ICSI, khi tiêm chỉ cần tránh vị trí lưới nội chất trơn.

V. KẾT LUẬN

Các yếu tố đặc điểm hình thái noãn có ảnh hưởng tới kết quả thụ tinh, chủ yếu làm tăng tỷ lệ thoái hóa noãn sau ICSI. Có thể 1 số dạng hình thái noãn làm thay đổi kết cấu tế bào, làm yếu màng tế bào mà cần có phương pháp thụ tinh khác hạn chế tổn thương tế bào như IVF cổ điển hoặc laser ICSI. Vẫn cần có những nghiên cứu trên cỡ mẫu lớn hơn để khẳng định điều này.

Lời cảm ơn: Tác giả xin trân trọng cảm ơn các bác sĩ, điều dưỡng, kỹ thuật viên của khoa Hỗ trợ sinh sản bệnh viện phụ sản Hà nội đã giúp đỡ trong quá trình thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Van Blerkom J., Henry G. (1992).** Oocyte dysmorphisms and aneuploidy in meotically mature human oocyte after ovarian stimulation. *Hum Reprod*, **7**: p. 379-390

2. **Ebner T., MoSER M., Gernot Tews (2006).** Is oocyte morphology prognostic of embryo developmental potential after ICSI*? Reproductive BioMedicine Online*, **12**(4): p.507-512.
3. **Rienzi L., Vajta G., and Ubaldi F. (2011)**. Predictive value of oocyte morphology in human IVF: a systematic review of the literature*. Hum Reprod Update*, **17**(1): p. 34-45.
4. **Hassan-Ali H., Hisham-Saleh A., El-Gezeiry D., Baghdady I., Ismaeil I. and Mandelbaum J. (1998).** Perivitelline space granularity: a sign of human menopausal gonadotrophin overdose in intracytoplasmic sperm injection. *Human Reproduction, **13**(12):* p.3425–3430
5. **Johnny S Younis, Orit Radin, Nitsa Mirsky, Ido Izhaki, Tatyana Majara, Shalom Barmi, Moshe Ben-ami, (2008)**. First polar body and nucleolar precursor body morphology is related to the ovarian reserve of infertile women. *Reproductive BioMedicine Online*, **16**(6): p.851-858.
6. **Kahraman S., Yakın K., Domez E., Samli H., Bahce M., Cengiz G., SERtyel S., Samli M., Imirzalioglu N. (2000).** Relationship between granular cytoplasm of oocytes and pregnancy outcome following intracytoplasmic sperm injection*. Human Reproduction*, **15**(11): p.2390–2393.
7. **Palermo Gianpiero D., Mina Alikani, Massimo Bertoli, Liliana T.Colombero, Fred Moy, Jacques Cohen and Zev Rosenwaks (1996)**. Oolemma characteristics in relation to survival and fertilization patterns of oocytes treated by intracytoplasmic sperm injection. *Human Reproduction* **11**(l): p. 172-176.

ẢNH HƯỞNG CỦA 6-HYDROXYDOPAMIN LÊN TẾ BÀOTIẾT DOPAMIN Ở NÃO CHUỘT TRÊN MÔ HÌNH GÂY BỆNH PARKINSON

Trịnh Thị Ngọc Yến*, Nguyễn Mạnh Hà*, Nguyễn Khang Sơn*

TÓM TẮT

Tiêm 6-hydroxydopamin (6-OHDA) vào 2 vị trí trên đường đi của bó sợi trục tử liềm đen đến thể vân ở bên não phải để đánh giá ảnh hưởng của 6-OHDA lên các tế bào tiết dopamin. 3 tuần sau khi tiêm, các chuột được đánh giá khả năng bị bệnh Parkinson bằng test xoay và đánh giá tổn thương mô học bên não tiêm 6-OHDA bằng các phương pháp hóa mô miễn dịch, cấu trúc vi thể và siêu vi. Kết quả: số lượng tế bào dương tính với marker TH ở liềm đen giảm rõ rệt sau tiêm 6-OHDA, mật độ các sợi thần kinh và mức độ huỳnh quang của các sợi thần kinh ở thể vân giảm rất nhiều. Kết quả này chứng tỏ 6-OHDA làm thoái hóa các tận cùng thần kinh ở thể vân và các tế bào tiết dopamin ở liềm đen.

Từ khóa: 6-hydroxydopamin, Parkinson, dopamin, nơron.

SUMMARY

EFFECT OF 6-HYDROXYDOPAMINE ON DOPAMINERGIC NEURONS IN THE RAT PARKINSON'S DISEASE MODEL

The aim of this research is to evaluate effect of 6-Hydroxydopamine (6-OHDA) on dopaminergic neurons. 6-OHDA was injected into the rat medial forebrain bundle unilaterally. 3 weeks after 6-OHDA injection, amphetamine-induced rotation test was used to determine if rats had acquired Parkinson's disease. Histological methods and immunostaining were used for damage assessment of dopaminergic neurons. A marked decrease in the number of tyrosine hydroxylase-immunoreactive neuronal perikarya in the substantia nigra (SN) ipsilateral to the injection and striatal fibre density were observed. These results showed that 6-OHDA triggers a degeneration of dopaminergic terminals in the striatum and cell bodies in the substantia nigra.

Keywords: 6-hydroxydopamine, Parkinson's disease, dopamine, neuron.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Parkinson là một dạng thoái hóa thần kinh tiến triển, ảnh hưởng tới 1 - 3% dân số trên 50 tuổi. Bệnh được đặc trưng bởi sự thoái hóa chọn lọc các nơron tiết dopamin ở não, mức độ thoái hóa ngày càng tăng làm các triệu chứng của bệnh nặng dần theo thời gian. Cho tới tận bây giờ, quá trình thoái hóa thần kinh trong bệnh Parkinson bắt đầu và diễn biến ra sao vẫn chưa được hiểu biết đầy đủ đặc biệt là cơ chế phân tử và sinh học tế bào. Do vậy, các mô hình gây bệnh thực nghiệm vẫn đóng vai trò quan trọng trong nghiên cứu nguyên nhân, sinh lý bệnh và các phương pháp điều trị của bệnh [1].

Năm 1968, Ungerstedt đã xây dựng được mô hình gây bệnh Parkinson thực nghiệm đầu tiên bằng cách sử dụng 6-hydroxydopamin. Mô hình này sau đó được cải thiện và trở thành mô hình gây bệnh phổ biến nhất trong các nghiên cứu về cơ chế và các phương pháp điều trị bệnh. So với

**Bộ môn Mô - Phôi, Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Thị Ngọc Yến
Email: trinhngocyen.hmu@gmail.com
Ngày nhận bài: 24.10.2016
Ngày phản biện khoa học: 22.12.2016
Ngày duyệt bài: 28.12.2016

các chất gây độc được sử dụng trong các mô hình gây bệnh thì 6-OHDA có khả năng gây thoái hóa các tế bào thần kinh tiết dopamin từ từ, mô phỏng tương tự quá trình diễn biến của bệnh, vì vậy được ứng dụng nhiều để nghiên cứu về các phương pháp điều trị [2]. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá sự ảnh hưởng của 6-OHDA lên các tế bào tiết dopamin trong mô hình bệnh Parkinson thực nghiệm để có thể ứng dụng mô hình này trong việc ghép tế bào gốc điều tri bệnh Parkinson.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Chuột cống trắng đực trưởng thành, chủng Wistar hoặc Sprague-Dawley, 2 - 4 tháng tuổi, cân nặng 170 - 230 gram.

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả

Phương pháp xử lý mô học: Phẫu tích lấy não của các chuột bị Parkinson làm tiêu bản vi thể, siêu vi thể, hóa mô miễn dịch để đánh giá tổn thương của tế bào tiết dopamin, so sánh bên não lành không tiêm và bên não tiêm 6-OHDA.

Nhuộm hóa mô miễn dịch với marker TH: mô não được cố định bằng PFA 4%, 2 giờ ở nhiệt độ phòng, đúc OCT rồi cắt lát 5 - 10 µm bằng máy cắt lạnh. Rửa PBS 0,1 M pha với triton X-100 0,3% sau đó hoạt hóa kháng nguyên bằng dung dịch đệm natri citrate 0,1M, pH 6.0 ở 96° trong 20 phút. Block kháng nguyên không đặc hiệu bằng dung dịch: 5% NGS; 0,3% Triton X-100 trong PBS 0,1M trong 2 giờ ở nhiệt độ phòng. Nhuộm kháng thể TH (Abcam, ab 112, pha loãng 1/750) qua đêm ở 4°C. Nhuộm kháng thể huỳnh quang (Alexa Fluor 546 goat anti rabbit, pha loãng 1/200) 2 giờ ở nhiệt độ phòng. Nhuộm nhân bằng Sytox Green (pha loãng 1/10000) 1 phút.

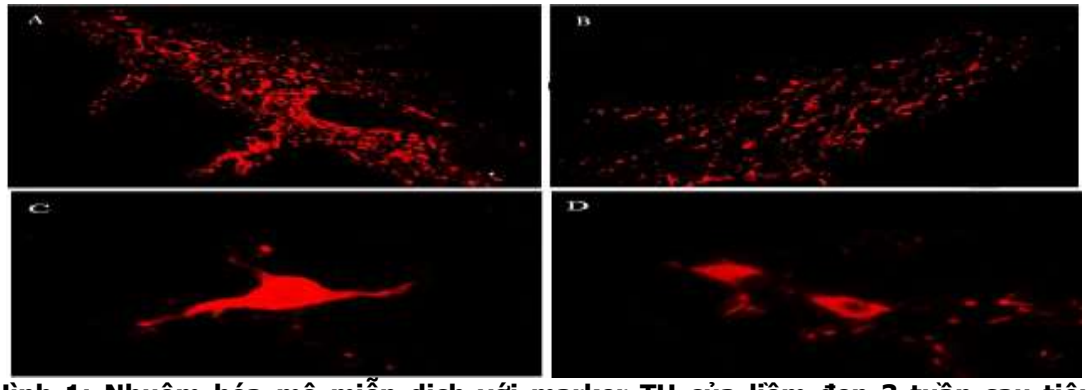
Phương pháp hiển vi điện tử truyền qua: Cố định mẫu não chuột bằng Glutarandehyt 2,5%/ cacodylate 0,1M, pH 7,2-7,4 qua đêm ở 4°C. Rửa mẫu bằng dung dịch cacodylate 0,1M. Cố định a.osmic 1%/ cacodylate 0,1M 2 giờ ở nhiệt độ phòng. Rửa mẫu bằng cacodylate 0,1M. Khử nước bằng cồn nồng độ tăng dần 50°, 70°, 90°, 100°. Tẩy cồn bằng propylene oxyte. Ngâm eponxy nguyên chất qua đêm. Đúc bằng eponxy nguyên chất trong con nhộng gelatin (60° - 48 giờ). Cắt lát mỏng 30-40nm, đặt trên lưới đồng có màng fowar. Nhuộm bằng Uranyl acetate: 10 phút và citrate chì: 5 phút.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện trên 10 chuột. Sau 3 tuần tiêm 6-OHDA thu được kết quả:

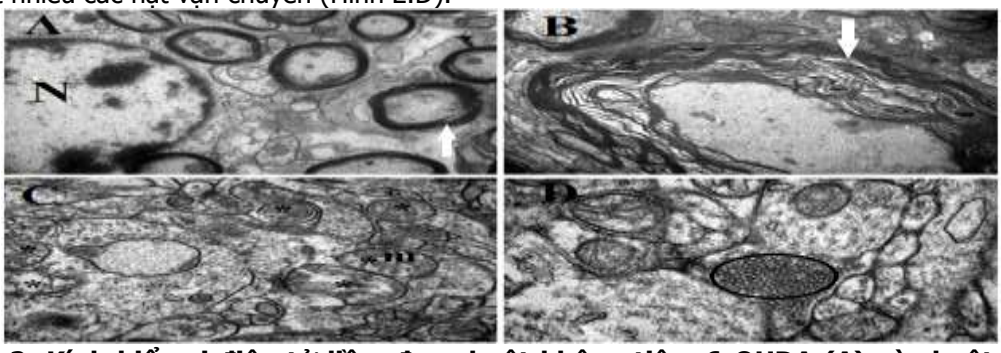
Test xoay: Sau 3 tuần tiêm 6-OHDA chuột, thử nghiệm test xoay dưới tác dụng của metamphetamin các chuột gây bệnh quay từ 25-45 vòng/phút.

Đánh giá mô học: Liềm đen đã được nhuộm hóa mô miễn dịch với marker TH để thể hiện thân tế bào cũng như các sợi nhánh của tế bào tiết dopamin. Số lượng tế bào ở liềm đen bên não chuột tiêm 6-OHDA dương tính với marker TH ở thân tế bào và nhánh bào tương giảm rõ rệt so với bên não lành không tiêm (Hình 1A,B). Về mặt hình thái, ở độ phóng đại lớn cho thấy nơron bên não lành thân lớn, hình tháp, các nhánh bào tương tỏa ra từ thân (Hình 1.C) so với tế bào thần kinh tiết dopamin bên liềm đen phải sau tiêm 6-OHDA tế bào co rút, kích thước tế bào nhỏ hơn, hầu như không còn nhánh bào tương trải dài ra (Hình 1.D).



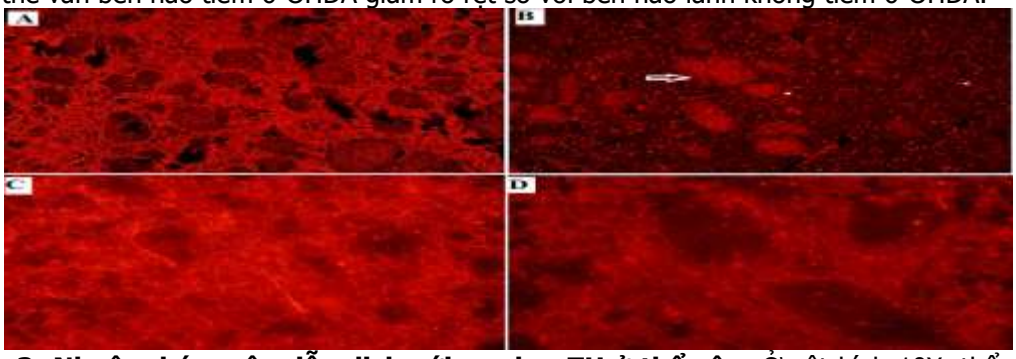
Hình 1: Nhuộm hóa mô miễn dịch với marker TH của liềm đen 3 tuần sau tiêm 6-OHDA. **A**: liềm đen bên não trái không tiêm 6-OHDA. **B**: liềm đen bên não phải tiêm 6-OHDA. **C**: nơron tiết dopamin ở liềm đen bên trái. **D**: nơron tiết dopamin ở liềm đen bên phải.

Hình 2 cho thấy đặc điểm siêu vi của tế bào thần kinh ở liềm đen bên não được tiêm 6-OHDA khi quan sát dưới kính hiển vi điện tử. Tế bào thần kinh ở liềm đen bên não lành không tiêm 6-OHDA có nhân tròn, xung quanh có các sợi thần kinh có bao myelin (Hình 2.A). Sau tiêm 3 tuần các tế bào tiết dopamin ở liềm đen bên gây bệnh thể hiện rất nhiều đặc điểm của tế bào thoái hóa: các bao myelin bị thoái hóa tách lớp (Hình 2.B), ty thể trương phồng, mất mào ty thể (Hình 2.C), các sợi nhánh tập trung rất nhiều các hạt vận chuyển (Hình 2.D).

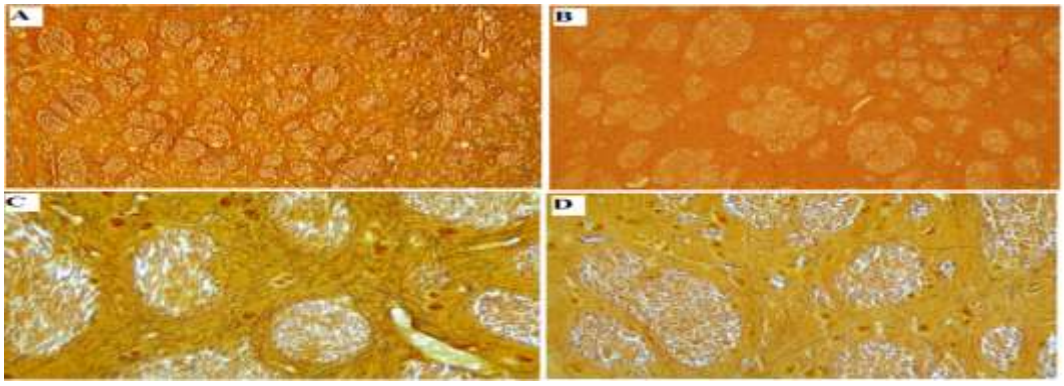


Hình 2: Kính hiển vi điện tử liềm đen chuột không tiêm 6-OHDA (A) và chuột tiêm 6-OHDA (B,C,D). N: nhân tế bào, m: ty thể. Các nơron tiết dopamin bị thoái hóa: bao myelin (đầu mũi tên) tách lớp (B); ty thể trương phồng, mào ty thể đứt gãy hoặc mất mào ty thể (dấu sao) (C); các hạt (khoanh tròn) tập trung nhiều ở sợi nhánh (D).

Thể vân não chuột ở cả bên lành và bên tiêm 6-OHDA được đánh giá bằng hai phương pháp nhuộm hóa mô miễn dịch với marker TH (Hình 3) và nhuộm Cajan II (Hình 4). Khi nhuộm với marker TH, các sợi dương tính màu đỏ tương đương với nhánh bào tương của tế bào tiết dopamin, còn khi nhuộm cajan các sợi này bắt màu nâu đen. Cả hình 3 và hình 4 đều cho thấy: mật độ các sợi thần kinh tại thể vân bên não tiêm 6-OHDA giảm rõ rệt so với bên não lành không tiêm 6-OHDA.



Hình 3: Nhuộm hóa mô miễn dịch với marker TH ở thể vân. Ở vật kính 10X, thể vân phải (B) dương tính rất ít với marker TH, chỉ còn một vài vị trí (mũi tên) dương tính. Ở vật kính lớn, tại vị trí dương tính với marker TH thì mật độ và mức độ huỳnh quanh của các sợi ở thể vân bên phải (D) giảm rất nhiều so với



Hình 4: Thể vân não chuột bằng phương pháp nhuộm Cajan II. **A, B**: thể vân được quan sát ở vật kính 10X, **C** và **D** ở vật kính 40X. Mật độ các sợi thần kinh bên não được tiêm 6-OHDA (B, D) giảm rất nhiều so với bên não lành (A, C).

IV. BÀN LUẬN

Các nơron tiết dopamin chỉ chiếm khoảng 1% tổng số các nơron trong não nhưng nó đóng vai trọng trong nhiều chức năng của não như vận động tự chủ, giải phóng các hormon thần kinh nội tiết, nhận thức, điều khiển các hành vi cảm xúc, stress và trí nhớ. Khi số lượng các tế bào thần kinh này bị giảm sút sẽ dẫn đến nhiều rối loạn thần kinh nghiêm trọng mà nổi bật nhất là bệnh Parkinson [3]. Thân của các nơron tiết dopamin nằm ở liềm đen, sợi trục đi tới thể vân. Ở chuột, mỗi phần đặc có 7.000 - 8.000 nơron trong tổng số 12.000 nơron tiết dopamin. Các sợi trục đi đến thể vân sẽ tập trung thành bó sợi trục MFB (medial forebrain bundle). Khi tới thể vân, mỗi sợi trục của tế bào tiết dopamin tỏa ra nhiều nhánh để tạo synap với các nơron khác, mỗi sợi trục có thể tạo ra 170.000 – 408.000 synap ở thể vân [4].

Tại liềm đen, khi nhuộm hóa mô miễn dịch với marker TH, marker đặc hiệu để phát hiện các tế bào tiết dopamin, cho thấy số lượng tế bào dương tính với TH tương ứng với số lượng nơron tiết dopamin bên não chuột tiêm 6-OHDA (hình 1.B) giảm rõ rệt so với bên não chuột không tiêm 6-OHDA (Hình 1.A). Sự giảm số lượng các tế bào tiết doapmin phản ánh tác dụng gây chết tế bào của 6-OHDA. Theo Ichitani (1994), các tế bào tiết dopamin dương tính với TH ở thân và sợi nhánh bắt đầu giảm sau khi tiêm 6-OHDA từ sau 2 tuần và tiếp tục giảm thậm chí 10 tháng sau tiêm [5]. Hình thái tế bào thần kinh dương tính với marker TH cũng có sự khác nhau giữa hai bên liềm đen não chuột. Bên não chuột không tiêm 6-OHDA, các tế bào này có thân lớn, hình tháp, các nhánh bào tương tỏa ra xung quanh (Hình 1.C). So với các tế bào ở bên tiêm, kích thước tế bào nhỏ hơn, nhân không dương tính với marker TH, hình dạng tế bào đa dạng hình tháp, hình thoi, đôi khi chỉ còn là những mảnh nhỏ dương tính với marker TH, các nhánh bào tương không có xu hương trải dài ra xung quanh. Kết quả của chúng tôi kết hợp với các nghiên cứu khác cho thấy rằng các tế bào tiết dopamin đang xảy ra quá trình thoái hóa và quá trình thoái hóa này xảy ra ở các nhánh bào tương trước khi vào đến thân tế bào [6].

Khi quan sát dưới kính hiển vi điện tử cho thấy bình thường các nơron ở liềm đen có nhân tròn hoặc bầu dục, bào tương rất giàu các bào quan: ty thể, bộ golgi, lưới nội bào có hạt. Tuy nhiên, khi quan sát liềm đen ở bên não được tiêm 6-OHDA cho thấy các bào này nghèo bào quan, chủ yếu chỉ còn ty thể. Ty thể cũng bị biến đổi cả về hình dạng và cấu trúc. Ty thể trương phồng, mào ty thể đứt gãy hoặc mất mào ty thể (Hình 2.C). Những đặc điểm này của ty thể là đặc trưng của tế bào trải qua chết tế bào theo chương trình (apoptosis), một cơ chế mà 6-OHDA gây chết tế bào đã được nhiều nghiên cứu chứng minh [7]. Ngoài ra, ở liềm đen bên tổn thương còn có một số đặc điểm khác thể hiện sự thoái hóa các tế bào thần kinh: bao myelin bị tách lớp, sự tập trung các hạt vận chuyển tại các sợi nhánh. Điều này chưa được các nghiên cứu nhắc đến trước đó nhưng chúng tôi cho rằng sự tập trung rất nhiều các hạt vận chuyển tại sợi nhánh này có liên quan đến quá trình thoái hóa ngược theo cơ chế vận chuyển các hạt theo sợi trục của tế bào thần kinh tiết dopamin.

Ở thể vân, khi nhuộm bằng hai phương pháp hóa mô miễn dịch và Cajan II đều cho thấy bên não tiêm 6-OHDA các sợi thần kinh giảm rõ rệt về mật độ sợi cũng như mức độ huỳnh quang. Sự giảm số lượng các sợi thần kinh phản ánh mức độ thoái hóa các tận cùng thần kinh của tế bào tiết dopamin dưới tác dụng của 6-OHDA. Mức độ thoái hóa giữa các tận cùng thần kinh ở thể vân và các tế bào ở liềm đen có sự tương quan với nhau phụ thuộc vào vị trí tiêm 6-OHDA. Trong nghiên cứu này 6-OHDA được tiêm vào 2 vị trí trên đường đi của bó sợi trục từ liềm đen đến thể vân cho thấy số lượng tế bào ở liềm đen giảm từ từ hơn so với mức độ giảm số sợi thần kinh ở thể vân. Nghiên cứu của Yuan và cộng sự cũng cho kết quả tương tự. Nhiều tác giả khác cũng chỉ ra rằng, khi tiêm 6-OHDA vào thể vân hoặc bó sợi trục từ liềm đen đến thể vân thì tại thể vân quá trình thoái hóa xảy ra trước sau đó tại liềm đen thân của các tế bào tiết dopamin sẽ thoái hóa sau đó còn khi tiêm vào liềm đen thì quá trình thoái hóa ở thân sẽ diễn ra rất nhanh. Cơ chế thoái hóa ngược này của tế bào tiết dopamin khi tiêm 6-OHDA vẫn chưa được biết rõ, nhưng có hai giải thuyết được đưa ra. Một là, 6-OHDA gây tổn thương các tận cùng của tế bào tiết dopamin ở thể vân, sau đó màng nhân của các tế bào ở liềm đen bị tổn thương thứ phát dẫn đến sự thoái hóa ngược. Chính vì vậy, khi

nhuộm hóa mô miễn dịch mật độ các tế bào tiết dopamin ở liềm đen giảm mạnh 3-4 tuần sau khi đã loại bỏ phần lớn thể vân. Một giải thuyết khác được đưa ra là do vận chuyển dọc sợi trục của 6-OHDA hoặc các chất độc được sinh ra từ nó. Chính nhờ có sự thoái hóa ngược diễn ra từ từ và tiến triển tăng dần mà mô hình gây bệnh thực nghiệm Parkinson bằng 6-OHDA khi tiêm vào thể vân hoặc bó MFB mô phỏng giống quá trình diễn biến tự nhiên của bệnh Parkinson.

Ngày nay, khi nghiên cứu về ảnh hưởng của 6-OHDA lên tế bào tiết dopamin, các nhà khoa học không chỉ dừng lại ở mức khảo sát về mô học mà còn tiến hành các đánh giá về mặt chức năng sinh lý của chúng, định lượng các hóa chất dẫn truyền thần kinh do tế bào này sản xuất ra, các receptor của màng sau synap… Chính vì vậy, nghiên cứu của chúng tôi mới chỉ dừng lại ở bước đầu về mặt hình thái và cấu trúc tế bào, chúng tôi hi vọng rằng tại Việt Nam các nghiên cứu về vấn đề này sẽ được tiến hành rộng rãi để ứng dụng nhiều trong việc tìm ra và ứng dụng các phương pháp điều trị mới cho bệnh nhân Parkinson.

V. KẾT LUẬN

Tiêm 6-OHDA vào 2 vị trí trên đường đi của bó sợi trục tử liềm đen đến thể vân ở bên não chuột cống trắng làm thoái hóa các tận cùng thần kinh ở thể vân và các tế bào tiết dopamin ở liềm đen, tạo ra mô hình gây bệnh Parkinson trên thực nghiệm.

Lời cảm ơn: Các tác giả xin cảm ơn sự đóng góp công sức, sự giúp đỡ của của các nhà khoa học, các kỹ thuật viên Bộ môn Mô-Phôi, Đại học Y Hà Nội trong quá trình thực hiện nghiên cứu. Đặc biệt cảm ơn PGS. Nguyễn Thị Bình đã có những giúp đỡ về ý tưởng, thực hiện và đánh giá kết quả cho nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ebadi M., Pfleiffer R.F. (2005).** *"Parkinson's disease"*, Library of congress cataloging – in – publication data, NewYork.
2. **Simola N., Morelli M., Anna R. C. (2007).** "The 6-Hydroxydopamine model of Parkinson's disease", *Neurotoxicity Research*, **11**, 151 – 157.
3. **Chinta S.J., Andersen J.K. (2005).** "Dopaminergic neurons", *The International Journal of Biochemistry & Cell Biology*, **37**, 942- 946.
4. **Prensa L., Parent A. (2001).** "The nigrostriatal pathway in the rat: A single-axon study of the relationship between dorsal and ventral tier nigral neurons and the striosome/matrix striatal compartments", *The Journal of Neuroscience*, **21** (**18)**, 7247 – 7260.
5. **Ichitani Y., Okamura H., et al (1994).** "Biochemical and immunocytochemical changes induced by 6-hydroxydopamine intrastriatal injection in the rat nigrostriatal dopamine neuron system: evidence for cell death in the substantia nigra", *Experimental neurology*, **130**, 269 – 278.
6. **Zuch C.L, Nordstroem V.K., et al (2000).** "Time course of degenerative alterations in nigral dopaminergic neurons following a 6-hydroxydopamine lesion", *The Journal of Comparative Neurology*, **427**, 440 – 454.
7. **Tobon-Velasco J.C., Limon-Pacheco J.H., et al. (2013).** "6-OHDA induced apoptosis and mitochrondrial dysfunction are mediated by early modulation of intracellular signals and interaction of Nrf2 and NF-kB factors", *Toxicology*, **304**, 109 – 119.

NGHIÊN CỨU SỰ ƯA THÍCH CỦA BỆNH NHÂN VỀ PHƯƠNG PHÁP AN THẦN DO BỆNH NHÂN TỰ KIỂM SOÁT (PCS = PATIENT CONTROLLED SEDATION) BẰNG MIDAZOLAM TRONG THỦ THUẬT NHA KHOA

Nguyễn Quang Bình*, Phạm Hoàng Tuấn*

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu sự ưa thích của bệnh nhân về phương pháp an thần do bệnh nhân tự kiểm soát bằng midazolam trong thủ thuật nha khoa. ***Đối tượng phương pháp:*** 70 bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật răng khôn, tuổi 18 – 60, ASA I - II chia thành 2 nhóm ngẫu nhiên. Nhóm 1 (GTĐT = gây tê đơn thuần) chỉ gây tê bằng lidocaine 2% (n = 35) và nhóm 2 (PCS): an thần do bệnh nhân tự kiểm soát bằng bơm tiêm điện sử dụng liều bolus midazolam 0,5 mg kết hợp gây tê lidocaine 2% (n = 35). ***Kết quả:*** Hiệu quả an thần ở nhóm PCS so với nhóm GTĐT: mức an thần tỉnh 4 < OAA/S < 5 so với OAA/S = 5 điểm (p <

**Bệnh viện Răng hàm mặt TW Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Bình
Email: nguyenbinh3010@gmail.com
Ngày nhận bài: 5.11.2016
Ngày phản biện khoa học: 20.12.2016
Ngày duyệt bài: 29.12.2016

0,01); mức quên hoàn toàn 54,29 % so với 0 % (p < 0,05); mức lo sợ sau phẫu thuật 3,14 ± 0,35 so với 7,29 ± 3,29 (p < 0,05); mức độ đau 0,77 ± 1,32 so với 3,35 ± 1,84 điểm (p < 0,01); sự mong muốn dùng lại phương pháp lần sau 92,42 % so với 62,86 % (p < 0,05); mức hài lòng của bệnh nhân 8,26 ± 1,03 so với 6,63 ± 1,57 điểm (p < 0,01). ***Kết luận:*** Bệnh nhân thích sử dụng phương pháp PCS bằng midazolam kết hợp với gây tê với mức an tỉnh, quên hoàn toàn, giảm đau, giảm lo sợ, hài lòng và mong muốn dùng an thần hơn so với phương pháp gây tê đơn thuần trong thủ thuật nha khoa.

Từ khóa: An thần, PCS, midazolam,

SUMMARY

RESEARCH ON THE DESIRE OF PATIENTS OF SEDATION METHODS PCS BY MIDAZOLAM IN DENTAL SURGERY

Objective: Research on the desire of patients of sedation methods PCS by midazolam in dental surgery. **Methods:** clinical trials, controlled study, conducted in 70 patients, aged 18-60, ASA I - II. LANS group (n = 35): administered local anesthesia by lidocaine 2% with epinephrine 1/100,000 with a dose of 2 mg/kg and 5 minutes after the surgery. PCS group (n = 35): patient controlled sedation by installing electric pump bolus injection: 0,5 mg midazolam and duration refractory period (lockout period) between 2 visits of bolus is 1 minute combined with local anesthesia. **Results:** Groups PCS have the causes of forgetfulness 54.29 %, the level of pain 0.77 ± 1.32 points, the level to decrease the rate of postoperative fear 3.14 ± 0.35 points, satisfaction of patients 8.26 ± 1.03 points statistically significant (p < 0.05 and p < 0.01) compared with the group about the causes forgotten MOET 0 %, a painless 3.55 ± 2.01 points, decrease the rate of postoperative fear 7.29 ± 3.29 points, satisfaction of patients 6.63 ± 1.57 points; the desire to use sedation again in the PCS group 92.42 % that's higher in statistical significance (p < 0.05) compared with the group local anesthesia 62.86 %. **Conclusion:** The method PCS using midazolam combined with local anesthesia have the level of forgetfulness, the level of pain, the postoperative fear decreases, patient's satisfaction than local anesthestics in wisdom tooth surgery.

Keywords: *Sedation, PCS, midazolam*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xã hội ngày càng phát triển nhu cầu săn sóc sức khỏe răng miệng ngày càng cao. Nhiều bệnh nhân muốn đến gặp bác sỹ nha khoa lần đầu để tư vấn về các bệnh lý răng miệng nhưng có thể từ chối cuộc hẹn lần sau hoặc khi can thiệp nha khoa lần đầu nhưng có thể lại có thái độ trốn tránh hẹn lần sau với lí do lo sợ. Muốn giải quyết được vấn đề này, giúp cho bệnh nhân có tinh thần thoải mái, dễ chấp nhận mỗi khi can thiệp nha khoa mà không cảm thấy lo sợ bằng cách sử dụng midazolam để an thần trong khi can thiệp. Midazolam ở liều an thần có tác dụng an dịu, chấn kinh, giảm lo âu, sợ hãi và gây quên. Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng phương pháp PCS (patient controlled sedation) bằng midazolam kết hợp với gây tê tại chỗ lidocain 2% so sánh với phương pháp chỉ gây tê tại chỗ đơn thuần (GT) trong can thiệp nha khoa (đại diện là phẫu thuật răng khôn hàm dưới) nhằm đánh giá sự ưa thích của bệnh nhân với các phương pháp trên ở các tiêu chí: *mức an thần, gây quên, lo sợ sau phẫu thuật, đau, hài lòng của bệnh nhân và mong muốn dùng lại phương pháp.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật một răng 38 hoặc 48, vô cảm dưới gây tê tại chỗ đơn thuần hoặc gây tê tại chỗ kết hợp với an thần. Tuổi từ 18 – 60, tình trạng toàn thân khỏe mạnh theo ASA I, II. Bệnh nhân thực hiện phẫu thuật trên ghế nha khoa – tại khoa Phẫu thuật Trong Miệng, Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội bởi một phẫu thuật viên có kinh nghiệm và bác sĩ gây mê hồi sức.

2.2. Phương pháp

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, so sánh đối chứng. Chia ngẫu nhiên làm hai nhóm:

- Nhóm 1 (GTĐT = gây tê tại chỗ đơn thuần): n = 35 bệnh nhân
- Nhóm 2 (PCS = an thần do bệnh nhân tự điều khiển): n = 35 bệnh nhân: bệnh nhân an thần bằng phương pháp PCS sử dụng midazolam kết hợp gây tê tại chỗ.

2.2.2. Phương pháp tiến hành

- Chuẩn bị bệnh nhân, dụng cụ, phương tiện: Theo quy trình chuẩn bệnh viện.

- Phương pháp vô cảm

+ Nhóm 1 (GTĐT): gây tê tại chỗ ở gai spix vùng răng khôn hàm dưới bằng lidocain 2 % có epinephrin 1/100.000 với liều đầu 2 mg/kg, sau 5 phút tiến hành phẫu thuật, thêm liều lidocain 0,5 mg/kg nếu bệnh nhân đau (tổng liều lidocain < 6 mg/kg).

+ Nhóm 2 (PCS): bệnh nhân tự thực hiện tiêm tĩnh mạch bằng cách bấm nút điều khiển bơm tiêm điện chuyên dụng và nhận từng liều 0,5 mg midazolam, liều đầu là 0,5 mg midazolam trước 1 phút khi gây tê tại chỗ như nhóm 1. Duy

trì những liều tiếp theo bằng cách đặt liều bolus: 0,5 mg midazolam và đặt khoảng thời gian trơ *(thời gian không tác dụng)* giữa 2 lần bolus là 1 phút. Bệnh nhân có thể bấm nút điều khiển mỗi khi thấy khó chịu hay lo sợ.

2.2.3. Phương pháp đánh giá

** Tiêu chí đánh giá:*

- Đặc điểm chung bệnh nhân: tuổi, giới, cân nặng, toàn thân theo ASA.

- Đánh giá mức độ an thần theo OAA/S (mắt, vẻ mặt, lời nói và đáp ứng lâm sàng): OAA/S = 1 điểm: ngủ sâu; 1 < OAA/S < 2: an thần quá mức; 2 < OAA/S < 3: an thần sâu; 3 < OAA/S < 5: an thần tỉnh; OAA/S = 5: tỉnh hoàn toàn [1].

- Mức độ gây quên theo Rodrigo: không quên *(nhớ lại toàn bộ sự việc trong lúc mổ)*; quên một phần *(không nhớ đầy đủ sự việc trong mổ)*; quên hoàn toàn *(không nhớ các sự việc diễn ra khi mổ)* được hỏi ngay khi bệnh xuất viện [3].

- Mức độ lo sợ sau phẫu thuật răng theo SDFQ: sau khi điều trị nha khoa, bệnh nhân cảm thấy thế nào? < 4 điểm (hoàn toàn không lo sợ), 4 – 8 điểm (lo sợ nhưng điều trị vẫn thành công: *mức nhẹ*), 9 -12 điểm (lo sợ nhưng điều trị kéo dài hơn bình thường: *mức độ vừa*), 13 -20 điểm (quá lo sợ đến nỗi điều trị khó khăn, không thành công*: mức độ nặng*) [2].

- Mức độ đau theo VAS: 0 - 1 điểm *(không đau)*; 2 - 3 điểm *(đau ít)*; 4 - 6 điểm *(đau vừa)*; 6 - 8 điểm *(đau nhiều)*; 8 - 10 điểm *(đau không chịu nổi)*.

- Đánh giá về mức độ hài lòng của bệnh nhân theo VAS, hỏi trước khi xuất viện (0 - 3: *không hài lòng*, 4 - 5: *hài lòng ít*, 6 - 7: *hài lòng*, 8 - 10: *rất hài lòng*).

- Tỉ lệ (%) số bệnh nhân mong muốn sử dụng phương pháp vô cảm và an thần lần sau, bệnh nhân được hỏi ngay trước khi xuất viện (có hay không?).

** Thời điểm đánh giá:* T_0: 5 phút trước an thần; T_1: 1 phút sau an thần; T_2: 5 phút, T_3: 10 phút, T_4: 15 phút phẫu thuật; T_5: kết thúc phẫu thuật; T_X: xuất viện.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: tuân thủ các nguyên tắc trong tuyên bố Helsinki (1975), được thông qua tại Hội nghị Y tế Thế giới 29 (Tokyo) năm 1986.

2.4. Phương pháp xử lí số liệu: xử lí theo phần mềm thống kê SPSS 15.0

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm về cân nặng, tuổi , giới tính, tình trạng sức khỏe (ASA):

Nhóm PCS và GTĐT về tuổi, giới tính, cân nặng và tình trạng sức khỏe ASA khác nhau không ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Như vậy, về tuổi, giới, cân nặng và tình trạng sức khỏe ASA ở 2 nhóm là tương đồng.

3.2. Mức độ an thần theo OAA/S:

Tại các thời điểm từ T_1 đến T_5 ở nhóm PCS điểm an thần thấp hơn có ý nghĩa (p < 0,01) so với nhóm GTĐT và 4 < OAA/S < 5 (giới hạn trong vùng an thần tỉnh). Ở mức an thần này, bệnh nhân thư dãn, tinh thần thoải mái mà không thấy lo sợ, các dấu hiệu hô hấp không bị ức chế và tuần hoàn luôn ổn định.

3.3. Mức độ gây quên

Bảng 1. Mức độ gây quên theo Rodgio

Mức gây quên	Nhóm 1 (n = 35)		Nhóm 2 (n = 35)	
	BN	%	BN	%
Không quên	35	*100*	0	*0*
Quên một phần	0	*0*	16	*45,71**
Quên hoàn toàn	0	*0*	19	*54,29 **

*Ghi chú: *: p < 0,05 khác nhau có ý nghĩa thống kê so với nhóm 1*

Mức độ quên một phần và hoàn toàn ở nhóm PCS sử dụng midazolam cao hơn có ý nghĩa (p < 0,05) so với nhóm GTĐT. Quên các sự việc và hiện tượng trong khi phẫu thuật như kim gây tê, kìm bảy răng, tiếng khoan, kim chỉ… là ưu điểm khi sử dụng an thần bằng midazolam, bệnh nhân dễ dàng chấp nhận can thiệp một cách nhẹ nhàng và khi được hỏi nếu lần sau phải can thiệp bệnh nhân mong muốn được sử dụng an thần. Taani (2001) nghiên cứu cho thấy hầu hết các bệnh nhân quên các sự kiện khi mổ khi sử dụng PCS bằng midazoalm [5]. Rudkin (1992) cho thấy quên sau mổ xảy ra với midazolam nhưng không xảy ra với propofol [4]. Như vậy, nghiên cứu của các tác giả cũng có nhận xét tương tự như nghiên cứu của chúng tôi.

3.4. Mức lo sợ sau phẫu thuật

Bảng 2. Mức lo sợ sau phẫu thuật theo SQFD (điểm).

Mức lo sợ của bệnh nhân (Điểm)	Nhóm 1 (n = 35) $\overline{X}$ ± SD (Min – Max)	Nhóm 2 (n =35) $\overline{X}$ ± SD (Min – Max)
Sau phẫu thuật theo SQFD	7,29 ± 3,29 (4 – 16)	3,14 ± 0,35* (1 - 4)

*Ghi chú: *: khác nhau có ý nghĩa (p < 0,01) so với nhóm 1.*

Mức lo sợ sau phẫu thuật theo SQFD ở nhóm PCS sử dụng midazolam khác nhau có ý nghĩa (p < 0,01) so với nhóm GTĐT. Như vậy, việc sử dụng midazolam có tác dụng an thần, chấn kinh giúp cho bệnh nhân giảm lo sợ thực sự dễ chấp nhận can thiệp, trong khi đó ở nhóm GTĐT bệnh nhân sau phẫu thuật vẫn còn cảm giác lo sợ mức độ nhẹ, cũng chính vì vậy mà bệnh nhân dễ có thái độ từ chối nếu lần sau cần phải can thiệp.

3.5. Mức độ đau của bệnh nhân

Bảng 3. Mức độ và tỉ lệ bệnh nhân đau theo VAS

Mức đau	Nhóm1 (n = 35)		Nhóm 2 (n = 35)	
	BN	%	BN	%
Không	09	*25,71*	20	*57,14**
Nhẹ	09	*25,71*	10	*28,57*
Trung bình	17	*48,58*	05	*14,29*
X ± SD	3,55 ± 2,01		0,77 ± 1,32 *	

*Ghi chú: * : khác nhau có ý nghĩa (p < 0,01) so với nhóm 1*

Mức độ và tỉ lệ số bệnh nhân không đau ở nhóm PCS sử dụng midazolam cao hơn có ý nghĩa (p < 0,01) so với nhóm GTĐT. Nhóm PCS ở mức không đau, trong khi đó ở nhóm GTĐT ở mức đau nhẹ. Ngày nay, hai vấn đề bệnh nhân cần đặt ra trong can thiệp nha khoa là không lo sợ và không đau. Như vậy, phương pháp sử dụng PCS bằng midazolam ưu điểm hơn hẳn so với phương pháp GTĐT trong phẫu thuật răng khôn. Điều này giúp cho bệnh nhân ưu thích sử dụng phương pháp an thần bằng midazoam hơn phương pháp GTĐT.

3.6. Tỉ lệ số bệnh nhân mong muốn dùng lại phương pháp

Bảng 4. Tỉ lệ số bệnh nhân mong muốn dùng lại phương pháp

Mong muốn dùng lại phương pháp	Nhóm 1 (n=35)		Nhóm 2 (n=35)	
	BN	%	BN	%
Muốn	22	*62,86*	32	*92,42**
Không muốn	13	*37,14*	3	*7,58*

*Ghi chú: *: khác nhau có ý nghĩa (p < 0,05) so với nhóm 1.*

Tỉ lệ số bệnh nhân mong muốn dùng lại phương pháp ở nhóm PCS sử dụng midazolam cao hơn có ý nghĩa (p <0,05) so với nhóm GTĐT. Lí giải vấn đề này là do midazoam có tác dụng an dịu, chấn kinh nên giảm thật sự lo âu, sợ hãi và midazolam có tác dụng gây quên nên bệnh nhân không nhớ được các sự việc và hiện tượng diễn ra trong lúc mổ. Chính vì lẽ đó bệnh nhân có mong muốn được áp dụng cho lần sau nếu phải can thiệp phẫu thuật.

3.7. Mức độ hài lòng của bệnh nhân theo VAS

Bảng 5. Mức độ hài lòng của bệnh nhân

Mức độ hài lòng của bệnh nhân (điểm)	Nhóm 1 (n = 35)	Nhóm 2 (n = 35)
$\overline{X}$ ± SD	6,63 ± 1,57	8,26 ± 1,03 *
p	< 0,01	

*Ghi chú: * : khác nhau có ý nghĩa thống kê (p < 0,01) so với nhóm 1.*

Điểm hài lòng của bệnh nhân ở nhóm PCS cao hơn có ý nghĩa (p < 0,01) so với GTĐT. Phương pháp an thần PCS sử dụng midazolam giúp bệnh nhân thư giãn, thoải mái, giảm lo sợ, dễ dàng chấp nhận và hợp tác tốt với phẫu thuật. Vì vậy, bệnh nhân có mức rất hài lòng về phương pháp PCS cao hơn so với phương pháp GTĐT.

IV. KẾT LUẬN

Phương pháp PCS sử dụng midazolam kết hợp gây tê được ưu thích hơn phương pháp gây

tê đơn thuần là do bệnh nhân quên các sự vật hiện tượng, giảm lo sợ và giảm đau trong mổ, hài lòng và dễ chấp nhận lần sau khi can thiệp thủ thuật nha khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Adrian F. *et al* (2007),** "Target controlled infusion (TCI) method with propofol used in day-case patients in oral surgery", *OHDMBSC* 6(1), pp. 53-56.
2. **Jaakkola S., Rautava P., Alanen P., Aromaa M.*, et al* (2009),** "Dental fear: one single clinical question for measurement", *Open Dent J,* 3, pp. 161-6.
3. **Rodrigo M. R., (1994),** "A comparison of patient and anaesthetist controlled midazolam sedation for dental surgery", *Anaesthesia,* 49(3), pp. 241-4.
4. **Rudkin G. E., Osborne G. A., Finn B. P., Jarvis D. A.*, et al* (1992),** "Intra-operative patient-controlled sedation. Comparison of patient-controlled propofol with patient-controlled midazolam", *Anaesthesia,* 47(5), pp. 376-81.
5. **Taani D. S. M. Q. (2001),** "Dental fear among a young adult Saudian population. ", *Int Dent J,* 51., pp. 62-66.

THỰC TRẠNG NHU CẦU KHÁM CHỮA BỆNH CỦA NGƯỜI DÂN MỘT SỐ XÃ TẠI CÁC TỈNH TÂY NGUYÊN NĂM 2013

Trần Kiên*, Trần Quang Trung*, Lê Văn Bào*

TÓM TẮT

Điều tra cắt ngang nhu cầu khám chữa bệnh của 2.012 người dân tại 5 xã thuộc 5 tỉnh Tây Nguyên năm 2013 cho thấy: Dân số mỗi xã từ 3.365- 17.717 người, có xã với 834 hộ nghèo, đa số có trình độ học vấn là Tiểu học (33,9%) và Trung học cơ sở (42,3%), nghề nghiệp chủ yếu là làm nông nghiệp (83,7%). Tỷ lệ hộ gia đình đến Trạm y tế khi có người ốm là 85,7%, với 88,0% hộ có người đến trạm trong năm qua, (đến khám chữa bệnh 70,2%, phòng bệnh 32,9%). Chọn Trạm y tế đầu tiên đi khám chữa bệnh (61%), bệnh viện huyện là 21,2% và phòng khám tư nhân 11,8%. Có 40,6% phụ nữ đẻ tại trạm, 18,0% đẻ tại bệnh viên huyện và có 27,6% đẻ tại nhà. Lựa chọn trạm y tế đầu tiên với lý do gần nhà (33,2%), là nơi điều trị tốt (24%), có bảo hiểm y tế (17,5%) và trạm có bác sĩ (5,9%). Có 60,7% hài lòng chuyên môn của cán bộ y tế trạm, 42,0% do trạm có bác sĩ tốt và 27,0% trạm đầy đủ thuốc. Về thái độ phục vụ của cán bộ Trạm y tế 73% là tốt, 22,0% bình thường và 4,5% kém.

Từ khóa: Nhu cầu, khám chữa bệnh, hộ gia đình, Trạm y tế xã.

SUMMARY

SITUATION OF HEALTH CARE NEEDS IN SEVERAL COMMUNES OF CENTRAL HIGHLANDS PROVINCES IN 2013

A cross sectional survey of health care needs conducted on 2,012 people in five communes in five provices of Central Highlands in 2013 showed that: The population of communes ranged from 3,365 to 17,717 people; one commune had 834 poverty households; the majority of education level was primary school (33.9%) and secondary school (42.3%); agriculture was the main employment (83.7%). The proportion of households accessing to health stations when there were sick people was 85.7%, of which 88.0% of households sought for services in the stations the past year (medical service 70.2%, disease prevention 32.9%). The first locations of health care services were commune health stations (61%), district hospital (21.2%), and private clinics (11.8%). Child delivery locations included commune health stations (40.6%), district hospitals (18.0%), and home (27.6%). Reasons for choosing commune health stations involved residence proximity (33.2%), good treatment (24%), availability of health insurance (17.5%), and availability of doctors at stations (5.9%). 60.7% reported satisfaction with medical staff at the stations, because of doctor quality (42.0%) and sufficient drugs (27.0%). Regarding the service attitude of medical staff, 73% of stations were ranked good, 22.0% normal, and 4.5% poor.

Keywords: Need, medical care, households, commune health stations.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổ chức y tế cơ sở trên địa bàn xã/ phường, thị trấn là đơn vị kỹ thuật y tế đầu tiên tiếp xúc với nhân dân, nằm trong hệ thống y tế Nhà nước, có nhiệm vụ thực hiện các dịch vụ kỹ thuật chăm sóc sức khoẻ ban đầu cho nhân dân. Trạm y tế xã đóng vai trò chủ yếu trong việc khám chữa bệnh cho người nghèo, từ 70% - 82% số người nghèo đến khám chữa bệnh tại Trạm y tế xã khi đau ốm. Ở Việt Nam, khoảng gần 80% dân số ở vùng nông thôn, cơ sở y tế gần với họ nhất, dễ tiếp cận nhất là Trạm y tế, nâng cao chất lượng hoạt động của Trạm y tế là cần thiết để làm tăng khả năng tiếp cận của người dân đối

** Học viện Quân y*
Chịu trách nhiệm chính: *Trần Kiên*
Email: *kientranhvqy@yahoo.com.vn*
Ngày nhận bài: 16.9.2016
Ngày phản biện khoa học: 2.12.2016
Ngày duyệt bài: 12.12.2016

với cơ sở y tế cũng như đảm bảo công bằng trong chăm sóc sức khỏe. Do hoạt động cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh tại Trạm y tế còn yếu và chất lượng chưa tốt, dẫn đến việc ít sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh tại trạm y tế là một nguyên nhân gây quá tải cho các bệnh viện tuyến trên.

Vì vậy mà nhu cầu, sự lựa chọn dịch vụ khám chữa bệnh của người dân ở đây cũng có sự khác biệt so với các vùng sinh thái khác trên cả nước. Xuất phát từ những vấn đề trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhu cầu khám chữa bệnh và khả năng đáp ứng của Trạm y tế một số xã các tỉnh Tây Nguyên, *đề xuất một số biện pháp nâng cao chất lượng khám chữa bệnh tại TYT, nhằm tạo niềm tin và thu hút người dân đến khám chữa bệnh*. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả thực trạng nhu cầu khám chữa bệnh của người dân một số xã tại các tỉnh Tây Nguyên năm 2013.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Người sử dụng dịch vụ y tế (chủ hộ hoặc người đại diện hộ gia đình) tại các xã nghiên cứu.

2. Địa điểm nghiên cứu: Tại 5 xã thuộc 5 tỉnh Tây Nguyên gồm: Xã Lộc Sơn- huyện Bảo Lộc- Lâm Đồng; Xã Yang Reh- huyện Krông Bông- Đăklăk; Xã Đăk Ta ley- huyện Mang Yang- Gia Lai; Xã Đăk Long- huyện Đăk Hà - Kon Tum; Xã Đăk Lao- huyện Đăk Mil- Đăk Nông.

3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 6 đến tháng 12 năm 2013.

4. Nội dung nghiên cứu: Thu thập dữ liệu về nhu cầu khám chữa bệnh của người dân trên địa bàn nghiên cứu.

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

- Chọn mẫu: Chọn hộ gia đình, hộ thứ nhất chọn ngẫu nhiên đơn, hộ tiếp theo chọn với khoảng cách mẫu là k.

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

- Lấy mẫu: Trên mỗi tỉnh Tây Nguyên (5 tỉnh) chọn ngẫu nhiên 1 huyện và mỗi huyện chọn ngẫu nhiên 1 xã.

- Cỡ mẫu, được tính theo công thức:

Trong đó:

n: Là cỡ mẫu cần điều tra; Mức ý nghĩa thống kê $\alpha = 0,05 \rightarrow z(1-\alpha/2) = 1,96$

p: Tỷ lệ hộ gia đình có người phải KCB (2010 là 61,4%); d: Sai số cho phép là 3,1%; DE: Hệ số thiết kế (Design Effect) = 2. Thay vào công thức, tính được n=1.896, Thực tế điều tra được tại địa bàn nghiên cứu là 2.012 Hộ gia đình.

* Công cụ nghiên cứu: Phỏng vấn hộ gia đình qua các bộ câu hỏi có sẵn.

6. Xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Thông tin chung về địa bàn và đối tượng nghiên cứu:

Bảng 1: Diện tích tự nhiên, dân số và nhân khẩu của địa bàn nghiên cứu

Nội dung	Lộc Sơn	Yang Reh	Đắk Ta Ley	Đắk Long	Đắk Lao
Diện tích (km^2)	12,4	27,3	49,0	58,0	31,2
Dân số	17.717	5.499	3.365	4.401	6.580
Mật độ dân số (/km^2)	1.429	201	69	76	211
Số buôn, làng	22	8	5	6	11
Tổng số hộ	4.171	1.173	741	854	1.546
Quy mô hộ	4,2	4,7	4,5	5,2	4,3

Kết quả bảng 1 cho thấy: Xã Lộc Sơn có số dân 17.717 người, mật độ dân số 1.429 người/km^2 và 22 buôn làng là cao nhất. Xã Đắk Ta Ley có dân số 3.365 người, mật độ 69 người/km^2 và 5 số buôn làng là thấp nhất.

Bảng 2: Thu nhập, tiếp cận trạm y tế và cơ cấu theo độ tuổi tại địa bàn nghiên cứu

Nội dung	Lộc Sơn	Yang Reh	Đắk Ta Ley	Đắk Long	Đắk Lao
Số hộ nghèo	824	374	203	159	200
Tỷ lệ hộ nghèo	19,8	31,9	27,4	18,6	12,9
Thu nhập người/năm (triệu đ)	26,0	9,8	2,0	5,0	21,0
Số thôn cách TYT >1h đi bộ	0	2	2	2	4
Từ xã đến BV gần nhất (km)	2,0	15,0	20,0	22,0	10,0
Số trẻ <1 tuổi	320	115	110	80	150
Số trẻ <5 tuổi	1.528	536	649	331	448
Số phụ nữ 15-49 tuổi	4.632	1.398	1.024	1.086	1.592

Kết quả bảng 2 cho thấy: Xã Lộc Sơn có số hộ nghèo (834), số trẻ em <1 tuổi (320), trẻ em <5 tuổi (1.528), số phụ nữ ở tuổi sinh đẻ (4.632) là cao nhất và không có thôn xa TYT > 1 giờ đi bộ. Xã Đắk Long có số hộ nghèo (159), số trẻ em <1 tuổi (80), số trẻ em <5 tuổi (331) là thấp nhất và có 2 thôn xa đến TYT>1 giờ đi bộ.

Bảng 3: Tình hình học vấn và nghề nghiệp của đối tượng nghiên cứu (n=2.012)

Học vấn	Số lượng	Tỷ lệ %		Nghề nghiệp	Số lượng	Tỷ lệ %
Mù chữ	178	8,8		Nông nghiệp	1.684	83,7
Tiểu học	683	33,9		CBVCNN	86	4,3
Trung học cơ sở	852	42,3		Già, nội trợ	23	1,1
Trung học phổ thông	223	11,1		Hưu, mất sức	15	0,7
Cao đẳng, Đại học	76	3,8		Buôn bán,SXKD	68	3,4
				Làm thuê, mướn	18	0,9
				Khác	118	5,9

Kết quả bảng 3 cho thấy: Đa số đối tượng có trình độ học vấn Tiểu học (33,9%) và THCS (42,3%), mù chữ (8,8%). Nghề nghiệp chủ yếu là nông nghiệp (83,7%).

2. Nhu cầu sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của đối tượng nghiên cứu

Bảng 4: Tình hình người ốm trong 2 tuần qua tại địa bàn nghiên cứu (n= 2.012)

Nội dung	Chung 5 xã, thuộc 5 tỉnh (n=2.012)	
	Số lượng	***Tỷ lệ (%)***
Người bị ốm trong hai tuần qua (n=8.673)	704	8,1%
Hộ có người đến trạm (n=704)	603	85,7
Lượt ốm TB/người/năm	**2,1**	
Bệnh thường mắc		
Cảm cúm	631	31,4
Bệnh đường hô hấp	835	41,5
Tiêu chảy	304	15,1
Bệnh đường tiêu hóa khác	99	4,9
Bệnh cơ xương khớp	84	4,2
Sốt xuất huyết	28	1,4
Tăng huyết áp	14	0,7
Bệnh tim mạch khác	16	0,8
Nguyên nhân gây bệnh chính		
Ăn uống không vệ sinh	713	35,4
Ở không sạch sẽ	343	17,0
Do thời tiết thay đổi	1458	72,5
Không rõ	131	6,5
Khác	14	0,7

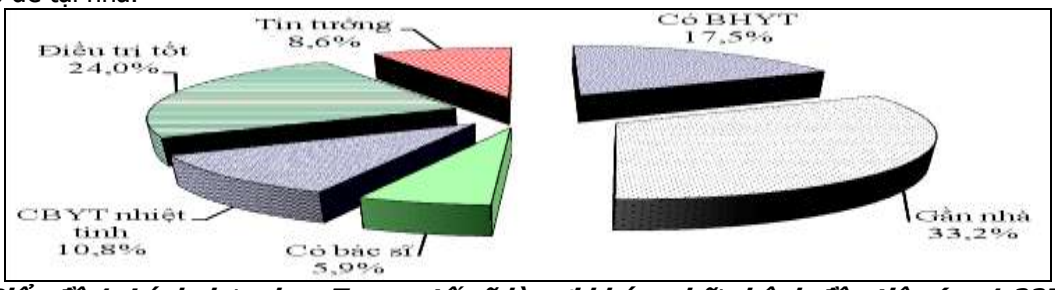
Kết quả bảng 4 cho thấy: Số Hộ gia đình (HGĐ) đến Trạm y tế (TYT) khi bị ốm có tỷ lệ 85,7%. Trung bình có 2,1 lượt ốm/người/nằm tại các xã nghiên cứu. Các bệnh thường mắc cao nhất là bệnh hô hấp (41,5%), tiếp đến là cảm cúm (21,4%) và tiêu chảy (15,1%). Nguyên nhân gây bệnh chủ yếu là do thời tiết thay đổi 72,5%, ăn uống không vệ sinh 35,4% và 17% do ở không sạch sẽ.

Bảng 5: Nhu cầu sử dụng dịch vụ KCB của đối tượng nghiên cứu (n= 2.012)

Nội dung	Chung 5 xã, thuộc 5 tỉnh (n=2.012)	
	Số lượng	***Tỷ lệ (%)***
Có người đến Trạm y tế xã trong năm	1770	88,0
Khám chữa bệnh	1412	70,2
Dịch vụ phòng bệnh	662	32,9
Dịch vụ khác	287	14,3
Lựa chọn đầu tiên khi khám chữa bệnh		
Y tế thôn/bản	16	0,8
Trạm y tế xã	1.227	61,0
Phòng khám Đa khoa khu vực	58	2,9
Bệnh viện huyện	426	21,2
Bệnh viện tỉnh	70	3,5
Nhà thuốc, tự mua thuốc	84	4,2
Phòng khám tư	238	11,8

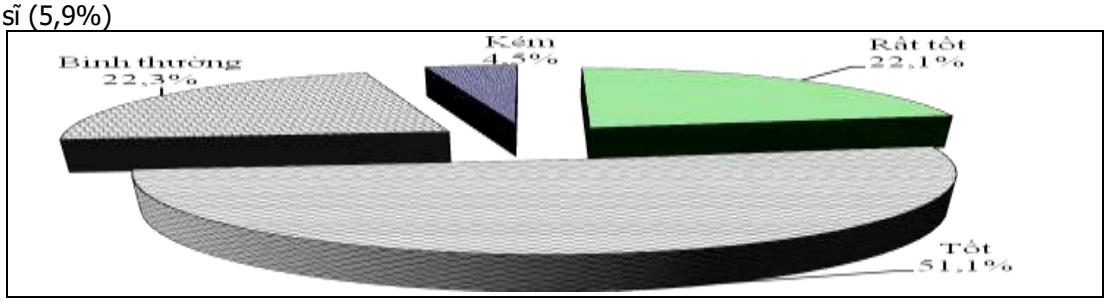
Nơi phụ nữ thường sinh đẻ		
Bệnh viện tỉnh	180	8,9
Bệnh viện huyện	368	18,3
Phòng khám Đa khoa khu vực	62	3,1
Trạm y tế xã	817	40,6
Y tế tư nhân	30	1,5
Tại nhà	555	27,6

Kết quả bảng 5 cho thấy: Có 88% HGĐ có người đến TYT trong năm qua, đến khám chữa bệnh 70,2%, phòng bệnh 32,9%. Khoảng 61% chọn TYT đầu tiên khi đi KCB, bệnh viện huyện là 21,2% và phòng khám tư nhân 11,8%. Có 40,6% đẻ tại TYT, 18% đẻ tại bệnh viên huyện và còn có tới 27,6% đẻ tại nhà.



Biểu đồ 1. Lý do lựa chọn Trạm y tế xã là nơi khám chữa bệnh đầu tiên (n=1.227)

Biểu đồ 1 cho thấy: Lựa chọn trạm y tế là nơi khám chữa bệnh đầu tiên, lý do nhiều nhất là do gần nhà (33,2%), là nơi điều trị tốt (24%), có bảo hiểm y tế tại trạm (17,5%) và lý do trạm y tế có bác sĩ (5,9%)



Biểu đồ 3. Nhận xét về thái độ phục vụ của Trạm y tế xã (n=2.012)

Biểu đồ 3 cho thấy: Nhận xét về thái độ phục vụ của cán bộ nhân viên TYT xã 73,2% cho rằng tốt và rất tốt, 22,3% cho là bình thường và 4,5% kém.

IV. BÀN LUẬN

Các bệnh thường gặp ở đồng bào dân tộc thiểu số Tây Nguyên là hô hấp (41,5%), cảm cúm (31,0%), tiêu chảy (15,0%) và bệnh đường tiêu hóa khác 5%. Tỷ lệ các bệnh đường tiêu hóa cao cho là có liên quan đến điều kiện vệ sinh do không sử dụng nguồn nước sạch trong sinh hoạt. Khác với cơ cấu bệnh tật trước đây do các tác giả đã nghiên cứu, chủ yếu là bệnh sốt rét và nhiễm trùng.

Thực trạng sử dụng dịch vụ khám chữa bệnh của Hộ gia đình: Tỷ lệ người ốm đến TYT là khá cao 88%. Tuy nhiên đây không phải là kết quả điều tra trực tiếp người ốm mà qua gián tiếp chủ hộ. Thực tế khi mắc bệnh, thông thường người dân kết hợp rất nhiều phương pháp điều trị cùng lúc. Kết quả khảo sát chung trong 2 tuần qua cho thấy, khi bị ốm người dân chủ yếu chọn nơi khám chữa bệnh là TYT (61,0%), tỷ lệ này cao hơn rất nhiều so với các nghiên cứu của Lê Sỹ Cần, Lê Hữu Thọ. Kết quả này cho thấy bên cạnh việc đầu tư cho phát triển mạng lưới y tế xã bước đầu mang lại hiệu quả nhất định, thì chất lượng dịch vụ KCB tại TYT đã được cải thiện và tạo niềm tin cho người dân. Vì vậy có tới gần 61% HGĐ hài lòng về TYT có chuyên môn tốt, 42% hài lòng với bác sĩ tốt và 27% hài lòng về thuốc đầy đủ. Tỷ lệ tới phòng khám tư (15,0%), chứng tỏ hệ thống y tế tư nhân khá phát triển và chủ yếu tập trung tại thị trấn, thị tứ đông dân. Lựa chọn nơi sinh đẻ cũng là hình ảnh minh chứng cho công tác chăm sóc sức khỏe sinh sản tại TYT xã. Trong nghiên cứu này tỷ lệ phụ nữ sinh đẻ tại TYT xã là khá cao gần 50%. Tuy nhiên nó cũng phản ánh hợp lý cho sự cải thiện về cơ sở hạ tầng, trang thiết bị y tế và nguồn

nhân lực có chất lượng. Bên cạnh đó nghiên cứu này cũng đưa ra một số kết quả như: Tỷ lệ phụ nữ đẻ tại nhà vẫn cao (gần 28%) và được các bà đỡ mụ vườn hoặc những người có kinh nghiệm trong thôn đỡ đẻ và chăm sóc. Kết quả cho thấy các phong tục, rào cản phụ nữ tiếp cận với các dịch vụ y tế vẫn chưa được xóa bỏ hoàn toàn và những hạn chế trong công tác truyền thông giáo dục sức khỏe. Đồng thời gợi ý cho chúng ta về xu hướng chăm sóc sức khỏe sinh sản, tăng cường gói đẻ sạch cho người dân cần được nghiên cứu thêm. Tỷ lệ không được điều trị là 15%, có nhiều lý do khác nhau tuy nhiên phần lớn người dân tộc thiểu số Tây Nguyên có tập quán ngủ rẫy thường xuyên, chỉ khi nào có bệnh và ở mức độ nặng họ mới đến cơ sở y tế.

Vì vậy cần tăng cường truyền thông giáo dục sức khỏe phòng chống các dịch bệnh tiêu chảy, đường hô hấp cho người dân tại Tây Nguyên và tăng cường công tác giám sát hỗ trợ các TYT, nâng cao thái độ phục vụ, chất lượng khám thai, đỡ đẻ, chăm sóc sau sinh tại nhà, góp phần tạo dựng niềm tin của người dân đối với y tế tuyến xã, góp phần giảm bớt quá tải cho các bệnh viện tuyến trên.

V. KẾT LUẬN

Thực trạng nhu cầu khám chữa bệnh của người dân tại 5 xã thuộc 5 tỉnh Tây Nguyên năm 2013:

- Bình quân có 2,1lượt người ốm/năm tại các xã nghiên cứu trong 2 tuần qua. Bệnh/chứng phổ biến tại cộng đồng là hô hấp (41,5%), cảm cúm 31% và bệnh tiêu chảy (15%). Nguyên nhân mắc bệnh chủ yếu cho rằng do thời tiết thay đổi (72,0%).

- Tỷ lệ hộ gia đình có người ốm đến trạm y tế cao chiếm 86%. Tỷ lệ lựa chọn đầu tiên để khám chữa bệnh là trạm y tế (61,0%) và bệnh viện huyện (21,2%), đến y tế tư nhân (11,8%). Tỷ lệ không điều trị khi ốm đau còn cao (15,0%).

- Tỷ lệ hộ gia đình đến trạm y tế xã trong năm qua cao (88,0%), trong đó chủ yếu là đến để khám chữa bệnh (70,0%), tìm kiếm dịch vụ phòng bệnh (33,0%), và dịch vụ khác (14,3%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Quốc Phòng- Bệnh viện 175 (2009)**, *Điều tra cơ cấu bệnh tật, điều kiện vệ sinh môi trường, tập quán sinh hoạt của đồng bào các dân tộc thiểu số Tây Nguyên năm 2009*, TP. Hồ Chí Minh.
2. **Lê Sỹ Cần (2007)**, *Thực trạng nhu cầu khám chữa bệnh của người Jarai, Bahnar và khả năng đáp ứng của y tế một số xã tỉnh Gia Lai,* Luận văn Thạc sỹ Y học, Học viện Quân Y.
3. **Vũ Thị Minh Hạnh, Hoàng Thị Mỹ Hạnh và cộng sự**, *Thực trạng và khả năng cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh tại các cơ sở y tế công lập của 5 tỉnh Tây Nguyên*, Tạp chí chính sách Y tế, số 11/2013.
4. **Viện chiến lược và chính sách y tế** (2009), *Báo cáo đánh giá tác động nội dung hỗ trợ cho người nghèo của dự án chăm sóc sức khỏe nhân dân các tỉnh Tây Nguyên*, Hà Nội.
5. **Bjorn Ekman and etal (2008)**, *Health insurance reform in Vietnam: a review of recent developments and future challenges.*

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ KỸ THUẬT THỞ OXY LÀM ẤM ẨM DÒNG CAO QUA CANUN MŨI TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN SUY HÔ HẤP CẤP

Đỗ Quốc Phong[1], Ngô Đức Ngọc[2], Đỗ Ngọc Sơn[3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả kỹ thuật thở oxy làm ấm dòng cao qua canun mũi trong điều trị bệnh nhân suy hô hấp mức độ trung bình. Đối tượng: 68 bệnh nhân cấp cứu và điều trị tại Khoa Cấp cứu – Bệnh viện Bạch Mai từ 7/2015 – 12/2016. Phương pháp nghiên cứu: mô tả tiến cứu. Đánh giá bệnh nhân qua các thời điểm trước và sau khi hỗ trợ hô hấp bằng hệ thống HHFNC. Điểm khó thở tính theo thang điểm của Borg. Các biến định lượng được trình bày theo giá trị trung bình và độ lệch chuẩn; sử dụng các test tham số cho biến phân bố chuẩn và test phi tham số cho biến phân bố không chuẩn; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các biến định tính được trình bày theo tỷ lệ phần trăm (%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả: Tỉ lệ thành công: 91.18%. HHFNC cải thiện rõ ràng các dấu hiệu lâm sàng: mạch (95.8 vs 112.6, $p<0.001$), nhịp thở (21.1 vs 27.2, $p<0.001$), điểm khó thở Borg (3.57 - 2.28, $p<0.05$), MAP (88.5 vs 95.4, $p<0.001$), SpO_2 (98.0 vs 93.9, $p<0.001$). HHFNC cải thiện rõ ràng các dấu hiệu

[1] *Bệnh viện E*
[2] *Trường Đại học Y Hà Nội*
[3] *Bệnh viện Bạch Mai*
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Quốc Phong
Email: Dr.phongicu@gmail.com
Ngày nhận bài: 20.10.2016
Ngày phản biện khoa học: 21.12.2016
Ngày duyệt bài: 28.12.2016

cận lâm sàng: PaO_2 (105.4 vs 115.0, p<0.05), PaO_2/FiO_2 (243.9 vs 301.0, p<0.05); ít ảnh hưởng giá trị trung bình $PaCO_2$ (p>0.05), pH (p>0.05), 100% bệnh nhân đờm loãng và cải thiện khả năng ho khạc đờm. Kết luận: HHFNC cải thiện các trệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, mức độ khó thở, khả năng ho khạc đờm ở bệnh nhân suy hô hấp cấp.

Từ khóa: Suy hô hấp cấp, thở oxy làm ẩm dòng cao, liệu pháp oxy

SUMMARY

EFFECTIVENESS EVALUATION OF BREATHING OXYGEN TECHNICAL HIGH CURRENT WORKING THROUGH WARM MOISTURE IN NOSE CANUN PATIENT TREATMENT ACUTE RESPIRATORY FAILURE

Introduction: Oxygen therapy is common maneuver to support acute respiratory patients. HHFNC is one to have some good advantages, such as comfortability, exact oxy fraction…vv. But it is first time to apply the technique in Vietnam. ***Goal:*** To evaluate technique of oxygen support with high humidified high flow humidified in treatment of acute moderate respiratory failure in the Emergency Department. Goal: 68 patients admitted to the ED Bach mai hospital due to acute respiratory failure from 7/2015 – 12/2016. ***Methodology:*** Describe-cohort study, recorded figures and numbers at six time. Borg dyspnea scale as a measurement of result with suitable tests and level of significant α=0.05. ***Result:*** Successful rate: 91.18%. HHFNC help to improve clinical signs as well as laboratory tests. Pulse rate (95.8 vs 112.6, p<0.001), respiratory rate (21.1 vs 27.2, p<0.001), Borg dyspnea scale (3.57 - 2.28, p<0.05), MAP (88.5 vs 95.4, p<0.001), SpO_2 (98.0 vs 93.9, p<0.001). Arterial blood gas: PaO_2 (105.4 vs 115.0, p<0.05), PaO_2/FiO_2 (243.9 vs 301.0, p<0.05); but not for $PaCO_2$ (p>0.05) nor pH (p>0.05), 100% patients had better mucous production. ***Conclusion:*** HHFNC is one of effective tool to help patients who suffer from acute moderate dyspnea

Key words: Acute dyspnea, humidified high flow nasal oxygenation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy hô hấp cấp là tình trạng bệnh lý thường gặp trong các bệnh nhân nhập viện khoa Cấp cứu. Liệu pháp oxy là biện pháp điều trị đầu tay cho các trường hợp bệnh nhân có suy hô hấp. Thở oxy làm ẩm dòng cao qua canun mũi (HHFNC) là một phương pháp hỗ trợ hô hấp đang được ứng dụng ngày càng nhiều ở khoa Cấp cứu. Có ưu điểm kiểm soát FiO_2 chắc chắn, tạo ẩm, làm ấm, cung cấp áp lực dương để hỗ trợ hô hấp. Cấu trúc khá đơn giản, do vậy dễ sử dụng, dễ dung nạp, bệnh nhân vẫn làm được các sinh hoạt thông thường khi áp dụng hệ thống hỗ trợ này, độ ẩm cao giúp làm loãng đờm, tránh khô niêm mạc[1]. Qua nhiều nghiên cứu trên thế giới, HHFNC cải thiện rõ rệt tình trạng khó thở, phân áp oxy trong máu động mạch, giảm tỷ lệ phải đặt ống nội khí quản, bệnh nhân dung nạp tốt với hệ thống... ở bệnh nhân suy hô hấp cấp do nhiều nguyên nhân khác nhau [2]. Tuy nhiên hiện nay tại Việt Nam còn rất ít các nghiên cứu áp dụng hệ thống HHFNC cho bệnh nhân suy hô hấp cấp ở khoa Cấp cứu và hiện tại chưa được ứng dụng rộng rãi. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: "Đánh giá hiệu quả kỹ thuật thở oxy làm ẩm dòng cao qua canun mũi trong điều trị bệnh nhân suy hô hấp mức độ trung bình".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân suy hô hấp cấp mức độ trung bình theo tiêu chuẩn sau:

Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu mô tả

2.2 Quy trình nghiên cứu

Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được áp dụng kĩ thuật thở HHFNC. Các trường hợp thở HHFNC thất bại sẽ được ngừng thở HHFNC và chuyển sang điều trị như thường quy (thông khí nhân tạo không xâm nhập phương thức hỗ trợ áp lực (PS) kết hợp CPAP hoặc đặt nội khí quản và thông khí nhân tạo xâm nhập nếu có chỉ định).

2.3 Tiêu chuẩn thành công – thất bại:

Tiêu chuẩn thành công: Bệnh nhân dung nạp tốt hệ thống: tri giác bệnh nhân không xấu đi, SpO2 tăng lên hoặc đảm bảo > 90%, thông khí phổi cải thiện; mạch, huyết áp tối đa, nhịp thở không tăng quá 20% so với thông số ban đầu

+ Tình trạng lâm sàng cải thiện ở các thời điểm theo dõi các chỉ số lâm sàng (sau thở hệ thống HHFNC 15 phút, 30 phút, 1 giờ, 3 giờ, 6 giờ,12 giờ, 24 giờ): tần số thở giảm, tần số tim giảm, SpO_2 tăng, tri giác không giảm so với thời điểm trước khi áp dụng thở hệ thống HHFNC

+ Cải thiện tình trạng khí máu ở các thời điểm theo dõi xét nghiệm khí máu (sau thở hệ thống HHFNC 1 giờ, 6 giờ, 24 giờ)

- Tiêu chuẩn thất bại: không cải thiện lâm sàng và khí máu ở các thời điểm nghiên cứu, hoặc diễn biến lâm sàng và khí máu nặng lên, hoặc xuất hiện chỉ định đặt ống nội khí quản.

2.4 Thu thập và xử lí số liệu:

Các biến định lượng được trình bày theo giá trị trung bình và độ lệch chuẩn; sử dụng các test tham số (t-test, ANOVA test) cho biến phân bố chuẩn và test phi tham số (sign test, Mann-Whitney test, Kruskal-Wallis test) cho biến phân

bố không chuẩn; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Các biến định tính được trình bày theo tỷ lệ phần trăm (%); sử dụng Z test, test χ2 hoặc Fisher's exact test; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

III. KẾT QUẢ

Có 68 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, 47 bệnh nhân nam chiếm 69.1% và 21 bệnh nhân nữ chiếm 30.9%, bệnh lí thường gặp là viêm phổi với 58.8%, tuổi trung bình là 69±16.2 tuổi, lớn nhất 91 tuổi, nhỏ nhất 20 tuổi.

Bảng 3.1: Tỷ lệ thành công/thất bại khi áp dụng kĩ thuật thở HHFNC

Nhóm	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Thành công	62	91.2
Thất bại	6	8.8

Nhận xét: Số bệnh nhân thành công với kĩ thuật thở HHFNC trong nghiên cứu của chúng tôi là 62 bệnh nhân, chiếm 91.18%. Tỉ lệ thành công/thất bại trong nghiên cứu của chúng tôi là 10.3/1.

Bảng 3.2: Sự thay đổi các chỉ số cận lâm sàng

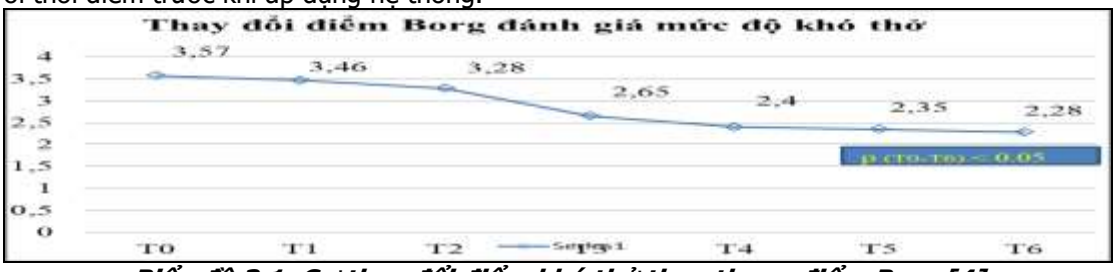
Thông số	Thời điểm	Trung bình ± SD	p
Tần số tim (n=48)	T_0	112.6 ± 14	$p(T_0-T_6) < 0.001$ $p(T_0-T_1) < 0.001$ $p(T_0-T_3) < 0.001$
	T_1	106.3 ± 13	
	T_2	102.3 ± 12.6	
	T_3	99.02 ± 12.1	
	T_4	97.5 ±12.1	
	T_5	95.9 ± 11.9	
	T_6	95.8 ± 10.2	
Tần số thở (n=53)	T_0	27.2±3.0	$p(T_0-T_6) < 0.001$ $p(T_0-T_1) < 0.001$ $p(T_0-T_3) < 0.001$
	T_1	25.0±3.0	
	T_2	23.7±3.3	
	T_3	22.4±2.8	
	T_4	21.8±2.9	
	T_5	21.2±2.5	
	T_6	21.1±2.6	
SpO2 (n=54)	T_0	93.9±3.9	$p(T_0-T_6) < 0.001$ $p(T_0-T_1) < 0.001$ $p(T_0-T_3) < 0.001$
	T_1	96.0±3.2	
	T_2	96.4±2.9	
	T_3	96.8±2.6	
	T_4	97.0±2.2	
	T_5	97.5±1.8	
	T_6	98.0±1.6	
pH	T_0	7.45±0.08	>0.05
	T_6	7.45±0.06	
PaO_2 (mmHg)	T_0	105.4±7.6	<0.05
	T_6	115.0±7.3	
$PaCO_2$ (mmHg)	T_0	37.5±10.6	>0.05
	T_6	38.0±12.1	
PO_2/FiO_2	T_0	243.9±106.3	<0.05
	T_6	301.0±150.8	

Bảng 3.1 cho thấy sự thay đổi giá trị trung bình các chỉ số lâm sàng trong nghiên cứu: tần số tim (95.8 so với 112.6, p<0.001), tần số thở (21.1 so với 27.2, p<0.001), huyết áp trung bình (88.5 so với 95.4, p<0.001), SpO_2 (98.0 so với 93.9, p<0.001). Các chỉ số lâm sàng cải thiện rõ rệt ngay sau thở HHFNC 15 phút (p<0.0001). Giá trị trung bình của pH, $PaCO_2$ thay đổi ở các thời điểm nghiên cứu là không đáng kể, không có ý nghĩa thống kê (p>0.05). Sự thay đổi giá trị trung bình của PaO_2 (115.0±7.3 so với 105.4±7.6, p<0.05), chỉ số PO_2/FiO_2 (301.0±150.8 so với 243.9±106.3, p<0.05) có nghĩa thống kê.

Bảng 3.3: Thay đổi tính chất đờm qua các thời điểm *nghiên cứu*

	T_0	T_1	T_2	T_3	T_4	T_5	T_6
Đặc	100%	100%	100%	73.8%	0%	0%	0%
Trung bình	0%	0%	0%	26.2%	0%	0%	0%
Loãng	0%	0%	0%	0%	100%	100%	100%

Nhận xét: Sau thở HHFNC, tất cả bệnh nhân đều nhận thấy tính chất đờm loãng hơn hoàn toàn so với thời điểm trước khi áp dụng hệ thống.



Biểu đồ 3.1: Sự thay đổi điểm khó thở theo thang điểm Borg [4]

Nhận xét: Điểm khó thở theo thang điểm Borg giảm từ 3.57 xuống 2.28, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với p<0.05.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỉ lệ thành công:

Tiêu chuẩn đánh giá áp dụng kĩ thuật thở HHFNC thất bại trong nghiên cứu của chúng tôi là: không cải thiện lâm sàng và khí máu ở các thời điểm nghiên cứu, hoặc diễn biến lâm sàng và khí máu nặng lên, hoặc xuất hiện chỉ định đặt ống nội khí quản. Với tiêu chuẩn đó chúng tôi thu được kết quả có 62 bệnh nhân thành công với kĩ thuật thở HHFNC chiếm tỉ lệ 91.18% và 6 bệnh nhân thất bại chiếm tỉ lệ 8.82% (bảng 3.1).

So sánh với nghiên cứu của tác giả Jones và cộng sự (2016) [5], mặc dù tác giả không áp dụng tiêu chuẩn giống chúng tôi để xác định thành công – thất bại; tuy nhiên trong quá trình nghiên cứu, tác giả này đã loại 12 bệnh nhân ra khỏi nghiên cứu vì lí do không dung nạp, từ chối tiếp tục áp dụng hệ thống. Tỉ lệ bệnh nhân bị loại khỏi nghiên cứu này là 7.27%. Như vậy tỉ lệ thành công trong nghiên cứu của chúng tôi có cao hơn, tuy nhiên sự khác biệt này là gần như không đáng kể, không có ý nghĩa thống kê. So sánh với nghiên cứu của tác giả Sztrumf và cộng sự (2011) [6], tỉ lệ thất bại là 23.7%. Như vậy tỉ lệ thất bại trong nghiên cứu của chúng tôi là thấp hơn đáng kể. Tuy nhiên nghiên cứu của Sztrumf và cộng sự có số lượng bệnh nhân là thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi (38 so với 68).

4.2. Thay đổi các chỉ số lâm sàng:

Trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy sự khác biệt giá trị trung bình về tần số tim của bệnh nhân ở các thời điểm nghiên cứu, giá trị trung bình về tần số tim có xu hướng giảm sau khi cho thở HHFNC qua các thời điểm. Thống kê cho thấy giá trị trung bình về tần số tim giảm rõ rệt ngay sau khi thở HHFNC, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0.001 (bảng 3.2). Kết quả này cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của Sztrumf [6], tần số tim giảm ngay sau thở HHFNC 15 phút và giảm qua các thời điểm nghiên cứu.

Từ bảng 3.1, giá trị trung bình về tần số thở của bệnh nhân xu hướng giảm rõ rệt sau thở HHFNC từ 27.2±3.0 xuống 21.1±2.6, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với p<0.001. Thống kê cũng cho thấy tần số thở giảm ngay sau khi thở HHFNC (bảng 3.1). Kết quả này cũng giống như kết quả nghiên cứu của tác giả Sztrumf [6], tần số thở giảm ngay sau thở HHFNC 15 phút và giảm qua các thời điểm nghiên cứu. Kết quả sự thay đổi tần số thở trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả nghiên cứu của Itagaki (từ 25 xuống 21, p<0.001) [7] và Lenglet (từ 27.2 xuống 22.4, <0.001) [2].

Trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy giá trị trung bình về SpO_2 của bệnh nhân xu hướng tăng sau khi cho thở HHFNC. Thống kê cũng cho thấy giá trị trung bình về SpO2 tăng rõ rệt ngay sau khi thở HHFNC 15 phút (p<0.001). Trong nghiên cứu của chúng tôi, SpO_2 thay đổi từ thời điểm T_0 là 93.9% đến 96.8% ở thời điểm sau thở HHFNC 1 giờ. Kết quả này tương tự như kết quả nghiên cứu của Lenglet [2], SpO_2 tăng từ 90% (88,5 -94%) lên 97% (92,5-100%) (p <0,001). Khi so sánh với nghiên cứu của Sztrumf [6], chúng tôi cũng thấy kết quả tương tự; SpO_2 tăng từ 93,5% (90-98,5) đến 98,5% (95,5-100) (p=0,0003).

4.3. Thay đổi các chỉ số cận lâm sàng:

Trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy có sự thay đổi giá trị trung bình về pH và $PaCO_2$ máu động mạch của bệnh nhân trong quá trình thở HHFNC, tuy nhiên sự thay đổi này là không đáng kể và không có ý nghĩa thống kê (p>0.05). Khi xem xét kết quả trong nghiên cứu của Sztrymf [6], chúng tôi cũng không thấy có sự thay đổi về giá trị trung bình pH và $PaCO_2$ máu động mạch.

Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi khi đánh giá sự thay đổi thông số pH và $PaCO_2$ máu động mạch ở bệnh nhân thở HHFNC không nhận thấy sự thay đổi đáng kể là tương tự kết quả nghiên cứu của Sztrumf.

Trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy giá trị trung bình về PaO_2 và chỉ số PaO_2/FiO_2 máu động mạch của bệnh nhân trong quá trình thở HHFNC qua các thời điểm thay đổi theo xu hướng tăng dần qua các thời điểm nghiên cứu (bảng 3.2). Sự thay đổi giá trị trung bình về PaO_2, chỉ số PaO_2/FiO_2 máu động mạch của bệnh nhân nhiều nhất ở thời điểm T_3 (tăng từ 105.4 lên 118.8 mmHg, $p<0.05$ và 243.9 lên 289.8, $p<0.05$). Sự tăng giá trị trung bình về PaO_2, chỉ số PaO_2/FiO_2 máu động mạch của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi ở thời điểm T3 so với thời điểm trước khi thở HHFNC là tương tự kết quả nghiên cứu của Sztrumf (141±106 so với 95±40 mmHg) [6] và nghiên cứu của Frat (108 so với 83 mmHg) [8]. Như vậy HHFNC cho thấy sự cải thiện giá trị trung bình về PaO_2 và chỉ số PaO_2/FiO_2 máu động mạch của bệnh nhân ($p<0.05$), ít ảnh hưởng đến pH và $PaCO_2$.

4.4. Điểm khó thở:

Sau khi thở HHFNC chúng tôi nhận thấy sự cải thiện điểm Borg đánh gía khó thở. Giá trị trung bình điểm khó thở giảm từ 3.57 xuống 2.28 ($p<0.05$). Sự thay đổi điểm khó thở trong nghiên cứu của chúng tôi ít hơn so với sự thay đổi trong nghiên cứu của Lenglet và cộng sự. Trong nghiên cứu của Lenglet [2], điểm khó thở Borg giảm từ 6 xuống 3 ($p<0.001$). Có sự khác biệt này do nghiên cứu của Lenglet áp dụng trên đối tượng suy hô hấp mức độ nặng, nghiên cứu của chúng tôi áp dụng trên đối tượng bệnh nhân suy hô hấp mức dộ trung bình.

4.5. Tính chất đờm:

Khi cho bệnh nhân thở HHFNC, chúng tôi nhận thấy 100% bệnh nhân được ghi nhận tính chất đờm là đặc ở thời điểm T_0 đều trở nên loãng sau khi thở HHFNC (bảng 3.3), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p<0.005$.

Trong quá trình nghiên cứu 42 bệnh nhân có biểu hiện tính chất đờm đặc ở thời điểm trước khi thở HHFNC, sau khi thở HHFNC chúng tôi nhận thấy sự thay đổi rõ rệt về độ đặc của đờm ở thời điểm T_3; thống kê có 31 bệnh nhân (chiếm tỉ lệ 73.81%) đờm loãng nhiều, 11 bệnh nhân khác đờm có loãng hơn ở thời điểm T_0, tuy nhiên sự thay đổi tính chất đờm của 11 bệnh nhân này chưa rõ ràng. Đến thời điểm T_4 (sau khi thở HHFNC 6 giờ), 100% bệnh nhân được ghi nhận tính chất đờm là đặc ở thời điểm T_0 đều trở nên loãng sau khi thở HHFNC (bảng 3.3).

Kết quả cho thấy HHFNC có tác dụng làm loãng đờm rất tốt cho bệnh nhân suy hô hấp. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Chanques và nghiên cứu của Cuquemelle.

V. KẾT LUẬN

Kỹ thuật thở oxy dòng cao được làm ấm và ẩm tỏ ra rất hữu ích trong nhóm suy hấp cấp mức độ trung bình, bệnh nhân sử dụng hệ thống này có cải thiện về các chỉ số lâm sàng và khí máu nhanh chóng và đạt tỷ lệ thành công tránh được đặt nội khí quản lên tới 91.18%. Bệnh nhân khi thở HHFNC vẫn sinh hoạt ăn uống được, tỷ lệ bệnh nhân chấp thuận cao và dòng khí làm ấm làm ẩm đảm bảo được lượng FiO2 chính xác, độ ẩm hợp lý giúp loãng đờm tốt và hỗ trợ một áp lực phù hợp cho bệnh nhân. Cần có nhiều nghiên cứu cỡ mẫu lớn hơn, nhiều nhóm bệnh nhân hơn để có những kết luận đa dạng, chính xác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hospital R. N. S. (2013).** Humidified High Flow Nasal Cannula (HHFNC) Guideline. *Royal North Shore Hospital High Flow Nasal Cannula final doc August 2013*.
2. **Lenglet H., Sztrymf B., Leroy C., et al (2012).** Humidified high flow nasal oxygen during respiratory failure in the emergency department: feasibility and efficacy. *Respiratory care,* 57 (11), 1873-1878.
3. **Vũ Văn Đính (2003).** Suy hô hấp cấp. *Hồi sức cấp cứu toàn tập*, Nhà xuất bản Y học.
4. **Nguyễn Đạt Anh, Nguyễn Lân Việt, Phạm Quang Vinh, et al (2010).** Bệnh hô hấp. *Các thang điểm thiết yếu sử dụng trong thực hành lâm sàng*, Nhà xuất bản thế giới.
5. **PG. J., S. K., O2 D., et al (2016)**. Randomized Controlled Trial of Humidified High-Flow Nasal Oxygen for Acute Respiratory Distress in the Emergency Department: The HOT-ER Study. *PubMed*, Respir Care. 2016 Mar;2061(2013):2291-2019. doi: 2010.4187/respcare.04252. Epub 02015 Nov 04217.
6. **Sztrymf B., Messika J., Bertrand F., et al (2011).** Beneficial effects of humidified high flow nasal oxygen in critical care patients: a prospective pilot study. *Intensive care medicine,* 37 (11), 1780-1786.
7. **Itagaki T., Okuda N., Tsunano Y., et al (2014).** Effect of High-Flow Nasal Cannula on Thoraco-Abdominal Synchrony in Adult Critically Ill Patients. *Respiratory care,* 59 (1), 70-74.

NHẬN XÉT THỰC TRẠNG CHẤN THƯƠNG VÙNG RĂNG CỬA VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở TRẺ TỪ 8-10 TUỔI TẠI TRƯỜNG TIỂU HỌC TRUNG TỰ - ĐỐNG ĐA - HÀ NỘI

Phạm Hoàng Tuấn*, Nguyễn Quang Bình*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng chấn thương vùng răng cửa và một số yếu tố liên quan ở trẻ từ 8-10 tuổi tại trường tiểu học Trung Tự - Đống Đa – Hà Nội. ***Đối tượng và phương pháp:*** Nghiên cứu tiến hành trên 321 học sinh có độ tuổi từ 8-10 được chọn một cách ngẫu nhiên. Nguyên nhân chấn thương, răng và mức độ chấn thương của răng, độ cắn chìa được khám và đánh giá kỹ lưỡng. Mối liên quan giữa giới tính, nhóm tuổi, đọ cắn chìa với tình trạng chấn thương răng cửa ở nhóm trẻ nghiên cứu được đánh giá. ***Kết quả:*** Tỷ lệ chấn thương răng cửa của trẻ từ 8-10 tuổi là 15,6%. Chấn thương chủ yếu xảy ra ở hai răng cửa giữa hàm trên. R11 là 45,9% và R21 là 36,06%. Gãy thân răng đơn giản bao gồm gãy men, gãy men – ngà răng chiếm tỷ lệ cao nhất là 63,93%. Phần lớn trẻ bị chấn thương răng là do tai nạn sinh hoạt chiếm 82%. Trẻ có độ cắn chìa >3mm có nguy cơ cao gấp 5,79 lần trẻ có độ cắn chìa ≤3mm.

Từ khóa: Chấn thương răng cửa, trẻ 8-10 tuổi, đô cắn chìa.

SUMMARY

ASSESS THE EPIDEMIOLOGY OF THE INCISOR TEETH TRAUMA AND THE OTHER RELEVANT FACTORS IN CHILDREN AT THE AGE FROM 8 TO 10 IN TRUNG TU PRIMARY SCHOOL, DONG DA, HANOI

Objective: To assess the epidemiology of the incisor teeth trauma and the other relevant factors in children at the age from 8 to 10 in Trung Tu Primary School, Dong Da, Hanoi. ***Materials and methods:*** The research was carried out with 321 pupils in the age from 8 to 10 who were chosen randomly. The etiologies of trauma, the involved teeth, the severity and the overjet of patients were assessed carefully. The correlations between sex, age, overjet and the trauma of incisors were studied. ***Results:*** The prevalence of the trauma in the incisors was 15.6%. The tooth injury was mainly seen in two upper central incisors with the percentage of injuries in tooth 11 and 21 were 45.9% and 36,06%, respectively. The simple coronal tooth fracture including enamel fracture and enamel-dentin fracture accounted for the highest percentage of 63.93%. The main cause of tooth injuries in children was daily life accidents with the percentage of 82%. Children with more than 3mm overjet have 5.79 times higher risk than children with overjet of less than 3 mm.

Keywords: the trauma in the incisors, children at the age from 8 to 10, overjet.

**Bệnh viện Răng Hàm Mặt TW Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hoàng Tuấn
Email: Drtuan1966@gmail.com
Ngày nhận bài: 22.10.2016
Ngày phản biện khoa học: 21.12.2016
Ngày duyệt bài: 29.12.2016

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương răng xảy ra khá phổ biến trong chấn thương hàm mặt., theo một số nghiên cứu chấn thương răng chiếm tỷ lệ khoảng 30% ở trẻ 6 tuổi, khoảng 20% ở trẻ 12 tuổi [1], còn theo nghiên cứu của Nguyễn Phú Thắng tỷ lệ chấn thương răng ở trẻ từ 6-15 tuổi chiếm tỷ lệ 33,68% [2], như vậy chấn thương răng ở trẻ là một vấn đề rất đáng lưu tâm.

Chấn thương răng nếu không được trang bị kiến thức để phòng ngừa và xử lý đúng cách sẽ để lại hậu quả nặng nề, đặc biệt chấn thương vùng răng cửa ở trẻ từ 8-10 tuổi. Trên thế giới đã có khá nhiều nghiên cứu về tỷ lệ chấn thương răng ở trẻ trong cộng đồng nhằm xác định tỷ lệ chấn thương răng, loại chấn thương và nguyên nhân phổ biến nhất nhằm vạch ra kế hoạch tuyên truyền, giáo dục, cách phòng ngừa cũng như xử trí chấn thương đúng cách. Tuy nhiên ở Việt Nam, các nghiên cứu chủ yếu diễn ra tại các bệnh viện, nơi mà một phần không nhỏ bệnh nhân bị bỏ qua do các nguyên nhân như điều trị tại phòng khám tư nhân hoặc không điều trị gì. Vì các lý do trên tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Nhận xét thực trạng chấn thương vùng răng cửa và một số yếu tố liên quan ở trẻ từ 8-10 tuổi tại trường tiểu học Trung Tự - Đống Đa - Hà Nội*"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ Học sinh từ 8-10 tuổi đang học tại trường tiểu học Trung Tự - Đống Đa - Hà Nội

+ Đồng ý và tự nguyện tham gia nghiên cứu

+ Được sự đồng ý của bố mẹ, ban giám hiệu, thầy cô phụ trách

3.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: từ tháng 1/2016 đến tháng 5/2016

- Địa điểm: Trường tiểu học Trung Tự - Đống Đa - Hà Nội

3.3. Thiết kế nghiên cứu: là một nghiên cứu mô tả cắt ngang

3.3.1. Cỡ mẫu và chọn mẫu

- Cỡ mẫu: sử dụng công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả cắt ngang

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

Trong đó: + n: cỡ mẫu tối thiểu cần thiết.

+ Z: hệ số tin cậy, ở mức xác suất 95% thì $Z^2_{(1-\alpha/2)} = 1,96$

+ p: tỷ lệ chấn thương răng cửa của quần thể, ước tính p= 0,5

+ 1-p: tỷ lệ trẻ không bị chấn thương răng cửa

+ d: khoảng cách sai lệch mong muốn (6%)

+ DE = 1,2 là hệ số thiết kế

Cỡ mẫu tính được theo công thức là n = 267 x 1,2 = 321

3.3.2 Tiêu chuẩn đánh giá

➢ *Tiêu chuẩn chẩn đoán chấn thương răng*

- Hỏi trẻ về tiền sử chấn thương và khám lâm sàng theo phiếu phỏng vấn, dựa trên phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới có sửa đổi theo Andreasen.

- Liên hệ gia đình và cận lâm sàng hỗ trợ chẩn đoán phân biệt

Bảng 1. Tiêu chuẩn dùng trong đánh giá

Tiêu chuẩn thứ 1	Hỏi bệnh	Có tiền sử chấn thương răng vùng cửa		
Tiêu chuẩn thứ 2	Khám lâm sàng	Mã số 1	Răng bị rạn men	Nhìn thấy đường nứt rạn trên bề mặt men răng hay gặp ở mặt ngoài nhưng hình thể không thay đổi
		Mã số 2	Răng gãy đơn giản (không qua tủy răng)	Có đường gãy nằm ở phần thân răng có thể không thấy hoặc có thấy phần ngà lộ ra, có thể có hoặc không có dấu hiệu buốt khi ăn uống nóng hoặc lạnh
		Mã số 3	Răng gãy phức tạp (gãy qua tủy răng)	Đường gãy qua phần thân răng, thông thương với buồng tủy, răng chưa được điều trị gì
		Mã số 4	Răng đổi màu	Toàn bộ thân răng đổi màu đỏ nâu, xám hay vàng
		Mã số 5	Răng đã được điều trị	a) Sau điều trị tủy, mặt trong răng đã được hàn bằng chất hàn vĩnh viễn b) Rìa cắn đã được hàn thẩm mỹ c) Phần thân răng đã được phục hồi bằng vật liệu phục hình
		Mã số 6	Răng lung lay	Răng bị lung lay, có thể độ 1, 2 hoặc 3
		Mã số 7	Răng bị trật khớp không hoàn toàn	Có 3 trường hợp sau: + Lún răng: răng có chiều cao thấp hơn răng cùng loại đối xứng qua đường giữa, gõ có âm sắc thanh của kim loại + Răng chồi ra: răng có chiều cao dài hơn răng cùng loại đối xứng qua đường giữa, gõ cho âm sắc đục + Răng lệch bên: răng bị lệch theo hướng khác trục của răng
		Mã số 8	Răng bị trật khớp hoàn toàn	Răng không có trên cung hàm
		Mã số 0	Răng bình thường	Là răng không có các biểu hiện trên

➢ *Độ cắn chìa*

Độ cắn chìa trung bình của người Việt Nam là 2,79 mm theo nghiên cứu của Đống Khắc Thẩm và Hoàng Tử Hùng năm 2000 [3]. Do đó trong nghiên cứu chúng tôi qui định như sau:

+ Độ cắn chìa ≤ 3mm: độ cắn chìa bình thường

+ Độ cắn chìa >3mm : độ cắn chìa tăng

3.4. Sai số và cách khắc phục

- Sai số ngẫu nhiên: do chọn mẫu

- Sai số hệ thống: do kỹ thuật hỏi, khám, dụng cụ khám, điều tra viên

Cách khống chế:

+ Tập huấn kỹ cho người khám, thống nhất cách khám và phương pháp đánh giá tổn thương và bộ câu hỏi

+ Mức độ chuẩn hóa cách khám và ghi nhận tổn thương của nhóm nghiên cứu có Kappa = 0,8

+ Có sự giám sát chặt chẽ trong quá trình khám

Bảng 2. Mức độ phù hợp Kappa

Kappa	Độ phù hợp
< 0,00	Rất thấp
0,00-0,20	Thấp
0,21-0,40	Tương đối thấp
0,41-0,60	Trung bình
0,61-0,80	Khá cao
0,81-1,0	Cao

3.5. Xử lý số liệu

Mẫu được chọn ngẫu nhiên bằng phần mềm R2.15, số liệu được nhập bằng phần mềm EpiData, phân tích bằng phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Thực trạng chấn thương răng cửa ở nhóm trẻ nghiên cứu

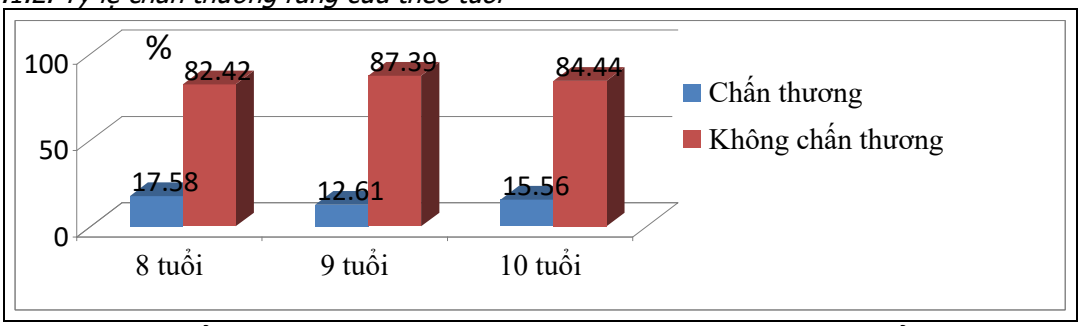
3.1.1. Tỷ lệ chấn thương răng cửa theo giới

Bảng 3. Phân bố tỷ lệ chấn thương răng cửa theo giới

Nhóm / Giới	Chấn thương		Không chấn thương		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Nam	31	18,56	136	81,44	167	100,00	>0,05
Nữ	19	12,34	135	87,56	154	100,00	
Tổng	**50**	**15,60**	**271**	**84,40**	**321**	**100,00**	

Tỷ lệ trẻ nam bị chấn thương răng trong tổng số trẻ nam là 18,56%, trẻ nữ bị chấn thương trong tổng số trẻ nữ là 12,34%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p>0,05. Như vậy chấn thương gặp ở nam nhiều hơn nữ, điều này có thể được giải thích là do trẻ nam hay tham gia các trò chơi, chạy nhảy nên hay gặp các tai nạn ngã, va đập hơn các trẻ gái. Kết quả này phù hợp với tất cả các nghiên cứu trên thế giới và phù hợp với kết quả một số nghiên cứu ở Việt Nam như nghiên cứu của Nguyễn Phú Thắng [2] với tỷ lệ nam/nữ là 1,26/1, nghiên cứu của Trần Thị Mỹ Hạnh [6] tỷ lệ nam/nữ là 1,55/1

3.1.2. Tỷ lệ chấn thương răng cửa theo tuổi

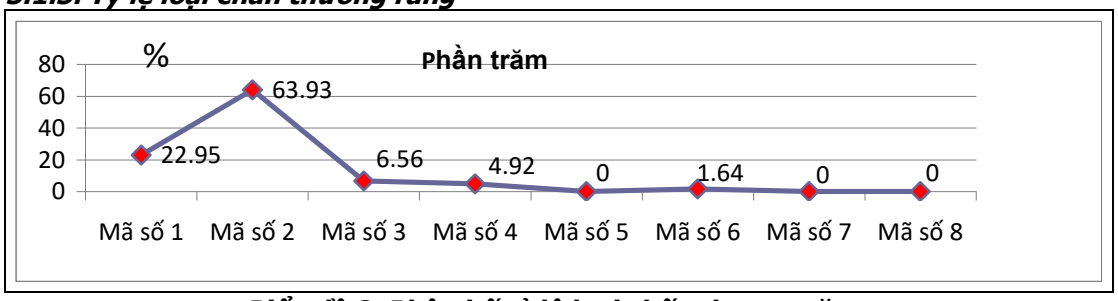


Biểu đồ 1. Phân bố tỷ lệ chấn thương răng cửa theo tuổi

Tỷ lệ chấn thương cao nhất ở trẻ 8 tuổi với tỷ lệ 17,58%, điều này có thể giải thích là do trẻ 8 tuổi bắt đầu quen thuộc với môi trường của trường lớp nên tham gia hoạt động vui chơi nhiều nhưng kiến thức và kỹ năng phòng chống tai nạn thương tích chưa được trang bị đầy đủ. Ở trẻ 10 tuổi, tỷ lệ chấn thương là 15,56%, còn trẻ 9 tuổi là 12,61%. Sự khác biệt về tỷ lệ chấn thương giữa các độ tuổi là không có ý nghĩa thống kê với p>0,05. Điều này cho thấy trẻ 8 tuổi, 9 tuổi và 10 tuổi có khả năng bị chấn thương gần như nhau do chúng đều nằm trong độ tuổi thích tham gia vào các hoạt động vui

chơi, chạy nhảy và chưa tự kiểm soát được hành động của mình. Kết quả này cũng phù hợp với một số nghiên cứu trên thế giới như theo nghiên cứu của Patel [5], chấn thương răng gặp chủ yếu ở 8-10 tuổi trong đó đặc biệt cao ở trẻ 9 tuổi.

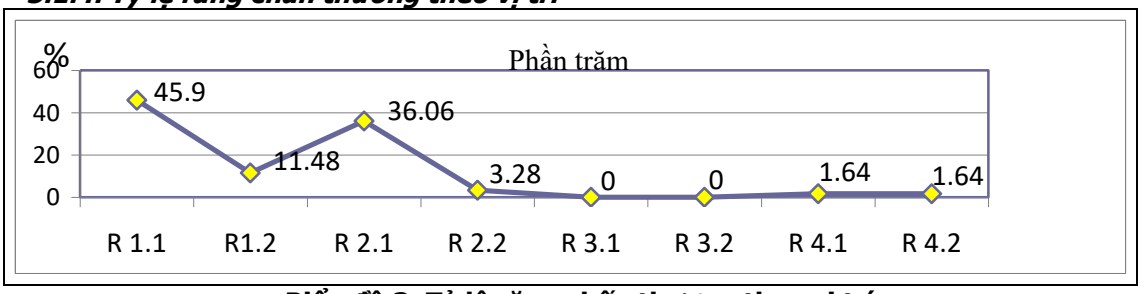
3.1.3. Tỷ lệ loại chấn thương răng



Biểu đồ 2. Phân bố tỷ lệ loại chấn thương răng

Có 61 răng bị tổn thương trong tổng số 321 em được khám. Tỷ lệ răng bị gãy đơn giản bao gồm gãy men răng hoặc gãy men răng và ngà răng chiếm tỷ lệ cao nhất 63,93%, rạn men răng chiếm tỷ lệ 22,95%. Tuy nhiên so với một số nghiên cứu ở Việt Nam như của Nguyễn Phú Thắng [2] thì trẻ từ 6-15 tuổi có tỷ lệ sang chấn xương ổ răng chiếm cao nhất là 71,11%, sang chấn răng đứng thứ hai chiếm tỷ lệ 26,67%. Còn theo nghiên cứu của Trần Thị Mỹ Hạnh thì tỷ lệ bán trật khớp và trật khớp hoàn toàn chiếm tỷ lệ cao nhất. Điều này có thể giải thích là do tùy vào địa điểm nghiên cứu, nghiên cứu của Nguyễn Phú Thắng và Trần Thị Mỹ Hạnh được tiến hành trong bệnh viện, nơi mà hầu hết trường hợp nặng bệnh nhân mới được đưa vào viện, các trường hợp đơn giản như gãy men răng, gãy men ngà đã được xử lý tại các phòng khám tư hoặc đôi khi trẻ không được bố mẹ đưa đi khám, dẫn đến bỏ qua một số lượng lớn trẻ.

3.1.4. Tỷ lệ răng chấn thương theo vị trí



Biểu đồ 3. Tỷ lệ răng chấn thương theo vị trí

Chấn thương răng gặp chủ yếu ở hai răng cửa giữa hàm trên với tỷ lệ lần lượt là 45,9% và 36,06%, sau đó là hai răng cửa bên chiếm tỷ lệ 11,48% và 3,28%. Ở hàm dưới chấn thương chủ yếu gặp ở hai răng là R41 và R42. Sự khác biệt này là không có ý nghĩa thống kê với p>0,05

Kết quả này cũng phù hợp với kết quả của hầu hết các nghiên cứu trên thế giới như của Michael và trùng với nghiên cứu của Nguyễn Phú Thắng [2]. Điều này có thể giải thích là do răng cửa giữa là răng nhô ra trước nhiều nhất, do đó khi bị chấn thương, răng cửa giữa dễ bị lực tác động vào nhất và chịu lực tác động nhiều nhất. Một số yếu tố khác như độ che phủ của môi kém hơn và độ cắn chìa của răng tăng làm tăng nguy cơ chấn thương hơn so với các răng khác.

3.1.5. Tỷ lệ chấn thương răng cửa theo nguyên nhân và giới

Bảng 4. Phân bố tỷ lệ chấn thương răng cửa theo nguyên nhân và giới

Giới / Nguyên nhân	Nam		Nữ		Tổng		p
	n	%	n	%	n	%	
Tai nạn giao thông	6	19,35	0	0,00	6	12,00	p* <0,05 p**>0,05
Tai nạn sinh hoạt	23	74,19	18	94,74	41	82,00	
Tai nạn thể thao	2	6,46	1	5,26	3	6,00	
Tai nạn do điều trị	0	0	0	0	0	0	
Tai nạn lao động	0	0	0	0	0	0	
Tổng	**31**	**100,00**	**19**	**100,00**	**50**	**100,00**	

Nguyên nhân chấn thương chủ yếu là do tai nạn sinh hoạt chiếm 82%, tai nạn giao thông chiếm 12%, sau cùng là do chơi thể thao chiếm 6%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p*< 0,05. Kết quả này phù hợp với hầu hết các nghiên cứu trên thế giới là chấn thương răng chủ yếu là do trẻ ngã và va chạm, điều này có thể giải thích là do trẻ ở độ tuổi này thích tham gia vào các hoạt động chạy nhảy hơn. Tuy nhiên có sự khác biệt so với nghiên cứu của Maria Faus là chấn thương răng chủ yếu xảy ra ở trẻ chơi thể thao. Có thể trẻ em Việt Nam, đặc biệt ở độ tuổi này ít tham gia vào các hoạt động thể thao đặc biệt là các môn thể thao hoạt động mạnh như bóng ném, bóng chày,..so với trẻ em ở Tây Ban Nha. Kết quả cho thấy không có trẻ nào bị chấn thương là do tai nạn lao động, điều này có thể dễ dàng được giải thích là do trường tiểu học Trung Tự là trường nằm ở khu vực trung tâm thành phố, hầu hết trẻ học ở đây đều thuộc gia đình khá giả, các em được quan tâm và trang bị tốt về điều kiện học tập, hơn nữa trẻ trong độ tuổi này là độ tuổi chủ yếu tập trung vào học tập và vui chơi, nên hầu như không có trường hợp nào phải tự lao động để kiếm sống, do đó kết quả thu được là hoàn toàn hợp lý.

3.2. Một số yếu tố liên quan tới chấn thương răng cửa của trẻ

3.2.1. Mối liên quan giữa chấn thương răng cửa và giới

Bảng 5. Mối liên quan giữa chấn thương răng cửa và giới

Tình trạng / Giới	Chấn thương		Không chấn thương		OR	95% CI	p
	n	%	n	%			
Nam	31	18,56	136	81,44	1,6	0,87 - 3,0	>0,05
Nữ	19	12,34	135	87,56			

Tỷ lệ chấn thương răng cửa ở trẻ nam là 18,56%, ở trẻ nữ chiếm tỷ lệ thấp hơn là 12,34%. Tỷ suất chênh là 1,6 với độ tin cậy 95% CI: 0,87 – 3,0. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p>0,05 cho thấy chưa có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới với tình trạng chấn thương răng cửa ở nhóm trẻ nghiên cứu.

3.2.2. Mối liên quan giữa chấn thương răng cửa và nhóm tuổi

Bảng 6. Mối liên quan giữa chấn thương răng cửa và nhóm tuổi

Nhóm tuổi / Tình trạng		Chấn thương		Không chấn thương		OR	95% CI	p
		n	%	n	%			
Nhóm 1	8 tuổi	29	17,58	136	82,42	1,48	0,74-2,94	>0,05
	9 tuổi	14	12,61	97	87,39			
Nhóm 2	9 tuổi	14	12,61	97	87,39	0,78	0,29-2,09	>0,05
	10 tuổi	7	15,56	38	84,44			
Nhóm 3	8 tuổi	29	17,58	136	82,42	1,16	0,47-2,85	>0,05
	10 tuổi	7	15,56	38	84,44			

Nhóm 1 có tỷ suất chênh là 1,48 với độ tin cậy 95% CI: 0,74 – 2,94, nhóm 2 có tỷ suất chênh là 0,78 với độ tin cậy 95% CI: 0,29 – 2,09, nhóm 3 có % tỷ suất chênh là 1,16 với độ tin cậy 95% CI: 0,47 – 2,85. Sự khác biệt về tỷ lệ chấn thương răng cửa giữa các nhóm 8 tuổi và 9 tuổi, 9 tuổi và 10 tuổi, 8 tuổi và 10 tuổi đều không có ý nghĩa thống kê với p>0,05. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy chưa có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm tuổi với tình trạng chấn thương răng cửa ở nhóm trẻ trên.

3.2.3. Mối liên quan giữa chấn thương răng cửa và độ cắn chìa

Bảng 7. Mối liên quan giữa chấn thương răng cửa và độ cắn chìa

Yếu tố nguy cơ		Chấn thương		Không chấn thương		Tổng		OR	95% CI	p
		n	%	n	%	n	%			
Độ cắn chìa	>3mm	20	40,0	28	10,33	48	14,95	5,79	2,9-11,5	p<0,05
	≤ 3mm	30	60,0	243	89,67	273	85,05			

Có 14,95% trẻ có độ cắn chìa > 3mm, trong đó trẻ bị chấn thương răng chiếm 41,67%, tỷ suất chênh là 5,79 với độ tin cậy 95% CI: 2,9-11,5. Sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Điều này cho thấy số trẻ có độ cắn chìa > 3mm có nguy cơ chấn thương răng cao gấp 5,79 lần những trẻ có độ cắn chìa ≤ 3mm. Điều này có thể được giải thích là do trẻ có độ cắn chìa tăng làm giảm yếu tố bảo vệ, cụ thể là độ che phủ môi, dẫn đến xác suất chịu lực tác dụng cao hơn so với bình thường, từ đó làm tăng nguy cơ chấn thương răng. Theo Gupta và cộng sự tỷ lệ trẻ có độ cắn chìa > 3mm là 15,69%, tỷ suất chênh là 5,47 với độ tin cậy 95% CI: 2,95-10,14, kết quả nghiên cứu cho thấy trẻ có độ cắn chìa > 3mm có nguy cơ chấn thương cao gấp 5,47 lần trẻ có độ cắn chìa ≤ 3mm.

Tuy nhiên tỷ lệ trên vẫn nhỏ hơn so với kết quả nghiên cứu của Bendgude, tỷ lệ trẻ có độ cắn chìa > 3mm trong tổng số trẻ nghiên cứu là 34,96%, trong đó số trẻ có độ cắn chìa > 3mm bị chấn thương chiếm 50,8%, như vậy trẻ có độ cắn chìa tăng làm nguy cơ chấn thương răng tăng lên đáng kể.

So sánh mối liên quan giữa chấn thương răng cửa với độ cắn chìa ở nhóm trẻ có độ cắn chìa ≤ 3mm và nhóm trẻ có độ cắn chìa > 6mm, một số tác giả trên thế giới đã đưa ra kết quả như sau:

Bảng 8. Kết quả nghiên cứu của một số tác giả trên thế giới về mối liên quan giữa những trẻ có độ cắn chìa ≤ 3mm và > 6 mm với chấn thương răng cửa

Tên tác giả	Năm nghiên cứu	Nhóm tuổi nghiên cứu	OR	95% CI
Burden [26]	1995	11 - 12	3,28	2,05 – 5,25
Forsberg [14]	1993	7 - 15	1,79	1,26 – 2,50
Jarvinen [16]	1978	7 - 16	3,81	2,56 – 5,68

Từ kết quả các nghiên cứu trên cho thấy cắn chìa là một yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ chấn thương răng cửa so với những trẻ có khớp cắn bình thường do vậy điều chỉnh độ cắn chìa phía trước có thể làm giảm đáng kể tỷ lệ chấn thương vùng răng cửa

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ chấn thương răng cửa của trẻ 8-10 tuổi là 15,6%. Chấn thương chủ yếu xảy ra ở hai răng cửa giữa hàm trên. R1.1 là 45,9% và R 2.1 là 36,06%. Gãy thân răng đơn giản bao gồm gãy men răng, gãy men – ngà răng chiếm tỷ lệ cao nhất là 63,93%. Phần lớn trẻ bị chấn thương răng là do tai nạn sinh hoạt chiếm 82%. Chưa thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa giới tính, nhóm tuổi với tình trạng chấn thương răng cửa ở nhóm trẻ nghiên cứu**.** Trẻ có độ cắn chìa >3mm có nguy cơ bị chấn thương răng cao gấp 5,79 trẻ có độ cắn chìa ≤ 3mm

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trương Mạnh Dũng, Ngô Văn Toàn (2012),** *Bài giảng " Phòng ngừa chấn thương răng miệng tại cộng đồng" Giáo trình nha công cộng tập 1*, NXB Giáo dục, 99-101, 202-205.
2. **Nguyễn Phú Thắng (2000)**, *Nhận xét lâm sàng và xử trí thương tổn răng vĩnh viễn và xương ổ răng do sang chấn*, Trường đại học Y Hà Nội.
3. **Đống Khắc Thẩm, Hoàng Tử Hùng (2000),** *Khảo sát tình trạng khớp cắn ở người Việt trong độ tuổi từ 17-27*, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh
4. **Noori A.J, Al-Obaidi W.A. (2009).** Traumatic dental injuries among primary school children in Sulaimani city, Iraq. *Dent Traumatol*. 25, 6-422.
5. **Patel M.C, Sujan S.G.(2012)**. The prevalence of traumatic dental injuries to permanent anterior teeth and its relation with predisposing risk factors among 8-13 years school children of Vadodara city. Indian Soc Pedod Prev Dent. 30, 7-151.
6. **Trần Thị Mỹ Hạnh, Dương Anh Tùng. (2012).** Tình hình chấn thương răng tại bệnh viện răng hàm mặt trung ương từ 1/12/2011 đến 30/12/2012. *Tạp chí y học thực hành*, 4, 70-72
7. **Trần Văn Trường, Trương Mạnh Dũng. (1999)**. Tình hình sang chấn hàm mặt tại viện Răng Hàm Mặt trong 11 năm (1988-1998) trên 2149 trường hợp, *Tổng hội Y học Việt Nam*, 10, 17-80.

NGHIÊN CỨU ĐỘC TÍNH CẤP VÀ BÁN TRƯỜNG DIỄN CỦA CHẾ PHẨM LIVERLIFE TRÊN THỰC NGHIỆM

Nguyễn Văn Long*, Trịnh Thanh Hùng, Vũ Tuấn Anh***

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá độc tính cấp và độc tính bán trường diễn của chế phẩm Liverlife. ***Đối tượng và phương pháp:*** Đánh giá theo phương pháp của WHO về xác định độ an toàn cho các chế phẩm có nguồn gốc thiên nhiên và quyết định số 371/BYT-QĐ ngày 12/3/1996 của Bộ Y tế về hiệu lực và an toàn thuốc. ***Kết quả:*** Không xác định được LD_{50} với mức liều tối đa là 8.000 mg/kg chuột nhắt trắng do không có chuột chết. Bằng đường uống với liều 1.000 mg/kg/24h và 2.500 mg/kg/24h, liên tục trong 42 ngày, Liverlife không làm ảnh hưởng đến sự phát triển trọng lượng thỏ, không biến đổi điện tim, chỉ số huyết học (như hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu) và hàm lượng hemoglobin thỏ. Các chỉ số đánh giá chức năng gan (hoạt độ AST, ALT), thận (nồng độ ure, creatin) trong giới hạn bình thường. ***Kết luận:*** Chưa tìm thấy giá trị LD50 của chế phẩm, chế phẩm liverlife dùng kéo dài không làm thay đổi các chỉ số huyết học và chức năng gan thận chuột.

Từ khóa: Liverlife, LD_{50}, độc tính bán trường diễn, diệp hạ châu, Silymarin.

SUMMARY

EVALUATION OF THE ACUTE AND SUBCHRONIC TOXICITY OF LIVERLIFE

Objective: To evaluate the acute and subchronic toxicity of Liverlife hard capsule. ***Material and methods:*** The acute and subchronic toxicity were evaluated according to WHO method and Vietnamese Ministry of Health regulatory article No 371/BYT-QĐ on March 12th 1996 about safety regulation of natural products and drugs. ***Results:*** the median lethal dose, LD50 hasn't been found with maximum oral dosage on mice at 8000 mg/kg/24h because there are no dead mice at this dosage. At the dosage of 1000 and 2500 mg/kg/24h on rabbit, continuously administrated for 42 days didn't affect the normal increment of body weight of rabbit, didn't change the electrocardiogram, hematological indices such as red blood cell, white blood cell, platelet and hemoglobin content, hepatic indices (AST, ALT activity), renal indices (urea, creatinin levels) were within normal limits. ***Kết luận:*** LD50 of liverlife has not been found, long-term administration of liverlife didn't change the normal indices of blood and liver functions of mice.

Keywords: Liverlife, LD_{50}, subacute toxicity, Phyllanthus urinaria, Silymarin.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Diệp hạ châu đắng (*Phyllanthus urinaria*) là một vị thuốc cổ truyền quý được dùng nhiều ở các nước phương Đông như Trung Quốc, Hàn Quốc, Việt Nam đã được khoa học chứng minh có tác dụng giải độc, bảo vệ gan, chống oxy hóa, bảo vệ tim mạch [4]. Cà gai leo (*Solanum procumbens)* dùng điều trị một số trường hợp viêm gan mật, hỗ trợ bảo vệ tế bào gan, chống oxy hóa. *Silymarin* được khoa học chứng minh có tác dụng chống oxy hóa mạnh, giải độc và bảo vệ gan [7]. Các nghiên cứu hiện đại cho thấy flavonoid đỏ ngọn có tác dụng chống oxy hóa mạnh, bảo vệ tế bào gan, kích thích quá trình chết theo chương trình của các tế bào ung thư gan [6]. Các nghiên cứu gần đây cho thấy xạ đen và tam thất có tác dụng chống oxy hóa, bảo vệ gan, ngừa ung thư tốt [3,5]. Từ các dược liệu trên, kết hợp với Silymarin, nhóm nghiên cứu đã bào chế được Viên nang cứng Liverlife với tác dụng chống oxy hóa, giải độc, bảo vệ tế bào gan và ngừa ung thư. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá tính an toàn của chế phẩm Liverlife trên mô hình động vật thực nghiệm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Nguyên liệu nghiên cứu

Chế phẩm Liverlife sản xuất bởi Học viện Quân y, đạt tiêu chuẩn cơ sở.

Chuột nhắt trắng trọng lượng cơ thể (TLCT) từ 20,0 - 22,0g. Thỏ 36 con trọng lượng từ 1,8 – 2,2kg/con. Tất cả động vật thí nghiệm do Ban chăn nuôi - Học viện Quân y cung cấp, được nuôi dưỡng trong điều kiện phòng thí nghiệm của Trung tâm nghiên cứu ứng dụng Sinh – Y – Dược học, Học viện Quân y, ăn thức ăn theo tiêu chuẩn thức ăn cho động vật nghiên cứu, nước (đun sôi để nguội) uống tự do.

2. Phương pháp nghiên cứu

****Độc tính cấp***: Theo quyết định số 371/BYT-QĐ ngày 12/3/1996 của Bộ Y tế và của WHO về xác định độ an toàn cho các chế phẩm

** Học viện Quân Y*
*** Bộ khoa học công nghệ*
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Tuấn Anh
Email: tuananhbt@yahoo.com
Ngày nhận bài: 29.9.2016
Ngày phản biện khoa học: 2.12.2016
Ngày duyệt bài: 12.12.2016

có nguồn gốc thiên nhiên. Chuột được chia ngẫu nhiên thành các lô, mỗi lô 12 con. Trước khi cho chuột uống thuốc, chuột bị bỏ đói trong 16 giờ. Tính liều LD_{50} theo phương pháp Behrens – Karber [1,2].

Chế phẩm nghiên cứu Liverlife được cho uống với các mức liều như sau:

- Lô thử 1: uống hỗn dịch Liverlife liều 800mg/kg TLCT/24h.
- Lô thử 2: uống hỗn dịch Liverlife liều 1600mg/kg TLCT/24h.
- Lô thử 3: uống hỗn dịch Liverlife liều 2.400mg/kg TLCT/24h.
- Lô thử 4: uống hỗn dịch Liverlife liều 3.200mg/kg TLCT/24h.
- Lô thử 5: uống hỗn dịch Liverlife liều 4.000mg/kg TLCT/24h.
- Lô thử 6: uống hỗn dịch Liverlife liều 4.800mg/kg TLCT/24h.
- Lô thử 7: uống hỗn dịch Liverlife liều 5.600mg/kg TLCT/24h.
- Lô thử 8: uống hỗn dịch Liverlife liều 6.400mg/kg TLCT/24h.
- Lô thử 9: uống hỗn dịch Liverlife liều 7.200mg/kg TLCT/24h.
- Lô thử 10: uống hỗn dịch Liverlife liều 8.000mg/kg TLCT/24h.

* ***Độc tính bán trường diễn***: Theo phương pháp Abraham, quy định của Tổ chức Y tế thế giới và Bộ Y tế về hiệu lực và an toàn thuốc [1,2]. Thỏ được chia thành 3 lô, mỗi lô 12 con:

- *Lô chứng:* uống dung dịch natri clorid 0,9%, liều 2,0 ml/kg/24h, uống liên tục trong thời gian 42 ngày.
- *Lô thử liều 1:* uống Liverlife mức liều 1000mg/kg/24h, uống liên tục trong thời gian 42 ngày.
- *Lô thử liều 2:* uống Liverlife mức liều 2500mg/kg/24h, uống liên tục trong thời gian 42 ngày.

Tất cả thỏ nghiên cứu được cho uống cùng một thể tích. Thời gian uống liên tục trong 42 ngày.

sau đó, kiểm tra lại cân nặng, điện tim, lấy máu làm xét nghiệm sinh hóa AST, ALT, ure, creatinin. Lấy gan, lách, thận làm tiêu bản giải phẫu bệnh.

*** Xử lý số liệu:** Các số liệu nghiên cứu được xử lý thống kê theo phương pháp t-test Student và Test "trước-sau" (Avant- Apres). Sự khác biệt có ý nghĩa khi p<0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Độc tính cấp.

Bảng 1: Kết quả nghiên cứu độc tính cấp

STT	Liều sử dụng(mg/kg TLCT/24h)	n	Số lượng động vật chết	Số lượng động vật sống
1	800	12	0	12
2	1.600	12	0	12
3	2.400	12	0	12
4	3.200	12	0	12
5	4.000	12	0	12
6	4.800	12	0	12
7	5.600	12	0	12
8	6.400	12	0	12
9	7.200	12	0	12
10	8.000	12	0	12

Nhận xét: Các lô chuột được uống theo các mức liều tăng dần từ 800 đến 8.000mg/kg TLCT/24h. Sau thời gian 72 giờ không có chuột nào chết. Không chuột nào biểu hiện ngộ độc.

2. Độc tính bán trường diễn.

Bảng 2: Trọng lượng cơ thể thỏ (kg) trước và sau khi uống thuốc

Thời điểm	Lô nghiên cứu			p
	Chứng (1)	Liverlife liều 1 (2)	Liverlife liều 2 (3)	
t_0 (a)	2,02±0,11	1,98±0,12	1,99±0,13	p2-1> 0,05
t_3 (b)	2,13±0,12	2,07±0,14	2,07±0,12	p3-2> 0,05
t_6 (c)	2,24±0,12	2,22±0,12	2,22±0,12	p3-1> 0,05
P	$p_{b-a} < 0,05$; $p_{c-b} < 0,05$; $p_{c-a} < 0,05$			

Từ bảng 2, so sánh trọng lượng cơ thể của thỏ ở hai lô dùng Liverlife với lô chứng sinh học tại các thời điểm thấy thay đổi không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. So sánh giữa các thời điểm sau so với trước thấy TLCT thỏ của ba lô tăng, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3: Điện tim thỏ sau khi dùng Liverlife (n=12)

Thời điểm xét nghiệm	***Lô chứng (1)***	**Liều 1 (2)**	**Liều 2 (3)**	***P***
Tần số tim (CK/phút, $\bar{X} \pm SD$)				
t_0(a)	266,11± 35,64	261, 32± 50, 37	271,02± 32,84	*$p_{2-1} > 0,05$*
t_3(b)	265,21± 35,01	262,74± 51,29	272,64± 23,06	*$p_{3-2} > 0,05$*
t_6(c)	265,76± 36,12	258,90± 50,07	267,31±32,52	*$p_{3-1} > 0,05$*
QRS (mV)				
t_0(a)	0,353± 0,061	0,355± 0,093	0,364± 0,064	*$p_{2-1} > 0,05$*
t_3(b)	0,354± 0,063	0,357± 0,088	0,362± 0,062	*$p_{3-2} > 0,05$*
t_6(c)	0,355± 0,062	0,358± 0,096	0,361± 0,051	*$p_{3-1} > 0,05$*
	$p_{b-a} > 0,05; p_{c-b} > 0,05; p_{c-a} > 0,05$			*-*
Sóng bất thường	Không	Không	Không	*-*

Từ bảng 3, so sánh trong từng lô giữa các thời điểm thí nghiệm và so sánh giữa các lô ở cùng một thời điểm, tần số và biên độ của điện tim thỏ thay đổi không có ý nghĩa thống kê (*$p > 0,05$).* Không có sóng bất thường trên điện tim của các lô thỏ tại các thời điểm nghiên cứu.

Bảng 4: Chỉ số huyết học của thỏ ở các lô nghiên cứu (n = 12)

Thời điểm *xét nghiệm*	**Số lượng HC thỏ** ($x10^{12}$/l, $\bar{X} \pm SD$)			
	Lô chứng(1)	Liverlife liều 1 (2)	Liverlife liều 2 (3)	*P*
t_0 (a)	4,65 ± 0,44	4,93 ± 0,73	5,23 ± 0,75	*$p_{2-1} > 0,05$*
t_3 (b)	5,07 ± 0,56	4,84 ± 0,58	5,22 ± 0,26	*$p_{3-2} > 0,05$*
t_6 (c)	4,93 ± 0,51	4,82 ± 0,18	5,04 ± 0,25	*$p_{3-1} > 0,05$*
Hàm lượng huyết sắc tố ở các lô (g/l)				
t_0 (a)	107,27± 7,34	111,02± 10,49	114,52± 14,35	*$p_{2-1} > 0,05$*
t_3 (b)	115,66± 12,13	109,14± 10,99	115,37± 8,02	*$p_{3-2} > 0,05$*
t_6 (c)	111,64± 8,64	113,15± 6,38	114,76± 7,51	*$p_{3-1} > 0,05$*
Số lượng Bạch cầu thỏ (G/l) ở các lô				
t_0 (a)	5,98± 2,16	5,91± 2,50	6,99± 0,82	*$p_{2-1} > 0,05$*
t_3 (b)	6,26± 1,83	6,19± 1,96	6,91± 0,97	*$p_{3-2} > 0,05$*
t_6 (c)	6,45± 1,81	6,05± 1,45	7,01± 0,71	*$p_{3-1} > 0,05$*
Số lượng TC thỏ ở các lô (G/l)				
t_0 (a)	451,24± 123,82	437,65± 132,86	458,34± 124,56	*$p_{2-1} > 0,05$*
t_3 (b)	502,37± 83,24	441,24± 131,38	482,74± 204,41	*$p_{3-2} > 0,05$*
t_6 (c)	473,28± 168,92	451,01± 113,56	453,45± 89,63	*$p_{3-1} > 0,05$*
P	*$p_{c-a} > 0,05$; $p_{b-a} > 0,05$; $p_{c-b} > 0,05$*			

Từ bảng 4, so sánh trong từng lô giữa các thời điểm thí nghiệm và so sánh giữa các lô ở cùng một thời điểm, số lượng hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu và huyết sắc tố thay đổi không có ý nghĩa thống kê (*$p > 0,05$).*

Bảng 5: Chỉ số chức năng gan thận của các lô thỏ nghiên cứu (n = 12)

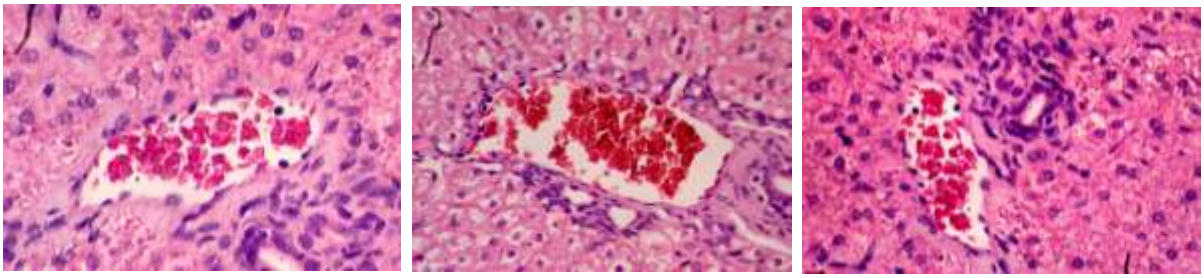
Thời điểm **xét nghiệm**	***Hoạt độ enzym AST (U/l) của các lô***			***p***
	Lô chứng(1)	Liều 1 (2)	Liều 2 (3)	
t_0 (a)	57,51 ± 18,98	58,04 ± 19,58	58,09 ± 19,63	*$p_{2-1} > 0,05$*
t_3 (b)	57,73 ± 17,06	57,65 ± 19,86	58, 31 ± 16,38	*$p_{3-2} > 0,05$*
t_6 (c)	57,91 ± 18,84	57,70 ± 17,73	57,84 ± 17,27	*$p_{3-1} > 0,05$*
Hoạt độ enzym ALT (U/l) của các lô				
t_0 (a)	112,38 ± 16,52	111,75 ± 16,30	112,50 ± 16,58	*$p_{2-1} > 0,05$*
t_3 (b)	112,13 ± 18,07	111,88 ± 14,50	112,75 ± 17,07	*$p_{3-2} > 0,05$*
t_6 (c)	112,88 ± 20,36	112,00 ± 13,61	112,63 ± 12,48	*$p_{3-1} > 0,05$*
Hàm lượng creatinin (mmol/l) máu thỏ ở các lô				
t_0 (a)	53,75 ± 8,45	54,25 ± 9,68	53,38 ± 9,66	*$p_{2-1} > 0,05$*
t_3 (b)	53,63 ± 8,70	54,13 ± 8,48	54,25 ± 7,38	*$p_{3-2} > 0,05$*
t_6 (c)	53,88 ± 8,82	54,25 ± 9,42	54,52 ± 8,42	*$p_{3-1} > 0,05$*
Anh hưởng đối với ure máu thỏ (mmol/l)				
t_0 (a)	3,51 ± 1,08	3,49 ± 1,13	3,46± 1,04	*$p_{2-1} > 0,05$*
t_3 (b)	3,53 ± 0,95	3,43 ± 0,84	3,47 ± 0,90	*$p_{3-2} > 0,05$*

				$p_{3-1} > 0,05$
t_6 (c)	3,52 ± 1,16	3,50 ± 0,61	3,41 ± 0,87	
P	$p_{c-a} > 0,05$; $p_{b-a} > 0,05$; $p_{c-b} > 0,05$			

Từ bảng 5, so sánh trong từng lô giữa các thời điểm thí nghiệm và so sánh giữa các lô ở cùng một thời điểm, hoạt độ enzyme AST, ALT, ure, creatinin máu thay đổi không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

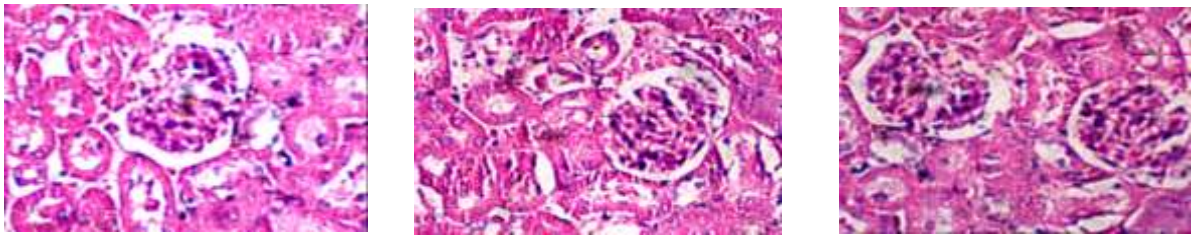
** Mô bệnh học gan, thận và lách của thỏ thí nghiệm*

- Quan sát đại thể: sau khi mổ thỏ, các hình thái của gan, thận bình thường, nguyên vẹn màu sắc ở hai lô dùng Liverlife không khác so với lô chứng.
- Quan sát vi thể: sau khi quan sát đại thể, cắt rời gan, thận sau đó ngâm vào dung dịch formol 10%, làm tiêu bản và quan sát dưới kính hiển vi.



a *b* *c*

Hình 1: Hình ảnh gan thỏ thực nghiệm (HE, 100X)
(a): lô dùng liều 1, (b): lô dùng liều 2; (c): lô chứng



a b c

Hình 2: Hình ảnh mô bệnh học thận thỏ thực nghiệm (HE, 100X)
(a): lô dùng liều 1, (b): lô dùng liều 2; (c): lô chứng

- Lô chứng: các bè gan và tiểu thùy gan không thay đổi về cấu trúc. Tế bào gan không có tổn thương thoái hóa, không có xâm nhập viêm. Cấu trúc vùng vỏ, vùng tủy, cầu thận bình thường, không có tổn thương.
- Lô thử (liều 1 và liều 2): thùy gan và bè gan không thay đổi về cấu trúc. Tế bào gan không có tổn thương thoái hóa. Tĩnh mạch trung tâm không giãn, không xung huyết. Khoang cửa không có xâm nhập viêm. Cấu trúc vùng vỏ, vùng tủy, cầu thận bình thường, không thấy hình ảnh tổn thương. Như vậy Liverlife dùng đường uống liên tục trong 42 ngày, không gây tổn thương trên gan, thận, lách của thỏ.

Liều sử dụng trên người của chế phẩm Liverlife là 2-4 viên/ngày, tức 1000-2000 mg/ngày, quy đổi ra liều trên thỏ là 100-200 mg/kg/ngày. Liều chúng tôi sử dụng trong thí nghiệm đánh giá độc tính bán trường diễn đã cao gấp 10-12,5 lần liều trên người quy đổi vẫn cho thấy chế phẩm an toàn.

V. KẾT LUẬN

Không xác định được LD50 với mức liều uống tối đa là 8000 mg/kg chuột nhắt trắng do không có chuột chết. Khi cho thỏ uống Liverlife với liều 1000 và 2500 mg/kg/24h (đây là liều gấp 10-12 lần liều thường dùng đã quy đổi trên người) uống liên tục trong 42 ngày, không thấy có ảnh hưởng đến sự phát triển trọng lượng thỏ, không biến đổi điện tim thỏ, không biến đổi các chỉ số huyết học như hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu và hàm lượng hemoglobin, các chỉ số đánh giá chức năng gan (hoạt độ AST, ALT), thận (nồng độ ure, creatin) trong giới hạn bình thường. Chế phẩm không ảnh hưởng tới hình ảnh mô bệnh học gan thận của thỏ khi dùng Liverlife đường uống liên tục trong 42 ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế (1996),** Quy chế đánh giá tính an toàn và hiệu lực thuốc cổ truyền, Quyết định số 371/BYT-QĐ ngày 12/3/1996.
2. **Đỗ Trung Đàm (1996),** Phương pháp xác định độc tính cấp của thuốc, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. **Bi X, Zhao Y, Fang W, Yang W. (2009):** "Anticancer activity of Panax notoginseng extract 20(S)-25-OCH3-PPD: Targetting beta-catenin signalling". Clin Exp Pharmacol Physiol. 36(11):1074-1078.
4. **Chularojmontri L, Wattanapitayakul SK, Herunsalee A,** Charuchongkolwongse S, Niumsakul S, Srichairat S. (2005) "Antioxidative and cardioprotective effects of Phyllanthus urinaria L. on doxorubicin-induced cardiotoxicity", Biol Pharm Bull.; 28(7):1165-1171.
5. **Kuo, Y.H., and Kuo, L.M.Y. (1997):** "Antitumor and anti-aids triterpenes from Celastrus hindsii". Phytochemistry 44, 1275-1281.
6. **Nonpunya A, Weerapreeyakul N, Barusrux S. (2014):** "Cratoxylum formosum (Jack) Dyer ssp. pruniflorum (Kurz) Gogel. (Hóng yá mù) extract induces apoptosis in human hepatocellular carcinoma HepG2 cells through caspase-dependent pathways", Chin Med. 9(1):12. doi: 10.1186/1749-8546-9-12.
7. **Peter F. Surai (2015),** "Silymarin as a Natural Antioxidant: An Overview of the Current Evidence and Perspectives"; Antioxidants 2015, 4, 204-247.

MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG BỆNH NHÂN ĐÁP ỨNG KÉM VỚI PHÁC ĐỒ NGẮN TRONG THỤ TINH ỐNG NGHIỆM

Nguyễn Xuân Hợi*, Nguyễn Thị Liên Hương**

TÓM TẮT

Một số yếu tố tiên lượng bệnh nhân đáp ứng kém với kích thích buồng trứng (KTBT) bằng phác đồ ngắn khi làm thụ tinh trong ống nghiệm (TTTON) còn ít được đề cập đến trong các nghiên cứu tại Việt Nam. **Mục tiêu:** Xác định các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng tiên lượng bệnh nhân đáp ứng kém với phác đồ ngắn tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 2009 đến 2011. **Thiết kế nghiên cứu:** Hồi cứu, mô tả cắt ngang. **Đối tượng:** 578 chu kỳ TTTON phác đồ ngắn có số noãn < 3. **Kết quả**: Nhóm tuổi > 40 nguy cơ đáp ứng kém gấp 2,54 lần nhóm tuổi < 40 (95%CI, 1,81-3,58), AFC ≤ 4 nguy cơ đáp ứng kém gấp 2,96 lần nhóm AFC > 4 (95% CI, 1,77-4,94), E2 ngày 7 ≤ 300 pg/ml nguy cơ đáp ứng kém gấp 2,52 lần nhóm >300 pg/ml (95%CI, 1,78-3,57), E2 ngày hCG ≤1000 pg/ml nguy cơ đáp ứng kém gấp 10,19 lần nhóm > 1000 pg/ml (95%CI, 4,18-24,84). **Kết luận:** Một số yếu tố như tuổi ≥ 40, số nang thứ cấp ≤ 4, E2 ngày 7 ≤ 300 pg/ml và E2 ngày tiêm hCG ≤ 1000 pg/ml có liên quan đến đáp ứng kém với KTBT bằng phác đồ ngắn.

Từ khóa: Đáp ứng kém, phác đồ ngắn, tuổi, nang thứ cấp, FSH, E2.

SUMMARY

PREDICTIVE FACTORS OF POOR RESPONSE TO OVARIAN STIMULATION WITH GNRH-*AGONIST* SHORT-PROTOCOL IN VITRO FERTILIZATION

Some factors related to poor ovarian response in GnRH agonist short-protocol is still *rare* in IVF studies in Vietnam. Objective: To identify some factors related to poor ovarian response in GnRH agonist short-protocol stimulation at National Center for Assisted Reproductive Technology from 2009 to 2011. Design: Reprospective,cross-section study. Materials and methods: 578 IVF/ICSI cycles using GnRH agonist short-protocol ovarian stimulation with number of retrieved oocytes < 3. Results: The poor response rate in the long protocol group is 31,3%. Women with age ≥ 40 have a significant increased risk of 2,54 times higher than that of women with age < 40 (95%CI, 1,81-3,58). Women with AFC < 4 have a significant increased risk of poor ovarian response of 2,96 times higher than that of women with AFC > 4 (95% CI, 1,77-4,94). Women with E2 level on day 7 ≤ 300 pg/ml have a significant increased risk of poor ovarian response of 2,52 times higher than that of women with E2 level > 300 pg/ml (95%CI, 1,78-3,57). Women with E2 level on hCG day < 1000 pg/ml have a significant increased risk of poor ovarian response of 10,19 times higher than that of women with E2 level > 1000pg/ml (95%CI, 4,18-24,84). Conclusion: Age > 40, AFC< 4, E2 level on day 7 < 300 pg/ml and E2 level on day hCG < 1000 pg/ml are high risk factors of poor response to ovarian stimulation with GnRH agonist short- protocol.

Key words: Poor response, GnRH agonist short-protocol, age, AFC, FSH, E2.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Một trong những quy trình quan trọng của TTTON là KTBT nhằm thu được nhiều noãn, nhiều phôi, tăng hiệu quả điều trị. Trên thế giới,

** Bệnh viện Phụ Sản Trung ương*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hợi
Email: phamloi7975@yahoo.com
Ngày nhận bài: 29.9.2016
Ngày phản biện khoa học: 1.12.2016
Ngày duyệt bài: 13.12.2016

dưới tác động của thuốc KTBT vẫn có khoảng 18% các chu kỳ TTTON đáp ứng kém với KTBT [1]. Tại trung tâm hỗ trợ sinh sản, bệnh viện Phụ sản TW năm 2006, tỷ lệ đáp ứng kém là 22,6% [1]. Một trong những biện pháp điều trị đáp ứng kém với KTBT hiệu quả nhất là sử dụng phác đồ ngắn với GnRH đồng vận. Có hai giả thuyết về lợi ích của phác đồ ngắn đó là buồng trứng không bị ức chế quá mức và kích thích sản xuất gonadotropin nội sinh là tăng hiệu quả của gonadotropin ngoại sinh. Do vậy, rút ngắn được thời gian KTBT, nồng độ E2 ngày hCG được cải thiện tốt hơn.

Theo dõi quá trình phát triển của nang noãn khi KTBT, đặc biệt là xét nghiệm nồng độ E2 cũng có thể hỗ trợ tiên lượng đáp ứng của buồng trứng. Hiện tại, đa số các nghiên cứu đã có sử dụng tiêu chuẩn đáp ứng kém bao gồm ít nhất 2 trong 3 tiêu chuẩn sau: (1) Tuổi > 40 tuổi, (2) Số noãn sau chọc hút < 4 noãn, (3) Số nang thứ cấp (AFC) < 5-7 nang hoặc AMH (Anti-Mullerian Hormone) < 0,5- 1,1ng/ml) [3]. Đánh giá và tiên lượng đáp ứng kém với KTBT là hết sức cần thiết nhằm tư vấn cho bệnh nhân chiến lược điều trị phù hợp, đạt được hiệu quả với chi phí chấp nhận được, đáp ứng được sự mong mỏi của bệnh nhân có con với chính noãn của mình. Hiện tại, Việt Nam cũng chưa có nghiên cứu nào về các yếu tố tiên lượng đáp ứng kém với phác đồ ngắn, do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Xác định một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng tiên lượng bệnh nhân đáp ứng kém với phác đồ ngắn tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương trong thời gian từ 2009 đến 2011.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: 578 chu kỳ TTTON được KTBT bằng phác đồ ngắn, sau chọc hút noãn có số noãn <3, thực hiện từ năm 2009-2011 tại Trung tâm hỗ trợ sinh sản, Bệnh viện Phụ sản TW.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tất cả các bệnh nhân được làm TTTON KTBT bằng phác đồ ngắn.
- Tiêu chuẩn đáp ứng kém với KTBT: số noãn thu được ≤ 3.
- KTBT bằng FSH tái tổ hợp.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các bệnh nhân KTBT bằng các phác đồ khác.
- Các trường hợp cho nhận noãn.
- Các trường hợp tinh trùng được lấy từ phương pháp chọc hút mào tinh.

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Số bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu được tính theo công thức:

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

n = Số trường hợp cần nghiên cứu

$Z_{(1-\alpha/2)}$ = 1,96 là hệ số tin cậy với độ tin cậy 95%

· = 0,2 là sai số mong đợi tương đối.

p = 15% là tỷ lệ đáp ứng kém trong phác đồ ngắn theo Oudendijk.

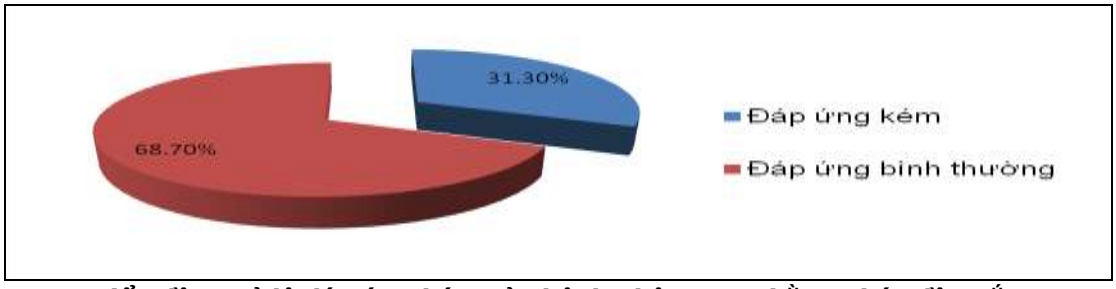
Thay số, thu được n = 544.

Các biến số về lâm sàng: Thời gian vô sinh, nguyên nhân vô sinh, loại vô sinh: nguyên phát, thứ phát, số lần IVF, liều FSH tái tổ hợp khởi đầu, tổng liều FSH tái tổ hợp, số ngày sử dụng FSH tái tổ hợp, số noãn thu được sau chọc hút.

Các biến số về cận lâm sàng: Các xét nghiệm nội tiết cơ bản vào ngày thứ 3 của chu kỳ kinh bao gồm FSH , LH , E2, Các xét nghiệm nội tiết FSH, LH, E2, PRO ngày 7 và ngày 10 của mũi tiêm FSH tái tổ hợp và vào ngày tiêm HCG. *Phân tích số liệu:* Các thông tin nghiên cứu được cập nhật liên tục vào phiếu thu thập số liệu. Nhập các biến số và xử lý số liệu trên SPSS.

Đạo đức nghiên cứu: Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng khoa học của trường Đại học Y Hà Nội và Bệnh viện Phụ sản Trung ương thông qua và cho phép tiến hành tại Trung tâm hỗ trợ sinh sản Quốc Gia. Bệnh nhân được tư vấn, đảm bảo bí mật cá nhân và ký đồng ý tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ



Biểu đồ 1. Tỷ lệ đáp ứng kém của bệnh nhân KTBT bằng phác đồ ngắn

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân đáp ứng kém trong phác đồ ngắn

Các đặc điểm lâm sàng - cận lâm sàng		Phác đồ ngắn	
		n	%
Tuổi	≤ 19	0	0,0
	20-24	4	0,7
	25-29	39	6,7
	30-34	128	22,1
	35-39	224	38,8
	≥ 40	183	31,7
Nguyên nhân VS	Do vòi	262	45,3
	Rối loạn phóng noãn	0	0
	Tinh trùng bất thường	104	18,0
	Không rõ nguyên nhân	114	19,7
	Do cả 2 vợ chồng	72	12,5
	Bất thường tử cung	9	1,6
	Khác	11	1,9
	Lạc nội mạc tử cung	6	1
Loại vô sinh	Vô sinh nguyên phát	234	40,5
	Vô sinh thứ phát	344	59,5
AFC	≤ 4	136	36,6
	5-10	326	56,5
	> 10	116	6,8
FSH	≤ 10	456	79,6
	10< FSH ≤ 12	63	11,0
	> 12	54	9,4
	Tổng	**578**	**100**

Nhóm tuổi từ 35-39 chiếm tỷ lệ cao nhất (38,8%). Tỷ lệ FSH ngày 3 ≤ 10 cao nhất 79,6%. Tỷ lệ AFC từ 5-10 cao nhất 56,5%. Tỷ lệ vô sinh nguyên phát cao hơn thứ phát. Nguyên nhân vô sinh do vòi tử cung chiếm tỷ lệ cao nhất 45,3%.

Bảng 2. Kết quả KTBT của bệnh nhân phác đồ ngắn đáp ứng kém

Kết quả KTBT			X ± SD/N-%
Sử dụng FSH	Tổng liều FSH	3063,14 ± 803,13	
	Số ngày tiêm FSH	9,37 ± 1,06	
Liều FSH khởi đầu	X≤200	24	4,2
	200<X≤300	273	47,5
	300<X≤400	215	36,9
	X>400	66	11,4
E2 hCG	< 500	28	4,8
	500-1000	74	12,8
	1000-2000	241	41,7
	2000-3000	144	24,9
	3000-4000	49	8,5
	> 4000	42	7,3
	Tổng số	**578**	**100**

Số ngày tiêm FSH trung bình là 9,37 ± 1,06. Tổng liều FSH trung bình là 3063,14 ± 803,13. Nồng độ E2 hCG từ 1000-2000 pg/ml chiếm tỷ lệ cao nhất 41,2%.

Bảng 3. Phân tích hồi quy đa biến các yếu tố liên quan với đáp ứng kém

Các yếu tố liên quan		Đáp ứng kém phác đồ ngắn	
		OR	95% CI
Tuổi	< 40	1	1,81-3,58
	≥ 40	2,54	
AFC	> 4	1	1,77-4,94
	≤ 4	2,96	
FSH ngày 3 (IU/l)	≤ 10	1	0,33-1,38
	> 10	0,67	
E2 ngày 7 (pg/ml)	> 300	1	1,78-3,57
	≤ 300	2,52	
E2 ngày hCG (pg/ml)	> 1000	1	4,18-24,84
	≤ 1000	10,19	

Nhóm tuổi > 40 nguy cơ đáp ứng kém gấp 2,54 lần nhóm tuổi < 40, AFC ≤ 4 nguy cơ đáp ứng kém gấp 2,96 lần nhóm AFC > 4, E2 ngày 7 ≤ 300 pg/ml nguy cơ đáp ứng kém gấp 2,52 lần nhóm >300 pg/ml, E2 ngày hCG ≤1000 pg/ml nguy cơ đáp ứng kém gấp 10,19 lần nhóm > 1000 pg/ml, có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu 1846 trường hợp TTTON bằng phác đồ ngắn tại trung tâm Hỗ trợ sinh sản, Bệnh viện Phụ sản Trung ương, có 578 trường hợp đáp ứng kém với số noãn ≤ 3. Kết quả của chúng tôi cho thấy tỷ lệ đáp ứng kém trong phác đồ ngắn cao hơn so với phác đồ dài (31,3% so với 11,2%), do phác đồ ngắn là phác đồ thường được áp dụng cho bệnh nhân tiên lượng đáp ứng kém.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 36,85 ± 4,95 trong phác đồ ngắn cao hơn so với phác đồ dài tuổi trung bình là 33,25 ± 4,53. Nồng độ FSH cơ bản trung bình trong phác đồ ngắn là 7,83 ± 2,86 cao hơn so với nồng độ FSH cơ bản trong phác đồ dài (7,53 ± 2,19). Tỷ lệ FSH > 12 IU/l chiếm tới 9,4%. Số nang thứ cấp < 4 chiếm tỷ lệ 36,6%. So với nghiên cứu này, nồng độ FSH trong nghiên cứu của Phạm Như Thảo lại thấp hơn: 6,87± 1,9, số nang thứ cấp dưới 4 nang là 26,5% ở phác đồ ngắn và 19,4% ở phác đồ dài. Điều này hoàn toàn phù hợp với thực tế khi lựa chọn phác đồ điều trị thì phác đồ dài được áp dụng cho bệnh nhân có tiên lượng đáp ứng tốt còn phác đồ ngắn áp dụng cho bệnh nhân tiên lượng đáp ứng kém. Do vậy tỷ lệ nang thứ cấp dưới 4 nang là tiên lượng đáp ứng kém và sẽ chiếm tỷ lệ cao hơn ở phá đồ ngắn. Theo Ng E H Yu [5], số nang thứ cấp cũng có liên quan có ý nghĩa với tuổi của bệnh nhân. Nghiên cứu của Nuhum R [6] cho thấy có sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa AFC và số noãn.

Khảo sát về đặc điểm vô sinh, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ vô sinh thứ phát là trong phác đồ ngắn là 59,5%. Nhiều nghiên cứu cho thấy, trong TTTON nói chung và các phác đồ KTBT khác nhau, vô sinh thứ phát chủ yếu gặp ở nhóm đáp ứng kém. Với xu thế sinh con muộn hơn sau khi đã có thai lần đầu khi đó tuổi đã lớn và khả năng sinh sản đã giảm do vậy tỷ lệ vô sinh thứ phát cũng cao hơn vô sinh nguyên phát. Nguyên nhân vô sinh do vòi tử cung trong phác đồ ngắn chiếm tỷ lệ cao nhất với 45,3%, đây cũng là nguyên nhân vô sinh thường gặp trong các nghiên cứu về TTTON tại Việt Nam.

Khi phân tích hồi quy đa biến các yếu tố liên quan đến đáp ứng kém, nghiên cứu này thấy rằng nhóm tuổi trên 40 có nguy cơ đáp ứng kém cao gấp 2,54 lần so với nhóm tuổi dưới 40 có ý nghĩa thống kê (95%CI, 1,81-3,58). Bệnh nhân có nang thứ cấp nhỏ hơn 4 thì có nguy cơ đáp ứng kém cao gấp 2,96 lần so với nhóm có nang thứ cấp lớn hơn 4 (95% CI, 1,77-4,94). E2 ngày 7 nhỏ hơn 300 pg/ml có nguy cơ đáp ứng kém cao gấp 2,52 lần so với nhóm lớn hơn 300 pg/ml, đặc biệt E2 ngày hCG nếu nhỏ hơn 1000 pg/ml thì nguy cơ đáp ứng kém cao gấp 10,19 lần so với nhóm lớn hơn 1000 pg/ml (95%CI, 4,18-24,84). Nghiên cứu của Zhen [7] còn chứng minh được những bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật ở buồng trứng trước khi làm IVF thì tỷ lệ đáp ứng kém cao hơn có ý nghĩa thống kê (13,6% so với 2,8%).

Những kết quả trên cho thấy có khi đáp ứng kém gặp ở những trường hợp có dự trữ buồng trứng bình thường, do đó xét nghiệm đánh giá dự trữ buồng trứng có thể là chỉ số tham khảo có giá trị để chọn phác đồ kích thích buồng trứng, liều FSH ban đầu và tiên lượng được khả năng đáp ứng của buồng trứng.

V. KẾT LUẬN

Như vậy, các yếu tố như tuổi ≥ 40, nang thứ cấp ≤ 4 và E2 ngày 7 ≤ 300 pg/ml và E2 ngày tiêm hCG ≤ 1000 pg/ml liên quan đến đáp ứng kém với KTBT bằng phác đồ ngắn.

Lời cảm ơn: Chúng tôi xin trân trọng cảm ơn Trung tâm Hỗ trợ sinh sản Bệnh viện Phụ sản Trung Ương và các bệnh nhân đã hỗ trợ tham gia nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1.Panzan M, Motta LA, Olive DL, P, S. (2005), "Poor responders in assisted reproductive technology: A blueprint for management", *Manual of ovulation induction,* Jaypee Brothers, New Delhi and Anshan Tunbridge Wells, UK.

2.Vũ Minh Ngọc (2006*),* "Đánh giá kết quả của phác đồ dài kích thích buồng trứng trong thụ tinh trong ống nghiệm tại bệnh viện Phụ sản Trung ương", Luận văn thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.

3.Ferraretti, A. P., La Marca, A., Fauser, B. C., et al (2011), "ESHRE consensus on the definition of 'poor response' to ovarian stimulation for in vitro fertilization: the Bologna criteria", *Hum Reprod,* 26 (7)**,** pp. 1616-24.

4.Oudendijk, J. F., Yarde, F., Eijkemans, M. J., Broekmans, F. J., Broer, S. L., "The poor responder in IVF: is the prognosis always poor?: a systematic review", *Hum Reprod Update,* 18(1)**,** pp. 1-11.

5.Ng E.H.Y, Tang O.S, Ho P.C (2000), "The signififcance of the number of antral follicles prior to stimulation in predicting ovarian responses in an IVF programme", *Hum Reprod,* 15(9)**,** pp. 1937-1942.

6.Nahum R, Shifren JL, Chang Y, et al (2001), "Antral follicle assessment as a tool for predicting outcome in IVF- Is it a better predictor than age and FSH?" *J Assist Reprod Genet,* 18(3)**,** pp. 151-155.

7.Zhen, X. M., Qiao, J., Li, R., Wang, L. N., Liu, P. (2008), "The clinical *analysis* of poor ovarian response in in-vitro-fertilization embryo-transfer among Chinese couples", *J Assist Reprod Genet,* 25(1)**,** pp. 17-22.

ĐÓNG THÔNG LIÊN NHĨ QUA ỐNG THÔNG DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM TRONG BUỒNG TIM

Nguyễn Thượng Nghĩa*, Nguyễn Quốc Tuấn*

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu này được làm nhằm xác định tính khả thi và tính an toàn của siêu âm trong buồng tim (ICE) trong hướng dẫn điều trị can thiệp bít dù thông liên nhĩ qua ống thông. ***Cơ sở nghiên cứu:*** Điều trị bít dù thông liên nhĩ (ASD) qua ống thông ngày càng trở nên phổ biến trên thế giới nói chung và tại Việt Nam nói riêng. Từ trước đến nay hầu hết các trường hợp bít dù thông liên nhĩ đều được thực hiện dưới hướng dẫn của siêu âm tim qua thực quản và thông tim. Siêu âm trong buồng tim (ICE) là một kỹ thuật mới và hiện đại giúp hướng dẫn một số thủ thuật tim mạch hiệu quả, an toàn hơn như Bít dù thông liên nhĩ. ***Phương pháp nghiên cứu và kết quả***: Đây là một nghiên cứu mở, tiến cứu, thống kê mô tả. 40 BN thông liên nhĩ (ASD) thứ phát được bít dù qua hướng dẫn siêu âm trong buồng tim trong thời gian từ tháng 12/ 2009 – 8/ 2010 tại Khoa Tim mạch Can thiệp BV Chợ rẫy. Siêu âm trong buồng tim (ICE) được thực hiện thành công ở tất cả 40 BN. Đóng thông liên nhĩ (ASD) bằng dụng cụ dưới hướng dẫn siêu âm trong buồng tim (ICE) được thực hiện thành công 36/37 ca (97,3%) và theo dõi chính xác vị trí dù và luồng thông tồn lưu sau khi bít. Siêu âm trong buồng tim (ICE) phát hiện chính xác 4/40 ca (10%) thông liên nhĩ (ASD) nhiều lỗ bị bỏ sót khi siêu âm qua thành ngực TTE hoặc siêu âm tim qua thực quản TEE. Biến chứng xảy ra sau thủ thuật: tràn dịch màng ngoài tim: 1 ca, ho ra máu: 1 ca, ST chênh lên tạm thời: 2 ca. ***Kết luận:*** Đóng thông liên nhĩ (ASD) bằng dụng cụ dưới hướng dẫn siêu âm trong buồng tim (ICE) là một biện pháp chẩn đoán và điều trị thông liên nhĩ hiệu quả và an toàn khi so sánh với các biện pháp thông thường: siêu âm tim qua thành ngực, siêu âm tim qua thực quản.

** Bệnh viện Chợ Rẫy*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thượng Nghĩa
Email: nghia2000@gmail.com
Ngày nhận bài: 22.10.2016
Ngày phản biện khoa học: 12.12.2016
Ngày duyệt bài: 21.12.2016

SUMMARY

INTRACARDIAC ECHOCARDIOGRAPHY (ICE) IN GUIDING TREATMENT INTERVENTION OF ATRIAL SEPTAL DEFECT VIA CATHETER

Objectives: This study was done to determine the feasibility and safety of intracardiac echocardiography

(ICE) in guiding treatment intervention of atrial septal defect through the catheter. **Background:** Intervention treatment of atrial septal defect (ASD) through the catheter is becoming more popular worldwide and in Vietnam nowadays. Most cases of atrial septal defect are closed though catheter under guiding of the esophageal echocardiography and cardiac catheterization. Intracardiac echocardiography (ICE) is diagnostic imaging techniques of modern cardiovascular medicine that have been applied recently and helped guide some cardiovascular procedures more efficiently with more safety. Therefore, the assessment of the efficacy and safety of ICE in guiding closure of ASD becomes necessary, especially when compared to some other routine methods such as transthoracic echocardiography (TTE), transesophageal echocardiography (TEE). **Methods and results:** This is an open, prospective study. 40 patients was done Closure of ASD though the ICE guidance from 12/ 2009 - 8 / 2010 at the Interventional Cardiolgy, Cho Ray Hospital. ICE was successfully performed in all 40 patients (100%). Closure of ASD with Amplatzer devices under ICE guidance are made successful in 36 /37 cases (97.3%). ICE correctly detected 4/40 cases (10%) multiple- hole ASD that were missed by transthoracic echocardiography (TTE) or transesophageal echocardiography (TEE). ICE identified the exact position of ASO devices and the residual flow post procedures in 36/37 patients (97.3%). Complications occurred following the procedures: pericardial effusion: 1, coughing up blood: 1 case. **Conclusion:** Closure of secondary ASD with ASO device under guiding of the ICE is a mean of diagnosis and treatment of congenital heart disease safe and effectively when compared with conventional methods: TTE, TEE and cardiac catheterization.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thông liên nhĩ là một trong những bệnh tim bẩm sinh thường gặp ở người lớn, chiếm tỉ lệ 5 - 10%. Có nhiều dạng thông liên nhĩ (ASD), mà dạng thường gặp nhất là thông liên nhĩ (ASD) lỗ thứ phát chiếm tỉ lệ 75% ,còn các dạng khác ít gặp hơn là: thông liên nhĩ (ASD) lỗ nguyên phát 15%, thông liên nhĩ (ASD) thể xoang tĩnh mạch 5%, thông liên nhĩ (ASD) thể xoang vành 5%. Điều trị kinh điển đóng lỗ thông liên nhĩ thường là phẫu thuật tim vá lỗ thông với tỉ lệ thành công khá cao.

Trước kia, thông liên nhĩ (ASD) thường được điều trị chủ yếu là phẫu thuật vá lỗ thông liên nhĩ. Bệnh nhân phải trải qua một cuộc phẫu thuật lớn với nhiều biến chứng có thể xảy ra. Từ năm 1974, King và Mills lần đầu tiên trên thế giới đã đóng thông liên nhĩ bằng dụng cụ (dù đôi) với 5 ca đầu tiên có kết quả rất khả quan. Từ đó trở đi, dụng cụ đóng thông liên nhĩ (ASD) ngày càng được cải tiến tốt hơn và đa dạng hơn như : Rashkind, Clamsell, Amplatzer, Helex, STARFlex, Sideris Button,… Không nghi ngờ gì nữa, các thử nghiệm lâm sàng với qui mô khá lớn được thực hiện thành công với một số dụng cụ bít dù thông liên nhĩ (ASD) đã chứng minh rằng bít dù thông liên nhĩ (ASD) bằng dụng cụ qua ống thông là một phương pháp điều trị khả thi, an toàn, và dần dần là một thay thế hợp lý cho phương pháp phẫu thuật trong điều trị thông liên nhĩ (ASD). [1],[2]. Khi thực hiện thủ thuật bít dù thông liên nhĩ (ASD) bằng dụng cụ qua ống thông, bệnh nhân thường được siêu âm tim qua thực quản hướng dẫn trong quá trình thủ thuật nên thường được gây mê. Sự phát triển gần đây của siêu âm trong buồng tim (ICE) đã hỗ trợ cho người bác sĩ can thiệp một phương tiện mới trong hướng dẫn can thiệp bít dù thông liên nhĩ. Lợi điểm chính của siêu âm trong buồng tim (ICE) là chất lượng hình ảnh rất tốt, đa diện, phổ Doppler màu rất rõ ràng, và bệnh nhân không cần gây mê trong quá trình thực hiện thủ thuật. Một số nghiên cứu báo cáo kết quả rất khả quan [3],[4],[5].

Mục tiêu nghiên cứu này nhằm xác định tính khả thi và độ chính xác của siêu âm trong buồng tim (ICE) trong chẩn đoán giải phẫu chính xác thông liên nhĩ và hướng dẫn bít dù thông liên nhĩ (ASD).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mở, tiến cứu, thống kê mô tả.

- **Thời gian nghiên cứu**: từ tháng 12/2009 đến tháng 8/2010 tại Khoa Tim mạch can thiệp - bệnh viện Chợ Rẫy.

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh**: Tất cả các bệnh nhân thông liên nhĩ lỗ thứ phát vị trí giải phẫu và kích thước lỗ thông thích hợp cho bít dù trên siêu âm tim qua thực quản

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Thông liên nhĩ nguyên phát, thể xoang tĩnh mạch, có trở về tĩnh mạch phổi bất thường. Phình vách liên nhĩ trên siêu âm tim được định nghĩa khi phình vách chuyển động với biên độ dao động ≥ 15mm trong chu chuyển tim.

- **Kỹ thuật thực hiện**: Tất cả bệnh nhân thông liên nhĩ lỗ thứ phát được chọn nhập viện xét nghiệm máu, ECG, XQ tim phổi, siêu âm tim qua thành ngực, siêu âm tim qua thực quản, xác định các thông số: tuổi, phái, kích thước lỗ thông, số lỗ thông, có phình vách liên nhĩ, tình trạng rìa của lổ thông, áp lực động mạch phổi và tổn thương phối hợp nếu có

Thủ thuật thực hiện trong phòng thông tim. Bệnh nhân được gây tê bằng Lidocain 1,2% hai bên vùng bẹn, đặt 2 sheath 9F vào tĩnh mạch đùi hai bên và 1 sheath 5F vào tĩnh mạch đùi phải để thông tim phải đo áp lực và chụp buồng thất trong qua trình thủ thuật. Đường tĩnh mạch bên phải dùng để đưa bóng đo kích thước lỗ thông liên nhĩ và dụng cụ để bít dù. Đường tĩnh mạch bên trái đưa đầu dò siêu âm trong buồng tim (ICE) ACUNAV 8F vào nhĩ phải dưới màn tăng sáng thực hiện siêu âm trong buồng tim. Đo kích thước lỗ thông trên siêu âm trong buồng tim (ICE) và xác định vị trí, cấu trúc dựa trên 3 mặt cắt: mặt cắt hai nhĩ, mặt cắt theo trục dọc vách liên nhĩ, mặt cắt ngang van động mạch chủ.

Đo kích thước lỗ thông liên nhĩ khi lên bóng, sử dụng đường kính "stop flow" khi không còn luồng thông trên siêu âm trong buồng tim (ICE). Khi lên bóng tối đa 40ml mà dòng thông vẫn còn tồn lưu thì chúng tôi không tiếp tục thực hiện bít dù. Đo kích thước lỗ thông liên nhĩ trên siêu âm tim qua thành ngực, trên siêu âm qua thực quản và trên siêu âm trong buồng tim. Đưa dù vào và bung dù ASO ở tư thế LAO 45 Cranial 25, dưới hướng dẫn của siêu âm trong buồng tim. Kiểm tra vị trí dù và luồng thông tồn lưu và ghi nhận các áp lực ĐMP trước và sau khi bung dù → kết thúc thủ thuật.

- **Thành công về mặt kỹ thuật**: Khi thủ thuật đạt được yêu cầu
- **Thành công về mặt thủ thuật**: Khi thủ thuật thành công và không có biến chứng nặng trong thời gian nằm viện
- **Biến chứng nặng** bao gồm: tử vong, tuột dù, hay tràn dịch màng ngoài tim cần chọc tháo.
- **Biến chứng nhẹ** bao gồm: bầm máu nơi đâm kim, rối loạn nhịp thoáng qua, ST chênh lên thoáng qua và tự trở về bình thường, huyết khối nhĩ, tụt huyết áp do phản xạ thần kinh X.
- **Tính an toàn** được định nghĩa khi biến chứng nặng không xảy ra trong quá trình thủ thuật.
- **Luồng thông tồn lưu** được đánh giá nhẹ không đáng kể khi dòng màu trên siêu âm Doppler ≤ 3-4mm trên siêu âm, đáng kể khi ≥ 4mm trên siêu âm Doppler màu.

Tất cả các bệnh nhân đều được siêu âm ngay sau thủ thuật, 24 giờ sau thủ thuật, và trước xuất viện.

- **Xử lý số liệu thống kê:** Các biến được ghi nhận và xử lý thống kê bằng phần mềm STATA 10.0. Các biến định lượng được so sánh và kiểm bằng phép kiểm t (t –test). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi p < 0.05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm dân số nghiên cứu

Đặc điểm dân số nghiên cứu (n = 40)	Số trung bình
Phái nam	6 (Tỉ lệ 15%)
Phái nữ	34 (Tỉ lệ 85%)
Tuổi	36,9 ± 12,8 (14 – 66)
Kích thước thông liên nhĩ (ASD) / SAT qua thành ngực (TTE)	15,5 ± 5,3 (4 - 29)
Kích thước thông liên nhĩ (ASD)/ SAT qua thực quản (TEE)	17,7 ± 5,2 (7 – 29)
Kích thước thông liên nhĩ (ASD) / Siêu âm trong buồng tim (ICE)	21,6 ± 5,7 (12 -34)
Kích thước thông liên nhĩ (ASD) đo bằng bóng (Sizing Balloon)	22,6 ± 6,0 (12 -35)
Kích thước dù ASO	23,7 ± 5,2 (12 -32)

Đa số nhóm dân số nghiên cứu trong nghiên cứu này là nữ chiếm tỉ lệ khá cao (85%). Tuổi trung bình 36,9 (nhỏ nhất là 14 tuổi và lớn nhất là 66 tuổi).

So sánh kích thước lỗ thông liên nhĩ qua siêu âm qua thành ngực, siêu âm qua thực quản, siêu âm trong buồng tim và kích thước lỗ thông đo bằng bóng (sizing balloon) trên chụp buồng tim thì:

1. Kích thước của lổ thông đo bằng siêu âm trong buồng tim (ICE) lớn hơn đo bằng siêu âm qua thực quản (TEE) hoặc siêu âm tim qua thành ngực (TTE) có ý nghĩa với P < 0.0001 (t test).

2. Kích thước lỗ thông lớn hơn khi đo bằng bóng (sizing balloon) qua chụp buồng tim (angiography) có ý nghĩa so với kích thước lổ thông được đo qua siêu âm qua thực quản (TEE) hoặc siêu âm tim qua thành ngực (TTE) với p = 0.0002 (Two-sample t test).

3. Kích thước lổ thông đo qua siêu âm tim qua thành ngực (TTE) và siêu âm qua thực quản (TEE) không khác nhau có ý nghĩa với p = 0.077.(Two-sample t- test)

4. Kích thước lổ thông đo qua siêu âm trong buồng tim (ICE) và kích thước lỗ thông đo bằng bóng (sizing balloon) qua chụp buồng tim (angiography) khác nhau không có ý nghĩa với p = 0.48. (Two-sample t- test)

3.2 So sánh khả năng chẩn đoán của Siêu âm trong buồng tim (ICE)

Khả năng phát hiện số lượng lỗ thông, đặc điểm thông liên nhĩ	Thông liên nhĩ 1 lỗ thông	Thông liên nhĩ 2 lỗ thông	Thông liên nhĩ 3 lỗ thông	Phình vách liên nhĩ (AIAS)
SAT qua thành ngực (TTE)	40	(–)	(–)	(–)
SAT qua thực quản (TEE)	39	1	(–)	(–)
Siêu âm trong buồng tim (ICE)	35	3	1	1

Siêu âm tim qua thành ngực (TTE) chỉ phát hiện thông liên nhĩ (ASD) 1 lỗ trong 40 ca nghiên cứu. Trong khi đó, siêu âm tim qua thực quản (TEE) phát hiện 1 ca thông liên nhĩ (ASD) có 2 lỗ; siêu âm trong buồng tim phát hiện 3 ca thông liên nhĩ (ASD) có 2 lỗ, 1 ca thông liên nhĩ (ASD) có 3 lỗ thông và một ca bị phình vách liên nhĩ (AIAS).

Bảng tóm tắt kết quả thủ thuật đóng thông liên nhĩ (ASD) bằng dụng cụ dưới hướng dẫn của siêu âm trong buồng tim (ICE)

Kết quả	Thành công về Kỹ thuật	Thành công về Thủ thuật	Biến chứng
1.Đâm kim TM đùi	40/40 (100%)	40/40 (100%)	0 /40
2. Đưa đầu dò ICE vào nhĩ phải	40/40 (100%)	40/40 (100%)	0 /40
3. Siêu âm vách liên nhĩ rõ ràng	40/40 (100%)	40/40 (100%)	0 /40
4. Đo kích thước thông liên nhĩ bằng bóng	37/38 (97%)	37/38 (97%)	1/38
5. Siêu âm quá trình bít dù thông liên nhĩ (ASD)	36/37(97%)	36/37 (97%)	1/37
6. Siêu âm khảo sát Dù ASO sau đóng	36/37 (97%)	36/37 (97%)	1/37
7. Bít dù thông liên nhĩ thành công bằng ICE	36/37 (97%)	36/37 (97%)	1 /37
8. Biến chứng: 2 (1:Ho ra máu; 1: TDMNT)	2/40 (5%)	2/40 (5%)	2/40 (5%)

Kỹ thuật đâm kim TM đùi, đưa đầu dò siêu âm trong buồng tim vào nhĩ phải dưới màng tăng sáng, Siêu âm khảo sát rõ ràng vách liên nhĩ và đo kích thước lỗ thông liên nhĩ trên siêu âm trong buồng tim đều thành công (40/40 ca).

Kỹ thuật đo kích thước lỗ thông liên nhĩ bằng bóng (sizing balloon) thành công 97% (37/38 ca). 2 ca không đo vì 1ca thông liên nhĩ nhiều lỗ, 1 ca trở về bất thường tĩnh mạch phổi nên chỉ có 38 ca được đo bằng bóng (sizing balloon). Trong 38 ca được đo bằng bóng chỉ có 1 ca không đo được do chúng tôi bơm bóng 34 tới mức tối đa mà luồng thông tồn lưu trên siêu âm vẫn còn tồn tại khá nhiều và không thấy rìa của lỗ thông.

Các kỹ thuật siêu âm trong quá trình bít dù thông liên nhĩ (ASD), siêu âm khảo sát dù ASO sau bít, cũng như khả năng thành công của bít dù thông liên nhĩ (ASD) dưới hướng dẫn của siêu âm trong buồng tim (ICE) đều thành công về mặt kỹ thuật với tỉ lệ cao 97% (36/37 ca)

3.3 Biến chứng

Trong 40 ca bít dù thông liên nhĩ (ASD) dưới hướng dẫn của siêu âm trong buồng tim, chúng tôi chỉ gặp 2 trường hợp biến chứng: 1 trường hợp ho ra máu nghi do tổn thương nhu mô phổi do dây dẫn Amplatz được điều trị nội khoa ổn định sau 5 ngày, 1 trường hợp tràn dịch màng ngoài tim do rách tĩnh mạch phổi trên trái trong quá trình đưa dây dẫn mềm và được hồi sức thành công bằng phương pháp truyền máu hoàn hồi trong quá trình thủ thuật, sau đó bệnh nhân được chuyển sang phẫu thuật tim hở để điều trị triệt để.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận xét thấy tính khả thi và độ chính xác của siêu âm trong buồng tim (ICE) trong chẩn đoán vị trí giải phẫu lỗ thông liên nhĩ và các cấu trúc lân cận trong hướng dẫn quá trình bít dù thông liên nhĩ lỗ thứ phát bằng dụng cụ. Hình ảnh vách liên nhĩ và các cấu trúc lân cận xung quanh được ghi nhận ở tất cả các bệnh nhân với chất lượng hình ảnh rất tốt giúp chẩn đoán chính xác các loại lỗ thông liên nhĩ ít gặp như: thông liên nhĩ thứ phát nhiều lỗ, thông liên nhĩ kèm phình vách liên nhĩ (AIAS),… mà siêu âm tim qua thành ngực hoặc siêu âm tim qua thực quản thường đánh giá sót tổn thương. Và từ đó, siêu âm trong buồng tim giúp hướng dẫn bít dù thông liên nhĩ bằng dụng

cụ thành công với tỉ lệ rất cao (36/37 ca, chiếm tỉ lệ 97%). Kết quả này của chúng tôi cũng xấp xỉ với một số nghiên cứu khác ở nước ngoài như: Mullen M.J (23/24 ca chiếm tỉ lệ 96%), Hijazi [1],[3]. Có mối liên quan giữa cấu trúc vách liên nhĩ với các rìa xung quanh khi quan sát trên siêu âm trong buồng tim và siêu âm tim qua thành ngực (TTE), siêu âm tim qua thực quản (TEE) cũng như mối liên quan giữa kích thước lỗ thông liên nhĩ khi đo qua siêu âm trong buồng tim (ICE) và khi đo bằng bóng (sizing balloon). Từ đó giúp thủ thuật viên chọn kích thước dù thích hợp để bít thông liên nhĩ. Bên cạnh đó, siêu âm trong buồng tim còn phát hiện ngay các biến cố xảy ra trong quá trình thủ thuật và giúp xử lý kịp thời các biến cố đó. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương kết quả một số nghiên cứu của các tác giả nước ngoài.

Trong quá trình bít dù thông liên nhĩ bằng dụng cụ, vấn đề quan trọng nhất là hình ảnh dù thông liên nhĩ không bám đúng vị trí tại vách liên nhĩ, các rìa xung quanh vách liên nhĩ không thấy nằm giữa hai đĩa của dụng cụ bít dù thông liên nhĩ, có thể gây biến chứng tuột dù gây thuyên tắc mạch máu rất nguy hiểm sau khi thả dù tự do. Khi đo kích thước lỗ thông liên nhĩ bằng bóng (sizing balloon) không chính xác hoặc bung dù không đúng chính xác vị trí có thể gây luồng thông tồn lưu đáng kể sau bít dù. Một ứng dụng quan trọng khác của siêu âm trong buồng tim (ICE) trong quá trình thủ thuật là xác định chính xác các tổn thương phối hợp đi kèm như trở về bất thường tĩnh mạch phổi hoặc dạng thông liên nhĩ thứ phát nhiều lỗ từ đó hướng dẫn chọn kích thước dù thích hợp. Trong 37 ca bít dù trong nghiên cứu này, chúng tôi đã phát hiện một ca thông liên nhĩ nhiều lỗ (fenestrations) nên chúng tôi dùng dụng cụ bít dù đặc biệt để bít ca này thành công tốt đẹp. Ngoài ra, siêu âm trong buồng tim còn đảm bảo vị trí chính xác của dù trong bít thông liên nhĩ (ASD) để tránh ảnh hưởng các van (van hai lá, van 3 lá , van ĐMC) và các tĩnh mạch phổi hoặc các tĩnh mạch trung tâm. So sánh với nghiên cứu của tác giả Hijazi et al. và Mullen M.J. et al. trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân thông liên nhĩ (ASD) với các dạng đặc biệt như: thông liên nhĩ nhiều lỗ, tổn thương kèm theo phình vách liên nhĩ, tổn thương trở về bất thường tĩnh mạch phổi đi kèm đều được phát hiện với chất lượng hình ảnh rõ ràng của lỗ thông liên nhĩ và các cấu trúc xung quanh nên quá trình bít dù thông liên nhĩ dưới hướng dẫn của siêu âm trong buồng tim đều thành công trừ một ca do kích thước lỗ thông quá lớn trên siêu âm trong buồng tim khi đo bằng bóng (sizing balloon) luồng thông tồn lưu vẫn tồn tại đáng kể sau khi bít bằng bóng nên không thể bít dù bằng dụng cụ qua da do các rìa xung quanh lỗ thông quá ngắn và yếu nên không thể ổn định vị trí dù trên vách liên nhĩ. Trường hợp này chúng tôi chuyển mổ và hình ảnh lỗ thông liên nhĩ cũng như các rìa xung quanh được đo trực tiếp qua phẫu thuật cũng minh chứng cho kết quả đo được trên siêu âm qua buồng tim của chúng tôi.

Trong 40 bệnh nhân của nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy hình ảnh vách liên nhĩ với các rìa xung quanh, các cấu trúc lân cận được quan sát rất rõ trên siêu âm trong buồng tim, và toàn bộ quá trình thủ thuật bít dù đều được quan sát rõ với sự hỗ trợ của siêu âm trong buồng tim trong quá trình thực hiện. Các luồng thông tồn lưu sau khi bít bằng bóng (sizing balloon), hoặc sau khi bít bằng dù đều tương ứng giữa siêu âm trong buồng tim và chụp buồng tim. Kích thước lỗ thông liên nhĩ trên siêu âm trong buồng tim và kích thước lỗ thông khi đo bằng bóng (sizing balloon) khá tương ứng với nhau và đều lớn hơn khi so sánh với kích thước lỗ thông liên nhĩ đo trên siêu âm tim qua thành ngực hoặc siêu âm tim qua thực quản ($p< 0.05$). Có 3 ca hình ảnh siêu âm trong buồng tim rõ hơn so với kết quả siêu âm qua thực quản: 1 ca có hình ảnh thông liên nhĩ nhiều lỗ dạng cửa sổ, 2 ca thông liên nhĩ 2 lỗ mà siêu âm tim qua thực quản chỉ phát hiện 1 ca, 1 ca không phát hiện được do kích thước lỗ thông nhỏ và vị trí quá gần lỗ thông còn lại; 1 ca có hình ảnh phình vách liên nhĩ rõ ràng trong siêu âm trong buồng tim mà siêu âm tim qua thực quản không phát hiện được.

Trong quá trình làm thủ thuật, hình ảnh tương ứng giữa dù ASO và vách liên nhĩ được quan sát rõ ràng nên bác sĩ can thiệp có thể điều chỉnh vị trí dù ASO rất chính xác để cho quá trình bung ra từng đĩa của dù ASO ở vị trí song song

với vách liên nhĩ và mô vách liên nhĩ được quan sát thấy nằm kẹp giữa 2 đĩa của dù ASO.

Đầu dò siêu âm trong buồng tim trong nghiên cứu này là đầu dò Acunav 8F được đưa từ tĩnh mạch đùi đối bên (phía trái) với bên đưa dụng cụ bít dù. Quá trình này không có biến cố nào xảy ra trên 36 bệnh nhân. Do độ phân giải cao và đầu dò xoay dễ dàng mọi hướng trong buồng nhĩ phải nên cho hình ảnh toàn vẹn vách liên nhĩ, đặc biệt vị trí xoang tĩnh mạch, tĩnh mạch phổi đều được quan sát rõ trên siêu âm trong buồng tim. Các vùng này thường khó phát hiện với siêu âm tim qua thực quản hoặc siêu âm tim qua thành ngực. Đây là một ưu điểm của siêu âm tim trong buồng tim.

Hạn chế của siêu âm trong buồng tim

Các mặt cắt sử dụng trong siêu âm tim trong buồng tim đều khác với siêu âm tim kinh điển (siêu âm tim qua thực quản, siêu âm tim qua thành ngực) nên đòi hỏi người bác sĩ can thiệp thực hiện phải nắm vững giải phẫu học trái tim đặc biệt khi quan sát từ bên trong trái tim (nhĩ phải) và đòi hỏi thời gian để quen thuộc với các mặt cắt này của siêu âm trong buồng tim: mặt cắt cơ bản (home view), mặt cắt 2 buồng nhĩ (atrial view), mặt cắt qua 2 tĩnh mạch chủ (bicaval view), mặt cắt ngang van động mạch chủ (aortic view), mặt cắt vách liên nhĩ.

Hạn chế nghiên cứu: Đây là nghiên cứu mở. Tất cả các bệnh nhân đều được chẩn đoán thông liên nhĩ lỗ thứ phát với siêu âm qua thành ngực và siêu âm tim qua thực quản. Kích thước lỗ thông liên nhĩ với các rìa xung quanh đã được đo trên siêu âm qua thực quản nên khi thực hiện siêu âm trong buồng tim cũng ảnh hưởng ít nhiều đến kết quả kích thước lỗ thông liên nhĩ trên siêu âm trong buồng tim.

V. KẾT LUẬN

- Siêu âm trong buồng tim là một kĩ thuật có tính khả thi, tính an toàn, cung cấp khá đầy đủ các hình ảnh vách liên nhĩ với các rìa tương ứng xung quanh và các cấu trúc lan rộng tương đương hoặc tốt hơn các hình ảnh siêu âm tim qua thực quản hoặc siêu âm tim qua thành ngực trong hướng dẫn chẩn đoán giải phẫu và can thiệp bít dù thông liên nhĩ.

- Bít dù thông liên nhĩ (ASD) bằng dụng cụ dưới hướng dẫn siêu âm trong buồng tim (ICE) là một biện pháp chẩn đoán và điều trị bệnh tim bẩm sinh hiệu quả và an toàn khi so sánh với các biện pháp thông thường: siêu âm qua thành ngực, siêu âm qua thực quản và thông tim chụp cản quang buồng tim.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hijazi, Z., Wang, Z., Cao, Q., Koenig, P., Waight, D. & Lang, R. (2001).** "Transcatheter closure of atrial septal defects and patent foramen ovale under intracardiac echocardiographic guidance: feasibility and comparison with transesophageal echocardiography". Catheter Cardiovasc Interv, 52(2), 194-199.
2. **Majunke, N., Bialkowski, J., Wilson, N., Szkutnik, M., Kusa, J., Baranowski, A., et al. (2009).** "Closure of atrial septal defect with the Amplatzer septal occluder in adults". Am J Cardiol, 103(4), 550-554.
3. **Mullen, M. J., Dias, B. F., Walker, F., Siu, S. C., Benson, L. N. & McLaughlin, P. R. (2003).** "Intracardiac echocardiography guided device closure of atrial septal defects". J Am Coll Cardiol, 41(2), 285-292.
4. **Zanchetta, M., Rigatelli, G., Pedon, L., Zennaro, M., Carrozza, A. & Onorato, E. (2005).** "Catheter closure of perforated secundum atrial septal defect under intracardiac echocardiographic guidance using a single amplatzer device: feasibility of a new method". J Invasive Cardiol, 17(5), 262-265.
5. **Zanchetta, M., Rigatelli, G., Pedon, L., Zennaro, M., Dimopoulous, K., Onorato, E., et al. (2005).** "Intracardiac echocardiography: gross anatomy and magnetic resonance correlations and validations". Int J Cardiovasc Imaging, 21(4), 391-401.

MỤC LỤC

TẠP CHÍ Y HỌC VIỆT NAM TẬP 450 - THÁNG 1 - SỐ 2 - 2017
VIETNAM MEDICAL JOURNAL N^{0}2 - JANUARY - 2017

----- o0o -----

1 **Đ**ánh giá kết quả điều trị gãy kín thân xương đùi trẻ em bằng đinh Metaizeau dưới màn tăng sáng 1
Evaluating the results of surgical treatment for femoral fractures closed children by nails Metaizeau
Nguyễn Thế Điệp, Nguyễn Thái Sơn

2 **N**ghiên cứu tác dụng của bài thuốc "sinh mạch tán gia giảm" điều trị bệnh huyết áp thấp 4
Study on the effects of remedy "sinh mach tan gia giam" for treatment of low blood pressure
Nguyễn Trung Kiên

3 **S**ự khác biệt giữa phương pháp đo trực tiếp và gián tiếp kích thước gần xa sáu răng trước hàm trên 8
The differences between direct and indirect methods of measurement of mesiodistal widths of six maxillary anterior teeth
Huỳnh Kim Khang, Phạm Thị Vân Anh

4 **Đ**ánh giá thực trạng bệnh sâu răng và các yếu tố nguy cơ của cán bộ Tổng Công ty tư vấn thiết kế giao thông vận tải 11
Study on real situation and risk factors of the officials and employees of the corporation design consultants transportation - ministry of transport
Phạm Thị Thu Hiền

5 **K**ết quả sinh thiết màng phổi kín bằng kim cope tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên 15
Result pleural biospy the cope needle in Thai Nguyen national Hospital
Phạm Kim Liên, Lương Thị Kiều Diễm

6 **Q**ui trình kỹ thuật nắn chỉnh kín và đóng đinh Metaizeau điều trị gãy kín thân xương đùi trẻ em 19
Technical process of manipulation and nailed Metaizeau for treatment of closed femoral fractures in the children
Nguyễn Thế Điệp, Nguyễn Thái Sơn

7 **S**iêu âm đo khoảng cách từ da đến mỏm ngang – màng phổi và chiều dài thực tế kim Tuohy trong gây tê cạnh cột sống ngực 22
Ultrasound measure the distance from mom to horizontal da - pleural kim and actual length Tuohy competition in anaesthesia thoracic spine
Nguyễn Hồng Thủy, Nguyễn Quốc Anh
Nguyễn Quốc Kính, Nguyễn Xuân Hiền

8 **N**ghiên cứu mô hình bệnh ký sinh trùng tại khoa Nhi và khoa Nhiễm của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh năm 2012 – 2014 27
Research disease models parasites infection in the faculty of science and children hospital in 3 years Tra Vinh province (from 2012 to 2014)
Phạm Thế Hiền

9 **Đ**ánh giá hiệu quả điều trị nôn và buồn nôn sau mổ nội soi phụ khoa của Ondansetron và Dexamethason 31
Evaluation the treatment effectivenessof nausea, vomiting after gynaecological laparoscopic surgery of Ondansetron and Dexamethason
Nguyễn Đình Long, Vũ Văn Du, Nguyễn Đức Lam

10 **Đ**ánh giá kết quả phẫu thuật u dưới màng cứng - ngoài tủy vùng ngực và thắt lưng tại Bệnh viện Việt Đức từ tháng 6/2015 – 5/2016 34
Assessment results of surgical intradural-extramedulle tumor at thoracic and lumbar cord at Viet-Duc Hospital, from 6/2015 to 5/2016
Đinh Ngọc Sơn, Nguyễn Lê Bảo Tiến, Tô Văn Quỳnh

11 **Đ**ánh giá hiệu quả giảm đau của hồi xuân hoàn trên bệnh nhân loãng xương 37
Evaluate the analgetic effect of "hoi xuan hoan" in the treatment of osteoporosis patient
Nguyễn Thị Tâm Thuận

12 **B**áo cáo ca lâm sàng: U da sừng hóa khổng lồ hiếm gặp ở bệnh nhân nữ 83 tuổi 42
A giant cutaneous horn of 83 year-old female patient: A case report.
Nguyễn Xuân Thực

13 **Đ**ánh giá kết quả sớm phẫu thuật sửa van hai lá có sử dụng dây chằng nhân tạo 44
Early outcomes of mitral valve repair with neo-chordae
Lý Hoàng Anh, Trần Quyết Tiến

14 **S**o sánh thay đổi về hô hấp và tuần hoàn của phương pháp PCS (patient controlled sedation) sử dụng Midazolam so với gây tê đơn thuần (GTĐT) trong thủ thuật nha khoa 48
Comparative of changes in respiratory signs and circulation by means of PCS using midazolam compared with local anesthetic in dental surgery
Nguyễn Quang Bình, Phạm Hoàng Tuấn

15 **S**o sánh tỷ lệ nhiễm HPV nguy cơ cao trong tổn thương CIN2, CIN3 và nhóm chứng 52
Compare HPV high-risk infection rate of CIN2, CIN3 and control group
Lê Duy Toàn, Trần Thị Phương Mai, Nguyễn Đức Hinh, Ngô Văn Toàn, Lưu Thị Hồng, Nghiêm Xuân Hạnh, Nguyễn Phi Hùng, Bùi Văn Nhơn, Hoàng Yến, Trần Thị Hảo

16 **Đ**ánh giá kết quả phẫu thuật phaco trên mắt có hội chứng giả long bao 55
Evaluation on results of phaco surgery in the pseudoexfoliation cataract eyes
Nguyễn Quốc Đạt

17 **N**hận xét bước đầu thay đổi về đông máu ở bệnh nhân hôn mê sau ngừng tuần hoàn được điều trị bằng kỹ thuật kiểm soát thân nhiệt theo đích 33°C 59
Evaluate the alteration in coagulation induced by applying targeted temperaturre management of 33°C in patient who were unconscious following cardiac arrest
Nguyễn Tuấn Đạt, Nguyễn Văn Chi

18 **K**ết quả phẫu thuật 47 trường hợp u thần kinh thính giác theo đường xuyên mê nhĩ 63
A review of outcomes in 47 translabyrinthine acoustic neuroma surgery cases
Đào Trung Dũng, Lê Công Định, Đồng Văn Hệ, Nguyễn Xuân Hiền

19 **N**ghiên cứu mô hình bệnh thần kinh tại khoa Thần kinh của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh năm 2012 – 2014 67
Researchnervous system diseases models in science of nerve general Hospital in 3 years Tra Vinh province (from 2012 to 2014)
Phạm Thế Hiền

20 **Đ**ánh giá kết quả can thiệp nội mạch điều trị phình động mạch chủ bụng tại Bệnh viện Chợ Rẫy 71
The result in treatment of abdominal artery aneurysm by endovascular intervention at Cho Ray Hospital
Lâm Văn Nút, Trần Quyết Tiến

21 **T**hực trạng viêm lợi ở phụ nữ mang thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương 76
Current status of gingivitis in pregnant women in national Hospital of obstetrics and gynecology
Nguyễn Xuân Thực, Lộc Thị Thanh Hiền, Nguyễn Tuấn Linh

22 **Đ**ánh giá tác dụng giảm đau bụng kinh của cao lỏng "CG01" 80
Access the effect of "CG01" extract against dysmenorrhea
Nguyễn Thị Tâm Thuận

23 **Đ**ặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh u dưới màng cứng ngoài tủy sống vùng ngực và thắt lưng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2015 85
Clinical and subclinical partern of intradural – extramedulle tumors at Viet Duc Hospital in 2015
Nguyễn Lê Bảo Tiến, Đinh Ngọc Sơn

24 **C**ác phương pháp xử trí và tai biến cho sản phụ và trẻ sơ sinh có cân nặng trên 4000g tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội 89
Management practices and accessories for disasters and infants are over weight 4000g maternity Hospital in Hanoi
Nguyễn Mạnh Trí, Lưu Quốc Khải, Vũ Văn Du

25 **N**ghiên cứu mô hình bệnh hệ hô hấp tại khoa Nội tổng hợp và khoa Truyền nhiễm của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh năm 2012 – 2014 92
Research and respiratory tract disease models in science department internal and infectious general hospital of Tra Vinh province in 2012 – 2014
Phạm Thế Hiền, Tô Phước Vinh

26 **N**ghiên cứu đặc điểm lâm sàng nhiễm khuẩn hậu sản 6 tháng đầu năm 2016 tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương 96
Study on clinical characteristics of postpartum infection in the first 6 months of 2016 at national hospital of obstetrics and gyneacology
Nguyễn Quảng Bắc

27 **G**iá trị của chiều dài cổ tử cung qua siêu âm trong dự đoán kết quả gây chuyển dạ bằng phương pháp đặt ống thông hai bóng 99
Role of cervical length by transvaginal ultrasound in predicting the successful in induction of labour by the double balloon catheter
Đoàn Thị Phương Lam, Lê Thiện Thái, Phó Thị Quỳnh Châu

28 **Đ**ánh giá kết quả phẫu thuật u tuyến cận giáp lành tính tại Bệnh viện Bạch Mai 103
Assessment results of surgical u benign parathyroid Bach Mai Hospital
Vũ Trung Lương, Lê Công Định

29 **T**ình hình nhiễm khuẩn tiết niệu trên bệnh nhân tổn thương tuỷ sống 108
The situation of urinary tract infections in spinal cord injury patients
Nguyễn Thị Kim Liên

30 **K**ết quả sớm phẫu thuật bentall tại Viện Tim mạch - Bệnh viện Bạch Mai 113
Short – term result of bentall procedure in Vietnam heart institute, Bachmai Hospital
Dương Đức Hùng

31 **Đ**ánh giá hiệu quả của kỹ thuật OZIL trong phẫu thuật PHACO cho nhân cứng độ V 117
Evaluation on the effectiveness of OZIL technique in PHACO surgery for the hard nucleus of 5th level
Nguyễn Quốc Đạt

32 **N**ghiên cứu mối liên quan giữa nhiễm khuẩn bệnh viện ở bệnh nhân thở máy với kỹ thuật chăm sóc bệnh nhân tại các khoa lâm sàng Bệnh viện Bạch Mai 120
Research on the relationship between hospital infections in patients with mechanical ventilation with patient care technology in clinical medicine Bach Mai Hospital
Nguyễn văn Chi, Đặng Tuyết Thoa, Lê Thị Bình

33 **L**iên quan đặc điểm hình thái noãn với kết quả thụ tinh sau ICSI 126
A correlative study of oocytes morphology with fertilization after intracytoplasmic injection (ICSI)
Nguyễn Thị Linh, Nguyễn Xuân Hợi, Nguyễn Mạnh Hà

34 **Ả**nh hưởng của 6-hydroxydopamin lên tế bào tiết dopamin ở não chuột trên mô hình gây bệnh Parkinson 130
Effect of 6-hydroxydopamine on dopaminergic neurons in the rat Parkinson's disease model
Trịnh Thị Ngọc Yến, Nguyễn Mạnh Hà, Nguyễn Khang Sơn

35 **N**ghiên cứu sự ưa thích của bệnh nhân về phương pháp an thần do bệnh nhân tự kiểm soát (PCS = patient controlled sedation) bằng Midazolam trong thủ thuật nha khoa 134
Research on the desire of patients of sedation methods PCS by midazolam in dental surgery
Nguyễn Quang Bình, Phạm Hoàng Tuấn

36 **T**hực trạng nhu cầu khám chữa bệnh của người dân một số xã tại các tỉnh Tây nguyên năm 2013 138
Situation of health care needs in several communes of central highlands provinces in 2013
Trần Kiên, Trần Quang Trung, Lê Văn Bào

37 **Đ**ánh giá hiệu quả kỹ thuật thở oxy làm ấm ẩm dòng cao qua canun mũi trong điều trị bệnh nhân suy hô hấp cấp 142
Effectiveness evaluation of breathing oxygen technical high current working through warm moisture in nose canun patient treatment acute respiratory failure
Đỗ Quốc Phong, Ngô Đức Ngọc, Đỗ Ngọc Sơn

38 **N**hận xét thực trạng chấn thương vùng răng cửa và một số yếu tố liên quan ở trẻ từ 8-10 tuổi tại trường Tiểu học Trung tự - Đống đa - Hà Nội 147
Assess the epidemiology of the incisor teeth trauma and the other relevant factors in children at the age from 8 to 10 in Trung tu primary school, Dong da, Hanoi
Phạm Hoàng Tuấn, Nguyễn Quang Bình

39 **N**ghiên cứu độc tính cấp và bán trường diễn của chế phẩm liverlife trên thực nghiệm 153
Evaluation of the acute and subchronic toxicity of liverlife
Nguyễn Văn Long, Trịnh Thanh Hùng, Vũ Tuấn An

40 **M**ột số yếu tố tiên lượng bệnh nhân đáp ứng kém với phác đồ ngắn trong thụ tinh ống nghiệm 157
Predictive factors of poor response to ovarian stimulation with gnrh-*agonist* short-protocol in vitro fertilization
Nguyễn Xuân Hợi, Nguyễn Thị Liên Hương

41 **Đ**óng thông liên nhĩ qua ống thông dưới hướng dẫn của siêu âm trong buồng tim 161
Intracardiac echocardiography (ICE) in guiding treatment intervention of atrial septal defect via catheter
Nguyễn Thượng Nghĩa, Nguyễn Quốc Tuấn