



Y HỌC

VIỆT NAM

Năm thứ sáu mươi ba

VIETNAM MEDICAL JOURNAL



Chào mừng Ngày Thầy thuốc Việt Nam 27/2

THÁNG 2 - SỐ 1
2017

TẬP 451

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

TẠP CHÍ
Y HỌC VIỆT NAM
VIETNAM MEDICAL JOURNAL

TỔNG BIÊN TẬP

Nguyễn Thị Xuyên

PHÓ TỔNG BIÊN TẬP

Nguyễn Thị Ngọc Dung

Đinh Ngọc Sỹ

Lê Gia Vinh

HỘI ĐỒNG CỐ VẤN

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

ỦY VIÊN BAN BIÊN TẬP

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

BAN THƯ KÝ

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

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

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

NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN CỦA CHỈ SỐ KHÁNG INSULIN VỚI MỘT SỐ ĐẶC TÍNH LÂM SÀNG BỆNH NHÂN CÓ HỘI CHỨNG CUSHING DO CORTICOID

Phạm Thanh Bình* Nguyễn Minh Núi*

TÓM TẮT¹

Mục đích: khảo sát mối liên quan của chỉ số kháng insulin, độ nhạy insulin và chức năng tế bào beta với 1 số đặc tính lâm sàng ở bệnh nhân hội Chứng Cushing do corticoid. **Phương pháp:** 114 người bao gồm 85 bệnh nhân hội chứng Cushing do corticoid và 29 người khỏe mạnh có độ tuổi tương đương được khám lâm sàng, làm xét nghiệm glucose và insulin máu lúc đói để tính chỉ số kháng insulin, độ nhạy insulin và chức năng tế bào beta theo mô hình HOMA2 (Homeostasis Model Assessment). **Kết quả:** Chỉ số kháng insulin ở bệnh nhân hội chứng Cushing có mối tương quan thuận mức độ yếu với vòng bụng ($r=0.24$, $p < 0.05$) có sự tương quan thuận mức độ vừa với tỷ số eo hông (HWR) ($r = 0.32$, $p < 0.05$), và không có mối liên quan với tuổi, BMI và rối loạn lipid máu ($p > 0.05$). Chỉ số chức năng tế bào beta theo HOMA- β không có mối liên quan với tuổi, BMI, vòng bụng, tỷ số HWR và rối loạn lipid máu. Chỉ số nhạy insulin có mối liên quan nghịch mức độ nhẹ với vòng bụng ($r = 0.25$, $p < 0.05$), có sự tương quan nghịch mức độ vừa với tỷ số eo hông (HWR) ($r = 0.32$, $p < 0.05$), đồng thời có mối liên quan với rối loạn lipid máu ($p < 0.05$). **Kết luận:** ở bệnh nhân hội chứng Cushing có vòng bụng, chỉ số eo hông cao và có rối loạn lipid máu thì sẽ tăng chỉ số kháng insulin và giảm độ nhạy insulin.

Từ khóa: Hội chứng Cushing do corticoid, chỉ số kháng insulin.

SUMMARY

CORRELATION OF HOMA2-IR AND HOMA2-B WITH CLINICAL MANIFESTATION AND SERUM LIPID IN CUSHING'S SYNDROME PATIENTS

Purpose: investigation of the relation between insulin resistance index, insulin sensitivity, pancreatic beta cell function, clinical features and serum lipid in patients with corticoid induced Cushing's syndrome. **Methods:** 114 people included 85 patients with corticoid induced Cushing's syndrome and 29 normal subjects served as controls with equivalent age were clinically examined, fasting serum glucose and insulin level were used to calculate insulin resistance index,

insulin sensitivity and beta cell function in the HOMA2 model (Homeostasis Model Assessment). **Results:** The index of insulin resistance in patients with Cushing's syndrome has a weak positive correlation with waist circumference ($r = 0.24$, $p < 0.05$), medium positive correlation with hip-waist ratio (HWR) ($r = 0.32$, $p < 0.05$), and no relationship with age, BMI and serum lipid disorders ($p > 0.05$). The index of beta cell function by HOMA- β has no relationship with age, BMI, waist circumference, HWR, and blood lipid disorders. Insulin sensitive index has an negative correlation with waist circumference ($r = 0.25$, $p < 0.05$), has an negative correlation with hip-waist ratio (HWR) ($r = 0.32$, $p < 0.05$), and also has a relationship with serum lipids disorders ($p < 0.05$). **Conclusion:** Patients with Cushing's syndrome have a high waist circumference, increased hip waist ratio and serum lipid disorders have increased insulin resistance index and reduced insulin sensitivity.

Keywords: Cushing syndrome's, insulin resistance

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Cushing là một tình trạng rối loạn nội tiết do nồng độ glucocorticoid (GCs) tăng cáo mạn tính trong máu gây ra. Hội chứng Cushing do nhiều nguyên nhân khác nhau nhưng có biểu hiện lâm sàng giống nhau. Trong đó, nguyên nhân do sử dụng quá liều và kéo dài cortisol hoặc các steroid tổng hợp giống cortisol là nguyên nhân thường gặp trên lâm sàng ở nhiều chuyên khoa khác nhau. Hội chứng Cushing do corticoid là việc sử dụng GCs liều cao kéo dài làm cho nồng độ thuốc trong máu cao hơn nồng độ sinh lý từ đó gây ra các tác dụng phụ trên nhiều cơ quan trong cơ thể. Đái tháo đường là một trong các biến chứng phổ biến của hội chứng Cushing, nó chiếm khoảng 20%[7]. Đái tháo đường trong hội chứng Cushing xuất hiện chủ yếu là do hậu quả của kháng insulin và giảm tiết insulin và giảm độ nhạy của insulin ở các cơ quan trong cơ thể do GCs tăng quá mức. Tuy nhiên có nhiều đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng khác của cơ thể có thể ảnh hưởng đến cơ chế trên. Và trên mỗi bệnh nhân hội chứng Cushing, sự tồn tại hay không tồn tại của nhiều yếu tố có thể ảnh hưởng đến nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường của cá thể đó. Do đó nghiên cứu về sự liên quan giữa các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng với chỉ số kháng

* Học Viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thanh Bình

Email: thanhbinh412ld@gmail.com

Ngày nhận bài: 3/11/2016

Ngày phản biện khoa học: 5/12/2016

Ngày duyệt bài: 19/12/2016

insulin, chức năng tế bào beta và độ nhạy insulin đóng vai trò quan trọng. Tại Việt Nam đã có một số nghiên cứu về hội chứng Cushing, tuy nhiên đánh giá về mối liên quan giữa kháng insulin với các biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân hội chứng Cushing thì chưa được nghiên cứu đầy đủ nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *Tìm hiểu mối liên quan của chỉ số kháng insulin (HOMA-ir), độ nhạy insulin và chức năng tế bào bê-ta (HOMA-β) với một số đặc tính lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân hội chứng Cushing do corticoid.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Bao gồm 114 đối tượng được chia làm 2 nhóm: nhóm nghiên cứu gồm 85 BN được chẩn đoán hội chứng Cushing theo Aron 2001, vào điều trị tại khoa khớp và nội tiết bệnh viện Quân Y 103. Nhóm chứng gồm 29 người không mắc bệnh có độ tuổi tương đương nhóm nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Tất cả 114 đối tượng nghiên cứu được khám lâm sàng, cận lâm sàng. Đánh giá kháng insulin dựa vào nồng độ glucose máu lúc đói và insulin máu lúc đói theo mô hình HOMA2 vì tính đã được cập nhật hoàn chỉnh năm 2004, phiên bản 2.2.2 năm 2007 chạy trên giao diện excel, phần mềm được cung cấp miễn phí qua trang web

<http://www.dtu.ox.ac.uk/homa>. Dùng các cặp nồng độ glucose-insulin lúc đói để tính chỉ số kháng insulin, chức năng tế bào beta, độ nhạy insulin, kết quả được phiên giải như sau:

-HOMA2-IR: (Homeostasis Model Assessment 2of Insulin resistance) chỉ số kháng insulin tính theo cặp nồng độ glucose-insulin lúc đói. Khi chỉ số này cao hơn tứ phân vị trên của nhóm chứng thì được coi là có kháng insulin.

-HOMA2-%B: (Homeostasis Model Assessment 2of beta-cell function) chỉ số chức năng tế bào beta tính theo cặp nồng độ glucose-insulin. Khi chỉ số này nhỏ hơn giá trị trung bình của nhóm chứng-SD được coi là giảm chức năng tế bào bê-ta.

-HOMA2-%S: (Homeostasis Model Assessment 2of Insulin sensitivity) độ nhạy insulin tính theo cặp nồng độ glucose-insulin. Khi chỉ số này nhỏ hơn giá trị trung bình của nhóm chứng-SD được coi là giảm độ nhạy insulin.

Các chỉ số này được so sánh giữa bệnh nhân hội chứng Cushing và nhóm chứng theo thuật toán t-test cho hai số trung bình quan sát. Sau đó dựa trên kết quả phân loại kháng insulin, chức năng tế bào beta, độ nhạy insulin, chúng tôi sẽ phân loại thành hai nhóm theo các chỉ tiêu về các yếu tố liên quan, từ đó so sánh để tìm hiểu mối liên quan giữa các yếu tố đó với kháng insulin, giảm chức năng tế bào beta và giảm độ nhạy insulin.

III. KẾT QUẢ

3.1. Kháng insulin, giảm chức năng tế bào beta, giảm độ nhạy insulin với tuổi:

Bảng 3.1: Mối liên quan giữa kháng insulin với tuổi

Nhóm Chỉ số	≤ 49 tuổi (n=11)		50 – 59 tuổi (n=31)		60 – 69 tuổi (n=25)		≥ 70 tuổi (n=18)		p
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%	
Kháng insulin theo HOMA2-IR	4	36.36	15	48.39	16	64.00	6	33.33	> 0.05
Giảm CNTB β theo HOMA2- β	2	18.18	4	12.90	2	8.00	4	22.22	> 0.05
Giảm độ nhạy insulin theo HOMA-S	3	27.27	13	41.94	16	64.00	6	33.33	> 0.05

Nhận xét: Mối liên quan giữa chỉ số kháng insulin, giảm chức năng tế bào beta, giảm độ nhạy insulin với tuổi không có ý nghĩa thống kê.

3.2. Kháng insulin, giảm chức năng tế bào beta, giảm độ nhạy insulin với BMI.

Bảng 3.2: Mối liên quan giữa kháng insulin với BMI

BMI Chỉ số	BMI < 23 (n=57)		BMI ≥ 23 (n=28)		p
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Kháng insulin theo HOMA2-IR	26	45.61	15	53.57	> 0.05
Giảm CNTB β theo HOMA2 - β	9	15.79	3	10.71	> 0.05
Giảm độ nhạy insulin theo HOMA2-IS	25	43.86	13	46.43	> 0.05

Nhận xét: Mối liên quan giữa chỉ số kháng insulin, giảm chức năng tế bào beta, giảm độ nhạy của insulin với BMI không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05)

3.3. Tương quan giữa kháng insulin, độ nhạy của insulin với chỉ số vòng bụng, và tỷ số WHR. Bảng 3.3. Tương quan giữa các chỉ số HOMA với vòng bụng và tỷ số eo hông.

Các chỉ số	HOMA - IR		HOMA - β		HOMA - IS	
	r	p	r	p	r	p
Vòng bụng	0.24	< 0.05	0.04	> 0.05	0.25	< 0.05
Tỷ số eo hông (WHR)	0.32	< 0.05	0.06	> 0.05	0.32	< 0.05

Nhận xét: chỉ số eo hông có mối tương quan thuận mức độ vừa với chỉ số kháng insulin ($r = 0.32$, $p < 0.05$) và tương quan nghịch mức độ vừa với độ nhạy insulin ($r = -0.32$, $p < 0.05$). Vòng bụng có mối tương quan thuận mức độ yếu với chỉ số kháng insulin ($r = 0.24$, $p < 0.05$) và tương quan nghịch mức độ yếu với độ nhạy insulin ($r = -0.25$, $p < 0.05$). Sự tương quan giữa chức năng tế bào beta với vòng bụng và tỷ số eo hông không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$).

3.4 . Kháng insulin, giảm chức năng tế bào beta, giảm độ nhạy insulin với RLLP máu.

Bảng 3.4: Mối liên quan giữa kháng Insulin với rối loạn lipid máu

Tình trạng RLLP Chỉ số	Không RLLP máu (n=22)		Có RLLP máu (n=63)		p
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Kháng insulin theo HOMA2-IR	7	31.82	34	53.97	> 0.05
Giảm CNTB β theo HOMA2 - β	3	13.64	9	14.29	> 0.05
Giảm độ nhạy insulin theo HOMA2-IS	6	27.27	32	50.79	< 0.05

Nhận xét: mối liên quan giữa chỉ số kháng insulin, chức năng tế bào beta với rối loạn lipid máu không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$). Mối liên quan giữa độ nhạy insulin theo HOMA-IS với rối loạn lipid máu có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$)

IV. BÀN LUẬN

Đái tháo đường là một trong các biến chứng quan trọng của hội chứng Cushing. Cơ chế chính là do sự tăng kháng insulin, giảm chức năng tế bào beta và giảm độ nhạy insulin do sự tăng GCs kéo dài. Tuy nhiên, không chỉ có sự tác động của GCs, các yếu tố về tuổi, BMI, vòng bụng, tỷ số eo hông, rối loạn lipid máu, HA cũng có thể ảnh hưởng đến các cơ chế trên. Từ đó sẽ ảnh hưởng đến nguy cơ mắc ĐTD ở bệnh nhân hội chứng Cushing.

Ở nhóm bệnh nhân hội chứng Cushing do corticoid chúng tôi chia làm nhiều nhóm tuổi, dựa vào kết quả nghiên cứu (Bảng 3.1), chúng tôi không tìm thấy mối liên quan nào giữa các chỉ số HOMA2 - IR, HOMA2 - β , và HOMA2 - IS với tuổi ($p > 0.05$). Do kháng insulin, giảm chức năng tế bào beta và độ nhạy insulin phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố khác nữa như béo phì, tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu và các bệnh mạn tính kèm theo của bệnh nhân. Ngoài ra chỉ số HOMA lại thay đổi tùy theo từng chủng tộc, do đó cần có nhiều nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và phân chia thành nhiều nhóm tuổi và các yếu tố nguy cơ riêng biệt khác.

Tình trạng thừa cân béo phì là một trong các yếu tố nguy cơ quan trọng của kháng insulin.

Theo Geloneze B. và cộng sự (2009)[6] nghiên cứu ở 1203 bệnh nhân có hội chứng chuyển hóa (nhóm chứng là 297 người) lứa tuổi 18 – 78 thấy tỷ lệ kháng insulin theo HOMA2 – IR nhóm BMI ≥ 30 là 61.2%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (Bảng 3.2) nhận thấy tỷ lệ kháng insulin ở nhóm có BMI ≥ 23 theo HOMA2-IR là 53.57 %, tỷ lệ giảm độ nhạy insulin theo HOMA2- IS là 46.43 % tương đương với nhóm BMI < 23 ($p > 0.05$). Điều này gợi ý cho chúng tôi tiếp tục nghiên cứu trên những cỡ mẫu lớn hơn với kết quả chính xác hơn trong tương lai.

Trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Thảo (2012) [3] nhận thấy, ĐTD týp 2 có béo bụng thì kháng insulin và giảm độ nhạy insulin nhiều hơn ĐTD týp 2 không có béo bụng ($p < 0.05$), Ngược lại nhóm ĐTD týp 2 không có béo bụng thì giảm chức năng tế bào beta nhiều hơn nhóm ĐTD có béo bụng ở cả hai cặp insulin ($p < 0.001$) và C-peptid ($p < 0.001$)

Từ nghiên cứu chúng tôi thu được kết quả: chỉ số kháng insulin ở bệnh nhân hội chứng Cushing theo HOMA – IR có mối tương quan thuận mức độ nhẹ với vòng bụng của bệnh nhân ($r = 0.24$, $p < 0.05$) và có mối tương quan thuận mức độ vừa với tỷ số eo hông (HWR) ($r = 0.32$, $p < 0.05$) Chỉ số độ nhạy insulin theo

HOMA – IS có mối tương quan nghịch mức độ nhẹ với vòng bụng của bệnh nhân ($r = 0.25$, $p < 0.05$) và có mối tương quan nghịch mức độ vừa với tỷ số eo hông (HWR) ($r = 0.32$, $p < 0.05$). Không có mối tương quan giữa chỉ số đánh giá chức năng tế bào beta theo HOMA- β với vòng bụng và tỷ số eo hông của bệnh nhân ($p > 0.05$).

Nhiều nghiên cứu về mối liên quan giữa rối loạn chuyển hóa lipid và chức năng tế bào beta cho kết quả khác nhau:

Trần Thị Thanh Hóa (2009) [4] ở bệnh nhân ĐTĐ týp 2 nhận thấy có mối tương quan không chặt giữa Triglycerid với chỉ số Quiki ($r = -0.2313$, $p < 0.00133$), tryglycerid với HOMA1-IR ($r = 0.1993$, $p < 0.0335$), giữa HDL-C với insulin ($r = -0.2237$, $p < 0.00167$), giữa HDL-C với HOMA – β ($r = -0.2648$), $p < 0.0044$).

Nghiên cứu của Trần Thị Thương [5] cũng cho thấy kháng insulin ở bệnh nhân có rối loạn lipid máu cao hơn ở bệnh nhân không có rối loạn lipid máu, độ nhạy của insulin giảm nhiều ở bệnh nhân tiền ĐTĐ có RLLP máu so với bệnh nhân không rối loạn lipid máu.

Lê Đình Tuấn (2015) [2] cho thấy chỉ số HOMA-IR của nhóm bệnh nhân ĐTĐ có rối loạn lipid máu thấp hơn nhóm bình thường có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$), chỉ số HOMA-IR của nhóm bệnh nhân bệnh nhân có chỉ số HDL-C, LDL-C và tryglycerid bình thường thấp hơn nhóm bệnh nhân có rối loạn các thành phần lipid máu trên có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). Tuy nhiên, nghiên cứu của Đỗ Đình Tùng [1] và Nguyễn Thị Thu Thảo [3] chưa thấy mối liên quan giữa các chỉ số HOMA-IR và HOMA- β , HOMA-IS với các thành phần lipid máu.

Nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ kháng insulin ở bệnh nhân hội chứng Cushing có RLLM theo HOMA2-IR là 53.97% cao hơn nhóm không có RLLP máu là 31.82% ($p > 0.05$), tỷ lệ giảm độ nhạy của insulin theo HOMA2-IS là 50.79%, cao hơn nhóm không có RLLP máu là 27.27% ($p < 0.05$). Như vậy không có sự liên quan giữa các chỉ số kháng insulin, giảm chức năng tế bào beta, ở bệnh nhân hội chứng Cushing với RLLM máu. Kết quả này đòi hỏi cần phải có sự nghiên cứu cỡ mẫu lớn hơn để có kết quả chính xác hơn trong tương lai. Có sự liên quan giữa độ nhạy insulin với rối loạn lipid máu.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu mối liên quan giữa các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng với chỉ số kháng insulin, chức năng tế bào beta, độ nhạy insulin ở bệnh nhân hội chứng Cushing, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

- Không có mối liên quan giữa tuổi, BMI với chỉ số HOMA2-IR, HOMA- β , HOMA2-IS.

- Vòng bụng có tương quan thuận, mức độ nhẹ ($r = 0.24$, $p < 0.05$) với kháng insulin; tương quan nghịch mức độ nhẹ ($r = - 0.25$, $p < 0.05$) với độ nhạy insulin.

- Tỷ số eo hông (HWR) có tương quan thuận mức độ vừa ($r = 0.32$, $p < 0.05$) với kháng insulin, tương quan nghịch mức độ vừa ($r = - 0.32$, $p < 0.05$) với độ nhạy insulin.

- Không có mối tương quan giữa vòng bụng, tỷ số eo hông với chức năng tế bào beta.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Đình Tùng (2008)**, "Nghiên cứu chức năng tế bào beta độ nhạy insulin qua mô hình HOMA2 ở bệnh nhân ĐTĐ chẩn đoán lần đầu", Luận văn Thạc sỹ y học, Học Viện Quân Y.
2. **Lê Đình Tuấn (2015)**, "Nghiên cứu tình trạng kháng insulin ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình", Đề tài KHCN 2015, Đại học Y dược Thái Bình.
3. **Nguyễn Thị Thu Thảo (2012)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và tình trạng kháng insulin trên bệnh nhân đái tháo đường týp 2 mới được chẩn đoán", Luận án tiến sỹ Y học, Học Viện Quân Y.
4. **Trần Thị Thanh Hóa (2009)**, "Nghiên cứu tình trạng kháng insulin ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 có gan nhiễm mỡ phát hiện lần đầu tại bệnh viện Nội tiết", Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
5. **Trần Thị Thương, Nguyễn Vinh Quang (2014)**, "Nghiên cứu kháng insulin và chức năng tế bào beta ở bệnh nhân tiền đái tháo đường", *Tạp chí Y học thực hành*, tr. 138 - 141.
6. **Geloneze B., et al. (2009)**, "HOMA1-IR and HOMA2-IR indexes in identifying insulin resistance and metabolic syndrome: Brazilian Metabolic Syndrome Study (BRAMS)", *Arq Bras Endocrinol Metabol*, 53(2), 281-7.
7. **Pivonello R., e al.(2010)**, "Pathophysiology of diabetes mellitus in Cushing's syndrome", *Neuroendocrinology*, 92 Suppl 1, 77-81.

HIỆU QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP ĐO ĐIỆN THỂ THẤT SỚM NHẪM XÁC ĐỊNH VỊ TRÍ ĐÍCH TRONG TRIỆT ĐỐT NGOẠI TÂM THU THẤT TỪ ĐƯỜNG RA THẤT PHẢI

Phan Đình Phong,* Trần Tuấn Việt*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu giá trị của phương pháp lập bản đồ điện học bằng đo điện thể thất sớm (EAT) trong triệt đốt ngoại tâm thu thất (NTTT) khởi phát từ đường ra thất phải. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu thực hiện trên 73 bệnh nhân được chẩn đoán ngoại tâm thu thất khởi phát từ đường ra thất phải, được làm thủ thuật triệt đốt bằng năng lượng sóng có tần số radio qua đường ống thông (đốt điện) tại Viện Tim mạch Việt Nam trong khoảng thời gian từ 1/2015-11/2015. Quá trình triệt đốt có sử dụng phương pháp lập bản đồ điện học bằng tìm điện thể thất sớm (EAT) kết hợp với phương pháp tìm vị trí đích bằng tạo nhịp. **Kết quả:** Tổng số vị trí lập bản đồ nội mạc bằng phương pháp tìm điện thể thất sớm bao gồm 170 vị trí. Trong đó triệt đốt thành công tại 59 vị trí. Tại các vị trí triệt đốt thành công, thời gian EAT trung bình là $26,0 \pm 5,7$ ms, cao hơn so với tại các vị trí triệt đốt không thành công là $21,3 \pm 4,9$ ms, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tại điểm cut-off với EAT là 22,5 ms có giá trị dự báo dương tính là 0,55, độ nhạy là 0,71, độ đặc hiệu là 0,68. **Kết luận:** Lập bản đồ điện học bằng phương pháp tìm điện thể thất sớm là một phương pháp hiệu quả. Qua nghiên cứu này, chúng tôi đề xuất triệt đốt ở các vị trí đích với EAT > 22,5 ms.

Từ khóa: ngoại tâm thu thất từ đường ra thất phải, lập bản đồ điện học bằng tìm điện thể thất sớm.

SUMMARY

ROLE OF EARLY ACTIVATION MAPPING TECHNIQUE IN RADIOFREQUENCY CATHETER ABLATION OF RIGHT VENTRICULAR OUTFLOW TRACT PREMATURE VENTRICULAR CONTRACTIONS

Objectives: This study aimed to assess the role of early activation mapping technique for localizing the origin of the right ventricular outflow tract premature ventricular contractions (RVOT-PVC). **Patients and methods:** 73 consecutive patients (15 male) with RVOT PVCs underwent successful radiofrequency catheter ablations at the Vietnam Heart Institute from 1/2015 to 11/2015. Early activation mapping and/or pace mapping were used in localizing the target sites

for ablation. **Results:** At 59 of a total of 170 early activation mapping sites, the PVCs were successfully ablated. Mean early activation time (EAT) in 59 successful sites was significantly higher than that of 111 unsuccessful sites ($26,0 \pm 5,7$ vs $21,3 \pm 4,9$, respectively, $p < 0,05$). Cut-off point of EAT at 22,5 ms has a high sensitivity, specificity and positive predictive value. **Conclusions.** Early activation mapping is an effective method in localizing the origin of RVOT-PVC. Based on the results of this study, we suggest that an EAT > 22,5 ms should be achieved in order to get good results.

Keywords: RVOT premature ventricular contractions, early activation mapping

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngoại tâm thu thất là một dạng rối loạn nhịp tim thường gặp trên lâm sàng. Trong đó có khoảng 80% NTTT khởi phát từ đường ra thất phải [1]. Triệt đốt NTTT bằng năng lượng sóng có tần số radio (RF) qua đường ống thông đang được ứng dụng ngày càng rộng rãi [1], [2]. Mặc dù tỉ lệ thành công trong điều trị nhìn chung là cao (trên 90%), tuy nhiên một số trường hợp triệt đốt NTTT vẫn còn là một thách thức [5], [7]. Lập bản đồ điện học bằng phương pháp tìm điện thể thất sớm là một phương pháp quan trọng trong xác định ổ khởi phát để tiến hành triệt đốt [2], [3], [4]. Nguyên lý của phương pháp này là nếu đầu ống thông đốt đưa được đúng vào vị trí khởi phát NTTT thì sẽ ghi được điện đồ thất sớm nhất so với các điện đồ còn lại. Nghiên cứu về đo điện thể thất sớm giúp dự báo khả năng thành công của thủ thuật dựa trên phương pháp này. Tại Việt Nam hiện chưa có nghiên cứu sâu về hiệu quả phương pháp lập bản đồ điện học bằng đo điện thể thất sớm, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Nghiên cứu giá trị của phương pháp lập bản đồ điện học bằng tìm điện thể thất sớm trong triệt đốt ngoại tâm thu thất từ đường ra thất phải.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân đã được chẩn đoán NTTT khởi phát từ đường ra thất phải.

*Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phan Đình Phong.

Email: phong.vtm@gmail.com.

Ngày nhận bài: 12/10/2016

Ngày phản biện khoa học: 15/11/2016

Ngày duyệt bài: 5/12/2016

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán NTTT khởi phát từ đường ra thất phải với các đặc điểm điện tâm đồ như sau: phức bộ NTTT có dạng block nhánh trái, trục điện tim quay xuống dưới: phức bộ NTTT có QRS dương ở D2, D3, aVF. Bệnh nhân được chỉ định điều trị NTTT bằng năng lượng sóng có tần số radio (RF) theo hướng dẫn của ACC/AHA/ESC năm 2006.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các trường hợp chống chỉ định với thủ thuật. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

* **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu can thiệp không đối chứng.

* **Mẫu nghiên cứu:** bao gồm 73 bệnh nhân đã được chẩn đoán NTTT khởi phát từ đường ra thất phải và đã được điều trị triệt đốt bằng RF tại Viện Tim mạch Quốc gia Việt Nam từ tháng 1/2015 đến tháng 11/2015.

* **Cách thức tiến hành:** thăm dò điện sinh lý theo quy trình tại viện Tim mạch Việt Nam. Lập bản đồ điện học bằng phương pháp đo điện thế thất sớm và/hoặc tạo nhịp. Triệt đốt bằng năng lượng sóng có tần số radio. Ghi chép các đặc điểm điện đồ các phương pháp lập bản đồ điện học và các thông số trong triệt đốt.

* **Phân tích số liệu:** số liệu được nhập,

quản lý và phân tích trên phần mềm SPSS 16.0.

* **Đạo đức trong nghiên cứu:** nghiên cứu được thực hiện tuân theo các quy định về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học. Đối tượng tham gia nghiên cứu là hoàn toàn tự nguyện và có quyền rút khỏi nghiên cứu bất kỳ lúc nào. Các thông tin về đối tượng nghiên cứu được mã hóa, được giữ bí mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ

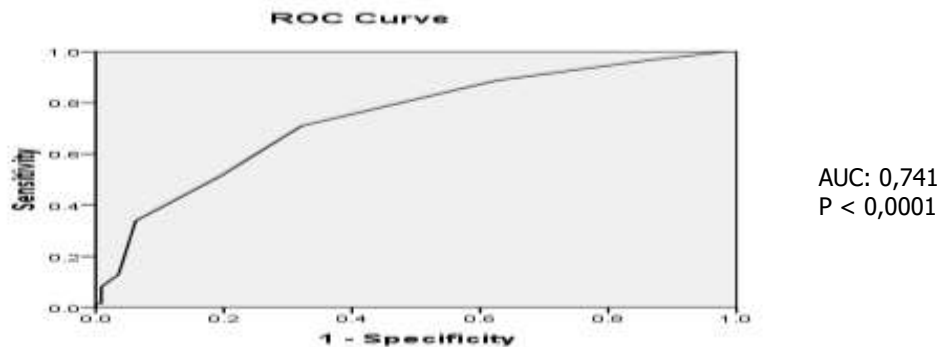
Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $43,8 \pm 13,4$ tuổi. Đa số bệnh nhân là nữ giới (chiếm 79%), còn lại là nam giới (chiếm 21%). Thời gian xuất hiện triệu chứng ở bệnh nhân từ 3 tháng đến 10 năm, trung bình là $2,9 \pm 2,5$ năm. Trên kết quả Holter điện tâm đồ 24 giờ, số lượng NTTT trung bình/24 giờ là $21167,3 \pm 11639,8$ NTTT/T (tỷ lệ % NTTT trung bình/24 giờ là $20,2 \pm 11,0\%$).

Trên 73 bệnh nhân nghiên cứu, chúng tôi đã tiến hành lập bản đồ điện học tìm vị trí ổ khởi phát và triệt đốt ở 206 vị trí. Trong số này, có 170 vị trí lập bản đồ nội mạc bằng phương pháp đo EAT (có hoặc không kết hợp với phương pháp tạo nhịp). Kết quả: 59 vị trí triệt đốt thành công và 111 vị trí triệt đốt không thành công.

Bảng 1. So sánh đặc điểm EAT và các thông số triệt đốt khác tại vị trí thành công và không thành công

Thông số triệt đốt	Vị trí thành công (n=59)	Vị trí không thành công (n=111)	P
EAT (ms)	$26,0 \pm 5,7$	$21,3 \pm 4,9$	<0,05
Mapping bằng tạo nhịp (số chuyển đạo giống)	$11,6 \pm 0,4$	$10,9 \pm 0,6$	<0,05
Nhiệt độ (°C)	$55,9 \pm 5,3$	$54,5 \pm 6,5$	>0,05
Năng lượng (W)	$32,0 \pm 9,7$	$31,2 \pm 11,2$	>0,05
Thời gian (giây)	$87,2 \pm 30,7$	$66,1 \pm 35,7$	<0,05
Điện trở (Ω)	$101,4 \pm 12,2$	$103,5 \pm 14,1$	>0,05

Nhận xét: EAT trung bình tại các vị trí triệt đốt thành công là $26,0 \pm 5,7$ ms, lớn hơn có ý nghĩa so với các vị trí triệt đốt không thành công là $21,3 \pm 4,9$ ms ($p < 0,05$).



Biểu đồ 1. Đường cong ROC biểu thị giá trị tiên lượng triệt đốt thành công của phương

pháp tìm điện thể thất sớm (đo EAT)

Nhận xét: Diện tích dưới đường cong = 0,741 với $p < 0,0001$ chứng tỏ EAT có giá trị tốt trong tiên lượng khả năng thành công.

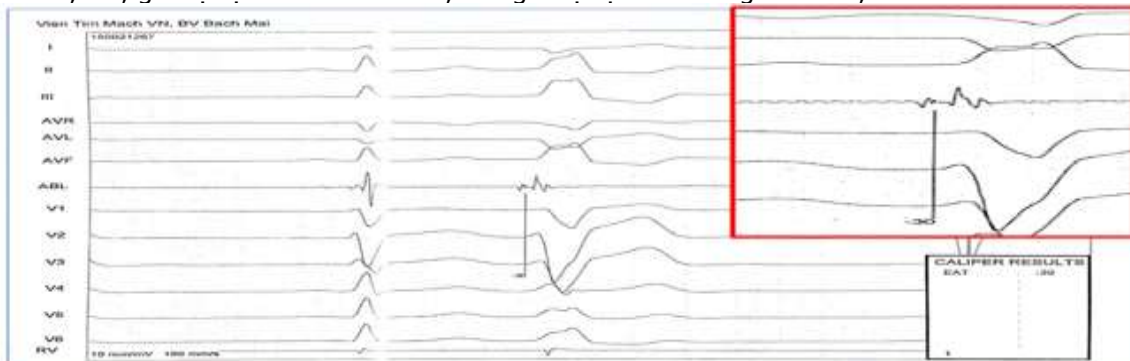
Bảng 2. Độ nhạy và độ đặc hiệu qua các ngưỡng giá trị của EAT

EAT (ms)	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Giá trị dự báo dương tính	Giá trị dự báo âm tính
19,5	0,887	0,375	0,44	0,857
22,5	0,710	0,679	0,55	0,80
25,5	0,516	0,804	0,593	0,75
28,5	0,339	0,938	0,75	0,719
34,5	0,081	0,991	0,833	0,661
43,5	0,016	1,0	1	0,647

Nhận xét: Thời gian điện thể thất sớm đo được càng lớn thì giá trị dự báo điểm đốt thành công càng cao. Tại điểm Cut - off với EAT = 22,5 có độ nhạy = 0,71 và độ đặc hiệu = 0,679 với giá trị dự báo dương tính là 0,55, giá trị dự báo âm tính là 0,80.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 170 vị trí lập bản đồ điện học bằng tìm điện thể thất sớm nhất. Chỉ số EAT tại các vị trí thành công là $26,0 \pm 5,7$ ms, lớn hơn so với tại các vị trí triệt đốt không thành công ($21,3 \pm 4,9$ ms) với $p < 0,0001$. Đánh giá giá trị tiên lượng thành công của phương pháp lập bản đồ điện học bằng đo điện thể thất sớm nhất dựa trên biểu đồ đường cong ROC với diện tích dưới đường cong AUC = 0,741, $p < 0,0001$. Tại giá trị EAT = 22,5 ms thì độ nhạy là 0,71, độ đặc hiệu là 0,679, giá trị dự báo âm tính là 0,8 và giá trị dự báo dương tính là 0,55.

**Hình 1. Lập bản đồ điện học bằng tìm điện thể thất sớm nhất**

Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với các nghiên cứu của Yokokawa hay của Luker [5], [6]. Các nghiên cứu của các tác giả trên đều cho thấy rằng EAT ở nhóm triệt đốt thành công cao hơn so với nhóm triệt đốt không thành công. EAT càng lớn có nghĩa là vị trí ống thông càng gần ổ khởi phát NTTT. Bên cạnh đó, trong nghiên cứu của Luker [6] hay của Fa - Po Chung [7] còn cho thấy rằng có mối liên quan giữa chỉ số EAT và tỉ lệ tái phát của NTTT sau thủ thuật. Nhóm tái phát NTTT có chỉ số EAT thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm có chỉ số EAT lớn hơn. Điều này cũng có thể được giải thích rằng khi triệt đốt càng gần vị trí đích thì càng triệt đốt được nhiều cơ chất hơn khiến cho khả năng tái phát thấp hơn. Nếu vị trí triệt

đốt chưa đủ gần vị trí đích khiến cho tổn thương nội mạc chưa đủ sâu và rộng để cắt đứt hoàn toàn cơ chất khiến cho tỉ lệ tái phát của NTTT cao hơn. Đây cũng là hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi khi chưa theo dõi được bệnh nhân đủ dài để đánh giá tương quan giữa EAT và khả năng tái phát sau thủ thuật.

Trên thực tế, phương pháp lập bản đồ điện học bằng đo điện thể thất sớm có nhiều ưu điểm so với phương pháp lập bản đồ điện học bằng tạo nhịp. Đối với những vùng cơ tim kém dẫn điện, hay những vùng cơ tim ở gần sát dưới van động mạch phổi sẽ rất khó khăn để lập bản đồ bằng tạo nhịp do các vùng cơ tim không dẫn điện hoặc phải kích thích bằng cường độ dòng điện lớn có thể dẫn tới sai lệch về hình ảnh điện

tâm đồ. Tại những vị trí này phương pháp lập bản đồ điện học bằng đo điện thế thất sớm tỏ ra ưu việt hơn và có giá trị hơn. Tuy nhiên, nhược điểm của phương pháp này là không thực hiện được ở các thời điểm ngoại tâm thu thất xuất hiện với tần số thưa. Trong những trường hợp này, phương pháp tạo nhịp là phối hợp cần thiết để tìm ổ khởi phát loạn nhịp.

Hiện nay, trong các hướng dẫn về điều trị RF đối với NTQT đều khuyến cáo mức EAT từ 10 – 60 ms [2], [3], [4]. Điều này cũng đã được chứng minh qua nhiều nghiên cứu của các tác giả Ji Eun Ban, tác giả Kuhne hay Luker cho thấy mức EAT đều nằm trong giới hạn này. Qua nghiên cứu chúng tôi đề xuất mức EAT = 22,5 ms để tiến hành triệt đốt với giá trị dự báo dương tính là 0,55, độ nhạy là 0,71, độ đặc hiệu là 0,679.

V. KẾT LUẬN

Lập bản đồ điện học bằng phương pháp tìm điện thế thất sớm trong triệt đốt NTQT từ đường ra thất phải là một phương pháp hiệu quả, đặc biệt có ưu điểm vượt trội trong những trường hợp NTQT khởi phát gần van động mạch phổi, khó khăn khi sử dụng phương pháp mapping bằng tạo nhịp. Qua nghiên cứu, chúng tôi đề xuất mức EAT >22,5ms để tiến hành triệt đốt với khả năng dự báo thành công cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yong-Mei Cha, et al.**, Premature Ventricular Contraction-Induced Cardiomyopathy. *Circulation Arrhythm Electrophysiology*, 2012. 5: p. 229 - 236.
2. **Jasmine Lamba, et al.**, Radiofrequency Catheter Ablation for the Treatment of Idiopathic Premature Ventricular Contractions Originating from the Right Ventricular Outflow Tract: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Electrophysiology*, 2013. 37: p. 73 - 78.
3. **David J. Wilber, Douglas L. Packer, and William G. Stevenson**, Ventricular Tachycardia, in *Catheter Ablation of Cardiac Arrhythmias: Basic Concepts and Clinical Applications*. 2008, Blackwell. p. 274.
4. **Callans, D.J.**, Ablation of Idiopathic Ventricular Tachycardia. *The Journal of Innovations in Cardiac Rhythm Management*, 2012. 3: p. 16 - 23.
5. **Miki Yokokawa, et al.**, Reasons for failed ablation for idiopathic right ventricular out flow tract-like ventricular arrhythmias. *Heart Rhythm*, 2013. 10: p. 1101 - 1108.
6. **Jakob Lüker, et al.**, Automated template matching correlates with earliest activation during mapping of idiopathic premature ventricular contractions☆. *IJC Heart and Vessel*, 2014. 4: p. 25 - 29.
7. **Fa-Po Chung, et al.**, Different characteristics and electrophysiological properties between early and late recurrences after acute successful catheter ablation of idiopathic right ventricular out flow tract arrhythmias during long-term follow-up. *Heart Rhythm*, 2014. 11: p. 1760 - 69.

NGHIÊN CỨU CHỈ SỐ MÙN NGÀ SAU KHI SỬ DỤNG DUNG DỊCH EDTA 17% TRÊN KÍNH HIỂN VI ĐIỆN TỬ

Phạm Thị Thu Hiền*

TÓM TẮT³

Mục tiêu: Nghiên cứu chỉ số mòn ngà sau khi sử dụng dung dịch EDTA 17% trên kính hiển vi điện tử. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 12 răng cửa giữa vĩnh viễn hàm trên được sử dụng trong nghiên cứu. Tiến hành nghiên cứu thực nghiệm có đối chứng. **Kết quả:** Chỉ số mòn ngà trước khi bơm dung dịch EDTA 17% của tất cả các răng là độ 5, sau khi bơm rửa chỉ số mòn ngà là độ 1 hoặc 2. **Kết luận:**

Dung dịch EDTA 17% có khả năng loại bỏ mòn ngà hiệu quả.

Từ khóa: EDTA 17%, Ngà răng, mòn ngà.

SUMMARY

STUDY ON SMEAR LAYER INDEX AFTER USING 17% EDTA SOLUTION ON SCANNING ELECTRON MICROSCOPE

Objective: The purpose of this study is to evaluate the smear layer index after using 17% EDTA solution on scanning electron microscope. **Subjects and method:** 12 maxillary central incisors were included in this study. We conducted an controlled empirical research. **Results:** Before using 17 EDTA solution, the smear layer index of all of teeth were grade 5. After using 17 EDTA solution, the index was 1

*Bệnh viện Răng Hàm Mặt TW Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thu Hiền

Email: phthhien638@gmail.com

Ngày nhận bài: 17/11/2016

Ngày phản biện khoa học: 10/12/2016

Ngày duyệt bài: 22/12/2016

or 2. **Conclusion:** 17% EDTA solution is ability to remove the smear layer effectively.

Keywords: 17% EDTA, root dentin, smear layer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị nội nha hay điều trị tủy là một lĩnh vực hiện nay đang rất phát triển của chuyên ngành Răng Hàm Mặt. Để đánh giá mức độ thành công của một ca điều trị tủy, cho đến nay, các nha sĩ vẫn dựa trên 3 yếu tố của Tam thức nội nha mà Schilder[1] đưa ra vào năm 1974: vô trùng trong các bước điều trị, làm sạch và tạo hình hệ thống ống tủy, trám bít hệ thống ống tủy kín khít theo ba chiều không gian.

Một trong các nguyên nhân của những ca điều trị tủy thất bại là việc ống tủy không được làm sạch hoàn toàn, vẫn còn tồn tại cặn bẩn, vi khuẩn,... gây ra tái nhiễm. Chính vì vậy, bước tạo hình và làm sạch ống tủy là một yếu tố tối quan trọng quyết định thành công của một ca điều trị nội nha. Để thực hiện tốt bước này, chúng ta cần kết hợp việc sửa soạn cơ học ống tủy bằng dụng cụ nong dũa với các dung dịch bơm rửa một cách hợp lý để loại bỏ vi khuẩn, các mảnh hữu cơ, vô cơ, đồng thời giúp cho việc tạo hình ống tủy thuận lợi hơn [2]. Ở bước sửa soạn ống tủy, khi sử dụng các vật liệu NiTi hay thép không gỉ sẽ tạo ra các lớp mùn ngà bao gồm các chất hữu cơ và vô cơ: hầu hết là các mảnh vụn ngà răng và tiền ngà răng, tiếp đến là các mô tủy sống hoặc chết, các vi sinh vật kèm theo độc tố của chúng, thêm vào đó là một hỗn hợp các chất bơm rửa được sử dụng trong khi điều trị [3]. Lớp mùn ngà này sẽ bao phủ các thành ống tủy và lấp các ống ngà, các ống tủy phụ, gây cản trở quá trình diệt khuẩn và bơm rửa ống tủy, khiến ống tủy không được làm sạch và có khả năng bị tái nhiễm do vi khuẩn có trong mùn ngà thâm nhập dẫn đến điều trị tủy thất bại. Để loại bỏ lớp mùn ngà này, phương pháp hay được sử dụng nhất là kết hợp bơm rửa giữa dung dịch EDTA và dung dịch NaOCl.

Hiện nay trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả loại bỏ mùn ngà của nhiều hợp chất khác nhau nhưng ở Việt Nam vẫn còn có ít nghiên cứu nói về vấn đề này. Vì vậy, để tìm hiểu thêm về tính chất, thành phần của lớp mùn ngà cũng như cách thức, cơ chế để loại bỏ lớp mùn ngà này bằng dung dịch EDTA, tôi thực hiện đề tài: Nghiên cứu chỉ số mùn ngà sau khi sử dụng dung dịch EDTA 17% trên kính hiển vi điện tử.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- Gồm 12 răng cửa vĩnh viễn hàm trên.
- Tiêu chuẩn lựa chọn
- + Các răng còn nguyên vẹn hình thể, đã đóng chóp.
- + Răng không có các bệnh lý nội tiêu, ngoại tiêu chân răng và không có vôi hoá ống tủy.
- + Không có dấu hiệu nứt gãy vùng chân răng.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1 Thiết kế nghiên cứu: Thực nghiệm có đối chứng.

2.2 Cỡ mẫu: 12 mẫu.

2.3 Các bước tiến hành:

- Bước 1: Các răng khô đủ tiêu chuẩn được làm sạch, loại bỏ cao răng, mảng bám.
- Bước 2: Chia 6 răng thành 3 nhóm
- + Nhóm A gồm 2 răng
- + Nhóm B gồm 2 răng
- + Nhóm C gồm 2 răng
- Bước 3: Mở buồng tủy từng răng bằng mũi khoan kim cương đầu tròn EndoAccessBur, lấy hết trần buồng tủy, tạo thành buồng tủy bằng mũi Endo-Z, kết hợp bơm rửa NaOCl.
- Bước 4: cho K-file số 10 vào ống tủy đến khi thấy qua lỗ chóp, đo chiều dài tính từ rìa cắn đến lỗ chóp, xác định chiều dài làm việc ngắn hơn chiều dài này 1mm.
- Bước 5: Tiến hành nong dũa ống tủy bằng k-file đến số 60. Bơm rửa bằng NaOCl 3% sau mỗi lần nong dũa.
- Bước 6: Tạo độ loét tiêu chuẩn cho ống tủy bằng mũi Gate - Glidden số 2 đến 5.
- Bước 7: Sau khi nong dũa và tạo hình, lần lượt lấy các răng ra. Đo chiều dài từ cổ răng giải phẫu đến chóp chân răng, đánh dấu các vị trí 1/3 trên, 1/3 giữa và 1/3 chóp ở tất cả các mặt của chân răng.
- Bước 8: Giữ răng trên tay trái, tay phải dùng đĩa cắt (carborundum disc) và cắt vuông góc với trục răng để loại bỏ 1/3 trên chân răng. Giữ lại 2/3 chân răng, đánh dấu dọc theo trục răng theo chiều trong-ngoài sao cho chia răng thành 2 phần bằng nhau. Cắt dọc theo đường đã đánh dấu đến hết 1/3 giữa rồi lại cắt vuông góc với trục răng tại đường phân chia 1/3 giữa và 1/3 dưới. Lấy ra 2 phần bằng nhau của 1/3 giữa.
- Bước 9: 2 phần này lần lượt được cố định trên sáp nền theo nhóm. Như vậy một nhóm sẽ có 4 mẫu.

- Bước 10: Mỗi mẫu răng sau đó được ngâm trong dung dịch cồn 90 độ và đưa vào máy rung siêu âm để loại bỏ các mảnh vụn sau khi cắt răng.

- Bước 11: Soi tất cả mẫu dưới kính hiển vi điện tử để đánh giá độ xói mòn ống ngà.

- Bước 12: Lần lượt bơm dung dịch EDTA 17% vào các mẫu theo thời gian:

- Nhóm A bơm trong 1 phút
- Nhóm B bơm trong 3 phút
- Nhóm C bơm trong 10 phút

- Bước 13: Tất cả các mẫu sau đó được bơm rửa lần cuối với dung dịch NaOCl 3% rồi được soi

dưới kính hiển vi điện tử scanning electron microscope(SEM) để đánh giá chỉ số mòn ngà.

- Chỉ số lớp mòn ngà theo hệ thống điểm:

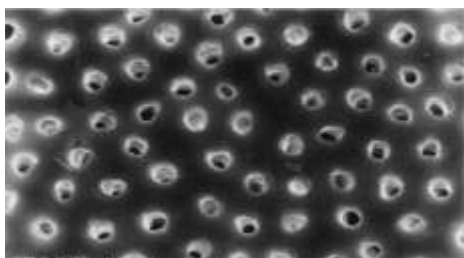
Độ 1: Không có mòn ngà.

Độ 2: Có 1 lượng nhỏ mòn ngà nằm rải rác trên thành ống tủy.

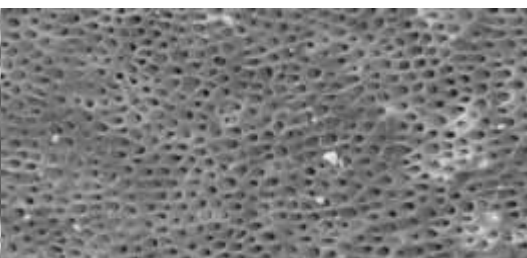
Độ 3: Một lớp mòn ngà đồng nhất che phủ thành ống tủy.

Độ 4: Lớp mòn ngà đồng nhất che phủ toàn bộ thành ống tủy.

Độ 5: Lớp mòn ngà không đồng nhất che phủ toàn bộ thành ống tủy.



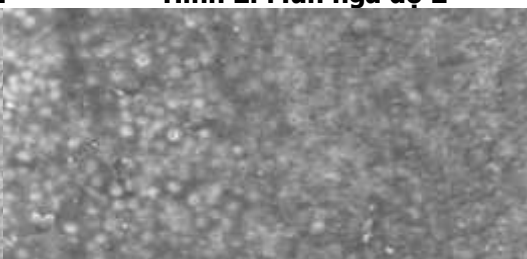
Hình 1. Chỉ số mòn ngà độ 1



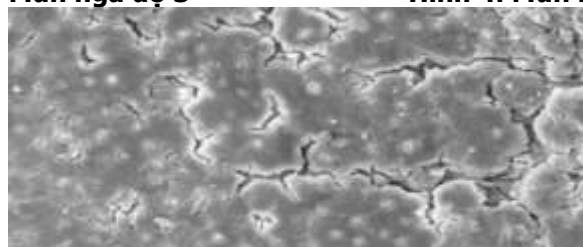
Hình 2. Mòn ngà độ 2



Hình 3. Mòn ngà độ 3



Hình 4. Mòn ngà độ 4



Hình 5. Mòn ngà độ 5

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Chỉ số mòn ngà trước khi bơm dung dịch EDTA 17%

	ĐỘ 1	ĐỘ 2	ĐỘ 3	ĐỘ 4	ĐỘ 5	TỔNG
N	0	0	0	0	12	12
%	0	0	0	0	100	100

Bảng 1. Chỉ số mòn ngà trước khi bơm dung dịch EDTA 17%.

Nhận xét: Sau khi nong dũa ống tủy và bơm rửa bằng dung dịch NaOCl 3% thì chỉ số mòn ngà ở tất cả các mẫu là độ 5.

2. Chỉ số mòn ngà sau khi bơm dung dịch EDTA 17%

	Nhóm A		Nhóm B		Nhóm C		Tổng	
	N	%	n	%	N	%		
ĐỘ 1	3	75	4	100	4	100	11	91,66

Độ 2	1	25	0	0	0	0	1	8,34
Độ 3	0	0	0	0	0	0	0	0
Độ 4	0	0	0	0	0	0	0	0
Độ 5	0	0	0	0	0	0	0	0
Tổng	4	100	4	100	4	100	12	100

Bảng 2: Chỉ số mòn ngà sau khi bơm dung dịch EDTA 17%**Nhận xét:** Sau khi bơm dung dịch EDTA 17%

- Chỉ số mòn ngà độ 1 chiếm tỉ lệ lớn nhất.
- Nhóm B và nhóm C có chỉ số mòn ngà độ 1 (100%) lớn hơn nhóm A (75%).
- Nhóm A có chỉ số mòn ngà độ 2 (25%) lớn hơn nhóm B và nhóm C (0%).
- Chỉ số mòn ngà độ 3,4,5 không xuất hiện trong cả 3 nhóm.

IV. BÀN LUẬN

EDTA hiện nay là chất tạo chelat được sử dụng rộng rãi trong điều trị nội nha nhờ phản ứng loại bỏ ion canxi trong tinh thể hydroapatite của ngà răng, nhờ vậy nên nha sĩ có thể dễ dàng loại bỏ thành phần vô cơ của lớp mòn ngà và làm sạch ống tủy trước khi trám bít. Hiệu quả của dung dịch EDTA còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: nồng độ dung dịch, chiều dài làm việc, độ cứng của ngà răng, độ pH của dung dịch, thời gian làm việc,...[3],[4].

Thành phần lớp mòn ngà bao gồm cả những chất vô cơ và hữu cơ [5] nên để loại bỏ hiệu quả cả hai thành phần này, theo các nghiên cứu đã được công bố, sử dụng dung dịch EDTA để bơm rửa sau khi bơm rửa bằng dung dịch NaOCl đem lại kết quả rất tốt [6],[7].

Tuy nhiên, theo một số nghiên cứu, dung dịch EDTA tuy có tác dụng loại bỏ mòn ngà rất hiệu quả nhưng lại có tác động gây xói mòn các ống ngà, đặc biệt là phần ngà quanh ống và ngà gian ống.

Ngà quanh ống có độ khoáng hoá cao và cứng hơn ngà gian ống. Tuy nhiên phần ngà quanh ống lại có ít mô sợi collagen hơn nên lại dễ bị hoà tan hơn trong môi trường axit. Chính vì vậy, khi sử dụng dung dịch EDTA, phần ngà quanh ống hay bị xói mòn trước rồi mới đến ngà gian ống, khi ngà gian ống bị xói mòn sẽ dẫn đến hiện tượng tự kết nối với nhau của các ống ngà.

Trong thực tế lâm sàng, chúng ta vẫn được khuyến cáo sử dụng dung dịch NaOCl và EDTA để bơm rửa, tuy nhiên, thời gian sử dụng để mang lại kết quả tốt nhất lại đang là chủ đề còn tranh cãi. Nghiên cứu của Yamada và cộng sự [6] kết luận chỉ vài giây sử dụng EDTA là đủ để loại bỏ hoàn toàn lớp mòn ngà. Ngoài ra, còn có những báo cáo của Meryon và của Cergneux về EDTA ở nồng độ và thời gian sử dụng khác nhau nhưng đem lại kết quả như nhau: lớp mòn ngà

hoàn toàn bị loại bỏ và kích thước ống ngà được mở rộng vừa phải.

Chúng tôi so sánh khả năng loại bỏ mòn ngà và tác động lên cấu trúc ngà răng của dung dịch EDTA 17% theo thời gian sử dụng. Kết quả của nghiên cứu chỉ ra rằng, bơm rửa dung dịch EDTA 17% trong 1 phút đem lại hiệu quả tốt nhất khi gần như tất cả các mẫu đều loại bỏ được hoàn toàn lớp mòn ngà và giữ kích thước các ống ngà bình thường, không bị xói mòn. Bơm rửa dung dịch EDTA 17% trong 3 phút và 10 phút tuy loại bỏ hoàn toàn được lớp mòn ngà nhưng lại khiến các ống ngà bị xói mòn từ trung bình đến nghiêm trọng, đặc biệt là phần ngà gian ống và ngà quanh ống. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của SemraCalt. Tuy nhiên lại có sự chênh lệch tương đối lớn đối với nghiên cứu của Goldberg và Speiberg vào năm 1982. Ở nghiên cứu này, hiệu quả loại bỏ mòn ngà tốt nhất của dung dịch EDTA lại là 15 phút. Sự khác nhau này có thể đến từ cách thức sử dụng dung dịch: ở nghiên cứu của Goldberg và Speiberg, dung dịch EDTA chỉ được nhỏ 1 giọt duy nhất vào từng mẫu còn ở nghiên cứu của tôi, dung dịch EDTA lại được bơm rửa liên tục theo thời gian tùy từng nhóm. Ngoài ra, có thể sự chênh lệch này đến từ nồng độ dung dịch sử dụng hoặc số tuổi của mẫu răng. Tuy nhiên trong nghiên cứu vào năm 1982, các tác giả không nhắc đến nồng độ của dung dịch sử dụng hay số tuổi của mẫu răng.

V. KẾT LUẬN

Dung dịch EDTA 17% đặc biệt hiệu quả trong việc loại bỏ lớp mòn ngà, điều này thể hiện qua kết quả nghiên cứu như sau:

- Chỉ số mòn ngà độ 1 chiếm tỉ lệ lớn nhất (91,66 %), đặc biệt ở nhóm B và nhóm C, chỉ số mòn ngà độ 1 chiếm 100%.
- Chỉ số mòn ngà độ 2 chỉ xuất hiện ở nhóm A và chiếm tỉ lệ thấp (25%).
- Chỉ số mòn ngà độ 3,4,5 không xuất hiện

trong cả 3 nhóm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Schilder, H. (1967).** Filling root canals in three dementsions. *Dental Clinics of North America*, pp.723-744.
2. **Hargreaves M., Cohen S., Berman H. (2001).** *Cohen's Pathway of the Pulp*, 10th edition, Mosby Elsevier, Missouri, pp.209-210.
3. **McComb D., Smith D.C. (1975).** A preliminary scanning electron microscopic study of root canals after endodontic procedure. *Journal of Endodontic*, vol.1, pp.238-242.
4. **Sen B.H., Wesselink P.R., Türkün M. (1995).** The smear layer: a phenomenon in root canal therapy. *International Endodontic Journal*, vol. 28, pp. 141-148.
5. **Cury J.A., Bragotto C., Valdrighi L. (1981).** The demineralizing efficiency of EDTA solutions on dentin. *Oral Surgery*, vol.52, pp. 446-448.
6. **Yamada R.S., Armas A., Goldman M., Lin P.S. (1983).** A scanning electron micro- scopic comparison of a high volume final flush with several irrigating solutions. *Journal of Endodontic*, vol. 9, pp. 137-142
7. **Goldman M., Goldman L.B., Cavaleri R., Bogis J., Lin P.S. (1982).** The efficacy of several irrigating solutions for endodontics: a scanning electron microscopic study. *Journal of Endodontic*, vol. 8, pp. 487-492.

THĂM DÒ ĐỘC LỰC CỦA MỘT SỐ CHỦNG VI KHUẨN THƯỜNG GẶP TRONG BỆNH VIỆN THÔNG QUA LIỀU GÂY CHẾT LD50 ĐỘNG VẬT THÍ NGHIỆM

Nguyễn Thái Sơn*, Lê Thanh Hà*, Nguyễn Văn An*

TÓM TẮT⁴

5 chủng vi khuẩn thường gặp trong nhiễm khuẩn bệnh viện có tính kháng thuốc cao được tìm hiểu thăm dò độc lực thông qua liều gây chết LD50 động vật thí nghiệm. Kết quả cho thấy các vi khuẩn này cũng đều có độc lực cao, 4/5 chủng gây chết chuột 100% ở liều 10^9 . Chủng vi khuẩn mủ xanh (*P. aeruginosa*) có khả năng gây chết 100% chuột thí nghiệm ngay ở liều 10^8 . Liều gây chết LD50 trên chuột nhắt trắng của 5 chủng vi khuẩn thử nghiệm *E. coli*, *S. aureus*, *P. aeruginosa*, *A. baumannii*, *S. marcescens* lần lượt là: $1,2 \times 10^8$; $2,5 \times 10^7$; $2,5 \times 10^6$; 3×10^7 ; 3×10^7 vi khuẩn.

Từ khóa: Vi khuẩn, độc lực, LD50

SUMMARY

EXPLORATION THE VIRULENCE OF SOME COMMON BACTERIA IN HOSPITAL THROUGH LETHAL DOSE LD50 ON MICES

5 strains of bacteria that commonly found in hospital infections and also resistant to multiple antibiotics have been explored by virulent lethal dose LD50 for laboratory animals. The results show that these bacteria are also highly virulent. 4/5 strains of bacteria has killed 100% of the mice at doses of 10^9 .

* Học viện Quân y

**Học viện Y Dược học cổ truyền VN

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thái Sơn,

Email: ntson65@yahoo.com

Ngày nhận bài: 9/11/2016

Ngày phản biện khoa học: 7/12/2016

Ngày duyệt bài: 22/12/2016

P. aeruginosa has killed 100% of mice at a dose of 10^8 . LD50 lethal dose of 5 strains of *E. coli*, *S. aureus*, *P. aeruginosa*, *A. baumannii*, *S. marcescens* to mice is respectively: 1.2×10^8 ; 2.5×10^7 ; 2.5×10^6 ; 3×10^7 ; 3×10^7 bacteria.

Keywords: Bacteria, virulence, LD50

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện tượng quá tải ở các bệnh viện đang làm cho tình hình vệ sinh và ô nhiễm môi trường ở các bệnh viện, nhất là các bệnh viện lớn ở tuyến trung ương ngày càng trở lên trầm trọng. Trong nhiều hậu quả của ô nhiễm môi trường bệnh viện thì "Nhiễm khuẩn bệnh viện" đang nổi lên và gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến công tác chăm sóc y tế. Các vi khuẩn thường có mặt trong môi trường bệnh viện có khả năng kháng với nhiều loại kháng sinh lại rất dễ dàng lây lan từ người bệnh này sang người bệnh khác, từ khoa phòng này sang khoa phòng khác do điều kiện chật chội, vệ sinh môi trường không tốt, dụng cụ ô nhiễm. Với các bệnh nhân trong bệnh viện, do sự giảm đề kháng của cơ thể trong điều kiện bệnh tật kết hợp với sự gia tăng độ tập trung các vi khuẩn gây bệnh, việc giữ gìn vệ sinh không đúng cách lại càng dễ gây ra các đợt nhiễm khuẩn bùng phát, lan truyền nhanh chóng giữa các bệnh nhân, nhân viên, và thậm chí lan ra cả cộng đồng [1]. Nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) làm tăng tỉ lệ biến chứng ở người bệnh,

tăng ngày càng điều trị, tăng mức sử dụng kháng sinh, tăng sự kháng thuốc của vi sinh vật, tăng chi phí dùng thuốc và tăng gánh nặng bệnh tật cho cả người bệnh và hệ thống y tế [1]. Các nghiên cứu về tính kháng thuốc của các vi khuẩn gây NKBV hiện nay được nhiều tác giả đề cập [2], [3] nhưng nghiên cứu cụ thể về độc lực của chúng có rất ít số liệu công bố [4]. Để góp phần tìm hiểu thêm về độc lực của các vi khuẩn thường gây NKBV, chúng tôi tiến hành nghiên cứu thăm dò độc lực của một số chủng vi khuẩn thường gặp ở môi trường bệnh viện thông qua liều gây chết trung bình 50% động vật thí nghiệm (LD50) trên chuột nhắt trắng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng và vật liệu nghiên cứu

- 5 chủng vi khuẩn có tần suất gặp cao trong môi trường bệnh viện do Bộ môn Khoa Vi sinh y học, Bệnh viện Quân y 103 phân lập, gồm: *Escherichia coli* (*E. coli*), *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*), *Pseudomonas aeruginosa* (*P.*

aeruginosa), *Acinetobacter baumannii* (*A. baumannii*), *Serratia marcescens* (*S. marcescens*).

- Động vật thí nghiệm là 210 chuột nhắt trắng khỏe mạnh, không dị tật, có trọng lượng 20 ± 2 gram/con, 6 – 8 tuần tuổi được nuôi 5 ngày ổn định tại phòng nuôi động vật của Học viện Quân y; Sau đó chia ngẫu nhiên chuột làm 21 lô nghiên cứu, mỗi lô 10 con.

- Vật liệu: đèn cồn, lam kính, bộ đo độ đục McFarland, bơm tiêm 1ml, tub nhựa vô trùng, micropipette, đầu côn, que cấy và các vật liệu cần thiết khác cho nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

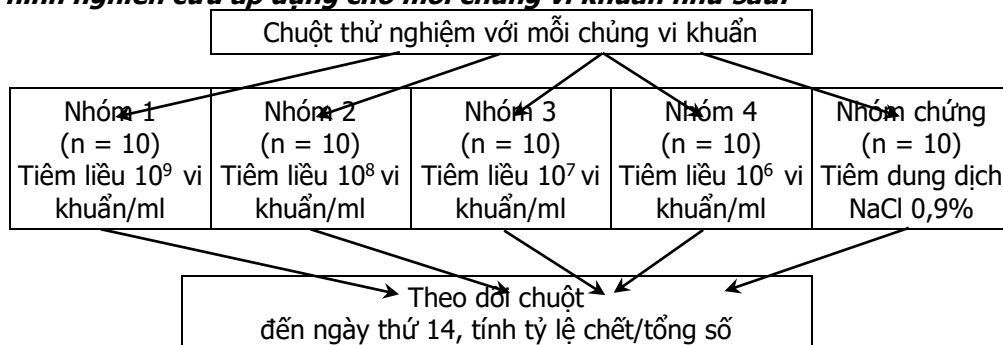
- Nghiên cứu thử nghiệm LD50 của vi khuẩn trên chuột nhắt trắng được thực hiện theo phương pháp Kepđepa [5], [6] và Dược điển Việt Nam IV [7].

- Trong nghiên cứu này mỗi chủng vi khuẩn được pha thành 4 nồng độ để tiêm vào 4 lô, mỗi lô 10 con chuột, mỗi nồng độ tiêm 1ml vào ổ bụng của chuột.

- Sử dụng 1 lô tiêm nước muối sinh lý vô trùng làm đối chứng.

- Theo dõi chuột đến ngày thứ 14 sau tiêm.

Mô hình nghiên cứu áp dụng cho mỗi chủng vi khuẩn như sau:



Hình 1: Mô hình nghiên cứu theo Kepđepa [5]

Liều gây chết trung bình của 50% động vật thí nghiệm (LD50) theo Kepđepa như sau: $\log LD50 = \lg DN - \partial \times (\Sigma li - 0,5)$, trong đó:

logDN: logarit cơ số 10 của liều tiêm lớn nhất

∂: logarit của hệ số pha loãng

Σli : Tổng tỷ lệ tương quan giữa chuột chết và chuột gây nhiễm

2.3. Kỹ thuật nghiên cứu

2.3.1. Cấy chủng vi khuẩn và chuẩn bị dung dịch tiêm chuột

Các chủng vi khuẩn được cấy trong canh thang BHI, để ở nhiệt độ 37°C/24giờ. Sau đó lấy một loop huyền dịch này cấy lên môi trường thạch máu cừu 5% và thạch dinh dưỡng, để ở nhiệt độ 37°C/24giờ.

Lấy khuẩn lạc điển hình nhuộm soi dưới kính hiển vi xác định hình thể và kiểm tra tính chất sinh vật hoá học.

Lấy khuẩn lạc hòa vào ống nghiệm chứa dung dịch NaCl 0,85% vô trùng đạt nồng độ $1,2 \times 10^9$ vk/ml được coi là huyền dịch ban đầu để pha dung dịch tiêm [5], [6].

2.3.2. Thử nghiệm trên động vật

Mỗi nồng độ của vi khuẩn tiêm vào 1 lô gồm 10 chuột, 4 nồng độ cho 4 lô chuột, tiêm 1ml dưới da bụng mỗi chuột, sau khi tiêm mỗi lô được nhốt riêng, đánh số thứ tự từ 1 đến 4 và một lô chứng tiêm 1ml nước muối sinh lý dưới da bụng được thử nghiệm và theo dõi song song.

Theo dõi và ghi lại số chuột chết hàng ngày

đến ngày 14, trong thời gian theo dõi, chuột do xưởng sản xuất thức ăn động vật thí nghiệm được nuôi dưỡng chu đáo, ăn thức ăn tổng hợp cung cấp, nước uống tự do.



Hình 2: Tiêm ổ bụng chuột nhắt trắng

III. KẾT QUẢ NGHIỆN CỨU

3.1. LD50 của chủng vi khuẩn *Escherichia coli*

Bảng 3.1: Kết quả tiêm chuột với các liều khác nhau của chủng vi khuẩn *E. coli*

Liều tiêm (vk/ml)	Tổng số chuột	Số chuột sống	Số chuột chết	Tương qua giữa chuột chết và chuột gây nhiễm
10^9	10	2	8	0,8
10^8	10	6	4	0,4
10^7	10	8	2	0,2
10^6	10	10	0	0
Nhóm chứng tiêm NMSL	10	10	0	0
				$\Sigma li = 1,4$

Theo công thức Kerpapa ta có $lgLD50 = 9 - 1 \times (1,4 - 0,5) = 8,1 \rightarrow LD50 \cong 1,2 \times 10^8$ vi khuẩn.

3.2. LD50 của chủng vi khuẩn *Staphylococcus aureus*

Bảng 3.2: Kết quả tiêm chuột với các liều khác nhau của chủng vi khuẩn *S. aureus*

Liều tiêm (vk/ml)	Tổng số chuột	Số chuột sống	Số chuột chết	Tương qua giữa chuột chết và chuột gây nhiễm
10^9	10	0	10	1
10^8	10	2	8	0,8
10^7	10	7	3	0,3
10^6	10	10	0	0
Nhóm chứng tiêm NMSL	10	10	0	0
				$\Sigma li = 2,1$

Theo công thức Kerpapa ta có $lgLD50 = 9 - 1 \times (2,1 - 0,5) = 7,4 \rightarrow LD50 \cong 2,5 \times 10^7$ vi khuẩn.

3.3. LD50 của chủng vi khuẩn *Pseudomonas aeruginosa*

Bảng 3.3: Kết quả tiêm chuột với các liều khác nhau của chủng vi khuẩn *P. aeruginosa*

Liều tiêm (vk/ml)	Tổng số chuột	Số chuột sống	Số chuột chết	Tương qua giữa chuột chết và chuột gây nhiễm
10^9	10	0	10	1
10^8	10	0	10	1
10^7	10	3	7	0,7
10^6	10	6	4	0,4
Nhóm chứng tiêm NMSL	10	10	0	0
				$\Sigma li = 3,1$

Theo công thức Kerpapa ta có $logLD50 = 9 - 1 \times (3,1 - 0,5) = 6,4 \rightarrow LD50 \cong 2,5 \times 10^6$ vi khuẩn.

3.4. LD50 của chủng vi khuẩn *Acinetobacter baumannii*

Bảng 3.4: Kết quả tiêm chuột với các liều khác nhau của chủng vi khuẩn *A. baumannii*

Liều tiêm (vk/ml)	Tổng số chuột	Số chuột sống	Số chuột chết	Tương qua giữa chuột chết và chuột gây nhiễm
10^9	10	0	10	1
10^8	10	4	6	0,6
10^7	10	6	4	0,4
10^6	10	10	0	0
Nhóm chứng tiêm NMSL	10	10	0	0

				$\Sigma li = 2$
--	--	--	--	-----------------

Theo công thức Kerpđepa ta có $lgLD50 = 9 - 1 \times (2 - 0,5) = 7,5 \rightarrow LD50 \cong 3 \times 10^7$ vi khuẩn.

3.5. LD50 của chủng vi khuẩn *Serratia marcescens*

Bảng 3.5: Kết quả tiêm chuột với các liều khác nhau của chủng *S. marcescens*

Liều tiêm (vk/ml)	Tổng số chuột	Số chuột sống	Số chuột chết	Tương qua giữa chuột chết và chuột gây nhiễm
10^9	10	0	10	1
10^8	10	4	6	0,6
10^7	10	6	4	0,4
10^6	10	10	0	0
Nhóm chứng tiêm NMSL	10	10	0	0
				$\Sigma li = 2$

Theo công thức Kerpđepa ta có $lgLD50 = 9 - 1 \times (2 - 0,5) = 7,5 \rightarrow LD50 \cong 3 \times 10^7$ vi khuẩn.

IV. KẾT LUẬN

Cả 5 chủng vi khuẩn thường gặp trong nhiễm khuẩn bệnh viện đều có độc lực cao, 4/5 chủng gây chết chuột 100% ở liều 10^9 . Chủng vi khuẩn mủ xanh (*P. aeruginosa*) có khả năng gây chết 100% chuột thí nghiệm ngay ở liều 10^8 . Liều gây chết LD50 trên chuột nhắt trắng của 5 chủng vi khuẩn thử nghiệm *E. coli*, *S. aureus*, *P. aeruginosa*, *A. baumannii*, *S. marcescens* lần lượt là: $1,2 \times 10^8$; $2,5 \times 10^7$; $2,5 \times 10^6$; 3×10^7 ; 3×10^7 vi khuẩn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Ngọc Anh, Phạm Đức Mục, Đinh Hồng Dương (2013), "Nhiễm khuẩn bệnh viện và công tác kiểm soát nhiễm khuẩn", Tạp chí Y học Quân sự, 8. 2013.
2. Nguyễn Việt Hùng và cộng sự (2007), *Thực trạng NKBV và công tác kiểm soát NK tại một số BV phía Bắc năm 2006-2007*, Hội nghị triển khai

Thông tư 18/2009/TT-BYT về việc hướng dẫn tổ chức thực hiện công tác kiểm soát NK tại các cơ sở khám, chữa bệnh, Hà Nội.

3. Nguyễn Thái Sơn, Trần Việt Tiến, Lê Thu Hồng (2013), "Vi khuẩn gây bệnh và đặc điểm kháng thuốc kháng sinh của các chủng sinh ESBL phân lập được tại BV 103 (2009-2011)", *Tạp chí Y dược học quân sự*, Vol 38, No 1, tháng 2/2013.
4. Nguyễn Thái Sơn, Hoàng Vũ Hùng, "Đánh giá độc tính cấp của protein tái tổ hợp SEBm trên động vật thực nghiệm", *Tạp chí Y học quân sự*, Cục Quân y, BQP, số 295 (1-2/2014), p 18-20.
5. Labinskaia (1978), "Kỹ thuật nghiên cứu vi sinh vật", Medinski, tr. 108-110.
6. General requirements for the sterility of biological substances (Requirements for Biological substances). In: WHO Expert Committee on Biological Standardization. Forty-sixth report. Geneva, World Health Organization, 1998 (WHO Technical Report Series, No. 872).
7. Dược điển Việt Nam, lần xuất bản thứ tư (2009), Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG MỘT SỐ RỐI LOẠN TÂM THẦN PHỐI HỢP Ở TRẺ TĂNG ĐỘNG GIẢM CHÚ Ý TỪ 6 ĐẾN 14 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Thành Ngọc Minh*, Trương Thị Mai Hồng*

TÓM TẮT⁵

Mục tiêu: Đặc điểm lâm sàng một số rối loạn tâm thần phối hợp ở trẻ tăng động giảm chú ý (ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder) từ 6 đến 14

tuổi. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 96 trẻ tăng động giảm chú ý tại phòng khám chuyên khoa Tâm thần, Bệnh viện Nhi Trung ương từ năm 2015-2016. Kết quả: tỷ lệ ADHD kèm ODD là 35,24%, ADHD kèm CD: 9,52%, ADHD kèm: LÂTC: 10,48%. Rối loạn chức năng ở trẻ mắc ADHD phối hợp với ít nhất 01 RLTT: Ỉa đùn chiếm 12,5%, đau đầu: 2,5% và cắn móng tay: 30%. Rối loạn TIC nháy mắt: 5%, nhún vai: 2,5%, khịt mũi: 12,5%. Các rối loạn ngôn ngữ: nói ngọng: 35%, nói lắp: 17,5%, diễn đạt sai từ: 32,5%, nói khó: 15%.

*Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trương Thị Mai Hồng

Email: maihonghoa98@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/11/2016

Ngày phản biện khoa học: 12/12/2016

Ngày duyệt bài: 22/12/2016

Từ khóa: lâm sàng, rối loạn tâm thần phối hợp, tăng động giảm chú ý, trẻ em

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS OF SOME COMBINED PSYCHIATRIC DISORDERS AMONG CHILDREN AGED 6-14 YEARS OLD WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AT NATIONAL HOSPITAL OF PEDIATRIC

Objective: to describe the clinical characteristics of some combined mental disorders among children aged 6-14 years old with attention deficit hyperactivity disorder. **Subject and method:** A cross sectional study was conducted at the psychiatric specialty clinic in the National Hospital of Pediatric from 2015-2016. A total of 96 children with ADHD were studied. **Results:** the prevalence of ADHD with ODD was 35.24%; with CD was 9.52% and with Depression/Anxiety was 10.48%. Function disorders combined with at least one psychiatric disorder among children with ADHD: 12.5% fecal incontinence; 2.5% urinary incontinence; 30% nail biting. TIC disorders: wink 5%; shrugged 2.5%; snort: 12.5%. Speech disorder: lisp: 35%; stuttering: 17.5%; misstatement: 32.5%; difficulty with speech: 15%.

Keywords: clinical, combined psychiatric disorder, attention deficit hyperactivity disorder, children

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn tăng động giảm chú ý (ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder) là một rối loạn phổ biến ở trẻ em với tỷ lệ mắc ước tính khoảng 5% và hiện đang có xu hướng ngày càng tăng[2],[3]. ADHD dẫn tới nhiều hệ lụy nghiêm trọng ở trẻ em, đặc biệt làm tăng các nguy cơ bị chấn thương và rối loạn tâm thần. Theo nghiên cứu của Dalsgaard và cộng sự (năm 2002) cho thấy có sự liên quan giữa các biểu hiện rối loạn nhân cách, tội phạm và hành vi chống đối xã hội ở trẻ mắc ADHD. Trẻ mắc ADHD và rối loạn hành vi (CD - Conduct Disorder) có nguy cơ về sau phát triển rối loạn nhân cách chống đối xã hội (ASPD) [4]. Mặc dù vậy, các bằng chứng về mối

tương quan giữa các rối loạn tâm thần với ADHD chưa rõ ràng, theo kết quả tổng hợp 80 bài báo xuất bản quốc tế cho thấy có 18 bài báo tìm ra mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa ADHD với rối loạn nhân cách, rối loạn chống đối xã hội [7].

Tại Việt Nam, hiện chưa có nhiều nghiên cứu về ADHD và các rối loạn tâm thần phối hợp kèm theo. Nghiên cứu của Lê Thanh Hải và cộng sự trên nhóm trẻ ADHD chưa cho thấy kết quả về mối quan hệ giữa ADHD với rối loạn nhân cách, chứng trầm cảm, lo âu [1]. Nghiên cứu tìm hiểu đặc điểm lâm sàng ở trẻ ADHD và các rối loạn tâm thần kèm theo nhằm hỗ trợ công tác phòng ngừa, chẩn đoán và điều trị các chứng rối loạn tâm thần là điều cần thiết, đảm bảo cho trẻ có được cuộc sống khỏe mạnh, hạnh phúc [3]. Do vậy, đề tài này được tiến hành nhằm mục tiêu: **"Mô tả đặc điểm lâm sàng một số rối loạn tâm thần phối hợp ở trẻ tăng động giảm chú ý từ 6 đến 14 tuổi"**.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Trẻ em phù hợp với các tiêu chí: 1) Có các dấu hiệu/biểu hiện của ADHD. 2) Trẻ có độ tuổi từ 6-14.

Loại trừ các trẻ bị bại não, trẻ chậm phát triển tâm thần, trẻ tự kỷ, trẻ bị động kinh và trẻ bị tổn thương hệ thần kinh trung ương....

Thời gian nghiên cứu: 09/2015 – 6/2016

Địa điểm nghiên cứu: Phòng khám ngoại trú, Khoa Tâm thần, BVNhi Trung ương.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: 96 trẻ đến khám.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Công cụ TTSL: Phiếu điều tra được xây dựng dựa vào mục tiêu nghiên cứu gồm 55 câu hỏi chia làm 7 phần.

Phương pháp TTSL: Hướng dẫn bố mẹ trẻ điền phiếu.

Xử lý số liệu: Nhập liệu và xử lý phân tích số liệu bằng SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Rối loạn tâm thần ở trẻ mắc ADHD

Đặc điểm	Giảm chú ý		Tăng động		Kết hợp		Mắc ADHD	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mắc ODD	2	9,52	3	21,43	32	52,46	37	38,54
Mắc CD	0	0	0	0	10	16,39	10	10,42
Mắc lo âu, trầm cảm	1	4,76	1	7,14	9	14,75	11	11,46
TỔNG	21	100	14	100	61	100	96	100

Trẻ mắc ADHD thì mắc ODD là 38,54. Sự khác biệt tỷ lệ ADHD giữa các dạng ADHD trẻ mắc phải có ý nghĩa thống kê với Fisher's exact $p=0,001$. Trẻ mắc ADHD kèm theo CD là 10,42% và tập trung ở nhóm ADHD dạng kết hợp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với kiểm định Fisher's exact $p=0,044$.

Bảng 2. Ảnh hưởng của ADHD đến ODD ở trẻ

Dạng ADHD \ ODD		Mắc		Không		p	OR (95%CI)
		n	%	n	%		
Biểu hiện giảm chú ý	Mắc	33	41,46	48	58,54	0,0117	4,72 (1,30-17,16)
	Không	3	13,04	20	86,96		
Biểu hiện tăng động	Mắc	34	46,67	40	53,33	<0,001	12,5 (2,72-55,15)
	Không	2	6,67	28	93,33		
ADHD dạng kết hợp	Mắc	31	52,46	29	47,54	<0,001	8,61 (2,99-24,79)
	Không	5	11,36	39	88,64		
Mắc ADHD	Mắc	35	38,54	59	61,46	-	-
	Không	0	0	9	100		
TỔNG		33	34,4	63	65,6		

Trẻ mắc ADHD có ảnh hưởng đến ODD, trong đó nguy cơ ODD ở trẻ có biểu hiện giảm chú ý cao gấp 4,72 lần so với trẻ không có biểu hiện, trẻ mắc biểu hiện tăng động có nguy cơ mắc ODD cao gấp 12,5 trẻ không mắc, trẻ mắc ADHD dạng kết hợp nguy cơ mắc ODD cao gấp 8,61 lần so với trẻ không mắc ($p<0,05$).

Bảng 3. Ảnh hưởng của ADHD đến CD ở trẻ

Dạng ADHD trẻ mắc		Mắc CD		Không mắc CD	
		n	%	n	%
Biểu hiện giảm chú ý	Mắc	10	12,20	72	87,80
	Không	0	0	23	100
Biểu hiện tăng động	Mắc	10	13,33	65	86,67
	Không	0	0	30	100
ADHD dạng kết hợp	Mắc	10	16,39	51	83,61
	Không	0	0	44	100
Mắc ADHD	Mắc	10	10,42	86	89,58
	Không	0	0	9	100
TỔNG		9	9,4	87	90,6

Trẻ mắc biểu hiện giảm chú ý có 12,20% mắc CD, trẻ tăng động có 13,33% mắc CD, trẻ ADHD kết hợp có 16,39% mắc CD, trẻ mắc ADHD có 10,42% mắc CD.

Bảng 4. Ảnh hưởng của ADHD đến biểu hiện lo âu, trầm cảm ở trẻ

Dạng ADHD \ LÂTC		Mắc		Không mắc		p	OR
		n	%	n	%		
Biểu hiện giảm chú ý	Mắc	10	12,20	72	87,80	0,4491	3,06 (0,37-25,21)
	Không	1	4,35	22	95,65		
Biểu hiện tăng động	Mắc	10	13,33	65	86,67	0,1723	4,46 (0,55-36,50)
	Không	1	3,33	29	96,67		
ADHD dạng kết hợp	Mắc	9	14,75	52	85,25	0,1149	3,63 (0,74-17,74)
	Không	2	4,55	42	95,45		
Mắc ADHD	Mắc	11	11,46	85	88,54		
	Không	0	0,00	9	100,00		
TỔNG		11	11,46	85	88,54		

Trẻ mắc các dạng ADHD có nguy cơ ảnh hưởng đến các biểu hiện lo âu, trầm cảm. Tuy nhiên sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Bảng 5. Tỷ lệ % rối loạn ngôn ngữ ở trẻ mắc ADHD có rối loạn tâm thần phối hợp

Đặc điểm		ADHD+ODD	ADHD+CD	ADHD +LÂTC	ADHD+RLTT
Rối loạn thực thể	Ỉa đùn	10,81	30,00	20,00	12,50
	Đái dầm	0,00	10,00	0,00	2,50
	Cắn móng tay	32,43	10,00	40,00	30,00
Rối loạn	Nháy mắt	5,41	0,00	9,09	5,00

Đặc điểm		ADHD+ODD	ADHD+CD	ADHD +LÂTC	ADHD+RLTT
TIC	Nhún vai	2,70	10,00	0,00	2,50
	Hăng giọng	5,41	0,00	0,09	5,00
	Khịt mũi	10,81	20,00	36,36	12,50
Rối loạn phát triển ngôn ngữ	Chậm nói	16,22	20	18,18	20,00
	Nói ngọng	35,14	40	36,36	35,00
	Nói lắp	18,92	10	18,18	17,50
	Nhại lời	5,40	0	9,09	5,00
	Sắp xếp lộn xộn	37,84	30	54,55	42,50
	Diễn đạt từ sai	32,43	20	36,36	32,50
	Nói khó	16,22	20	9,09	15,00

Cắn móng tay chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm ADHD kèm lo âu trầm cảm với tỷ lệ là 40%, tỷ lệ cắn móng tay ở nhóm ADHD kèm ít nhất một RLTT là 30%. Khịt mũi chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm ADHD kèm lo âu trầm cảm với 36,36%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ mắc ADHD kèm theo ODD là 38,54%, tỷ lệ mắc ADHD kèm theo CD chiếm 9,52%, ADHD kèm theo lo âu, trầm cảm chiếm 10,48%. Tỷ lệ mắc ADHD và mắc ít nhất 1 rối loạn tâm thần kèm theo chiếm 38,1%. Sự khác biệt tỷ lệ ADHD giữa các dạng ADHD trẻ mắc phải có ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Florence Levy và cộng sự (2013). Kết quả nghiên cứu này cho thấy trẻ mắc ADHD kèm theo trầm cảm chiếm 0,38%, ADHD kèm theo rối loạn hành vi chiếm 0,82%, ADHD kèm theo ít nhất một rối loạn hành vi chiếm 2,46% [5]. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ các rối loạn kèm theo ADHD cao hơn của Florence Levy và cộng sự (2013), điều này được giải thích do quần thể trong nghiên cứu của chúng tôi là quần thể lâm sàng ở bệnh viện, trong khi đó nghiên cứu của Florence Levy và cộng sự trên những quần thể tại cộng đồng [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi trẻ mắc ADHD trội về giảm chú ý có 12,2% kèm CD, trẻ ADHD trội về tăng động có 13,33% kèm CD, trẻ ADHD kết hợp có 16,39% kèm CD. Theo Stephen P. Becker và cộng sự (2012) CD và ADHD có mối liên quan có ý nghĩa thống kê [6].

Cắn móng tay có biểu hiện ở nhóm ADHD kèm ODD với tỷ lệ 32,43%, ở nhóm ADHD kèm CD với tỷ lệ 10%, ADHD kèm LÂTC là 40%, ở nhóm ADHD kèm RLTT là 30%. Các kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy mặc dù ADHD đi kèm các RLTT có biểu hiện rối loạn thực thể là cao hơn chỉ ở một vài các rối loạn riêng lẻ, tuy vậy không có sự khác biệt rõ ràng về tỷ lệ. Do vậy cũng cần thiết có thêm các nghiên cứu nhằm

chứng tỏ ảnh hưởng của các rối loạn tâm thần phối hợp với ADHD đến các rối loạn thực thể ở trẻ.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ Tic nháy mắt ở nhóm ADHD kèm ODD là 5,41%, ở nhóm ADHD kèm CD không có biểu hiện, nhóm ADHD kèm AD là 9,09%, nhóm ADHD kèm ít nhất 1 RLTT là 5%. Như vậy khi điều trị Tic nháy mắt cần quan tâm điều trị phối hợp đến khả năng trẻ mắc các rối loạn lo âu, trầm cảm. Nhún vai ở nhóm ADHD kèm ODD cũng chiếm tỷ lệ là 2,7%, ở nhóm ADHD chiếm 10%, ở nhóm ADHD kèm RLTT chiếm 2,5%. Nhóm ADHD kèm LÂTC không có trường hợp nào có Tic nhún vai. Việc điều trị Tic nhún vai cần quan tâm đến trẻ mắc CD. Khịt mũi ở nhóm ADHD kèm ODD chiếm 10,81%, nhóm ADHD kèm CD chiếm 20%, nhóm ADHD kèm LÂTC cũng chiếm 36,36%, nhóm ADHD kèm RLTT chiếm 12,5%. Việc điều trị cần lưu ý đến trẻ mắc CD. Như vậy, kết quả nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ giữa các nhóm RLTT và ADHD kèm RLTT.

Chậm nói cao nhất ở nhóm ADHD kèm theo có RLTT, nhóm ADHD kèm CD chiếm tỷ lệ là 20%. Nhóm ADHD kèm ODD chiếm tỷ lệ thấp nhất với 16,22%. Nói ngọng ở nhóm ADHD kèm CD là 40%, với trẻ nói ngọng thì việc điều trị cần quan tâm đến mắc CD.

V. KẾT LUẬN

Rối loạn tâm thần phối hợp ở trẻ mắc ADHD: Tỷ lệ ADHD kèm ODD là 35,24%, ADHD kèm CD: 9,52%, ADHD kèm: LÂTC: 10,48%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa ADHD và ODD ($p < 0,05$).

Rối loạn chức năng ở trẻ mắc ADHD phối hợp với ít nhất 01 RLTT: Ía đùn chiếm 12,5%, đái dầm: 2,5% và cắn móng tay: 30%. Rối loạn

TIC nháy mắt: 5%, nhún vai: 2,5%, hắng giọng: 5% và khịt mũi: 12,5%. Rối loạn ngôn ngữ chậm nói: 20%, nói ngọng: 35%, nói lắp: 17,5%, nhại lời: 5%, sắp xếp lộn xộn: 12,5%, diễn đạt sai từ: 32,5%, nói khó: 15%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thanh Hải, Thành Ngọc Minh, et al. (2013).** Mối liên quan giữa điểm tăng động, giảm chú ý theo thang đo K-SADS-PL và lo âu, trầm cảm ở trẻ tự kỷ tại bệnh viện Nhi Trung ương. Tạp chí Y học thực hành, 926. số 7, Tr 40-42
2. **American Psychiatric Association (1994).** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. (Fourth edition: DSM-IV).
3. **American Psychiatric Association (2013).** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition: DSM-5, (Washington: American Psychiatric Association).
4. **Dalsgaard S, H. S Nielsen, et al. (2013).** Five-fold increase in national prevalence rates of ADHD

medications for children and adolescents with autism spectrum disorder, attention-deficit/hyperactivity disorder and other psychiatric disorders. Danish register-based study. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, 23, 432-439

5. **Florence Levy, Deidra J. Young, et al. (2013).** Comorbid ADHD and mental health disorders: are these children more likely to develop reading disorders? ADHD Atten Def Hyp Disord, 5, 21-28
6. **Stephen P. Becker, Joshua M. Langberg, et al. (2012).** Clinical Utility of the Vanderbilt ADHD Diagnostic Parent Rating Scale Comorbidity Screening Scales. J Dev Behav Pediatr, 33 (3), 221-228.
7. **U.S. Department of Health and Human Services (2012)** Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). IN Health, N. I. o. (Ed.) NIH publication

NGHIÊN CỨU ẢNH HƯỞNG CỦA NƯỚC RỬA RAU QUẢ VEGY ĐẾN SỰ PHÁT TRIỂN CỦA TRỨNG GIUN Đũa VÀ TRỨNG GIUN MỐC/MỎ

Đinh Thị Thanh Mai*

TÓM TẮT⁶

Chúng tôi tiến hành thử nghiệm trứng giun đũa và trứng giun móc/mỏ ở các nồng độ 2 ml/lít nước, 5 ml/lít nước, 10 ml/lít nước và ở các mốc thời gian khác nhau 5 phút, 10 phút, 15 phút, 30 phút, 60 phút của nước rửa rau quả Vegy. Kết quả cho thấy ở nồng độ cao nhất 10 ml/l nước ở thời gian 30 phút, tỷ lệ diệt trứng giun móc/mỏ 21,63%, diệt 9,31% trứng giun đũa, ở nồng độ cao 2 ml/l nước ở thời gian 30 phút, tỷ lệ diệt trứng giun móc/mỏ 16,16%, diệt 2,57% trứng giun đũa,

Từ khóa: Trứng giun đũa và giun móc/mỏ, nước rửa Vegy.

SUMMARY

EFFECTS OF VEGETABLES CLEANING LIQUID VEGY ON ASCARIS AND HOOKWORM EGGS

*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Thanh Mai

Email: maityhp@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 6/11/2016

Ngày phản biện khoa học: 1/12/2016

Ngày duyệt bài: 25/12/2016

Ascaris sp and hookworm eggs were tested at different concentrations by using Vegy liquid 2 ml, 5 ml, 10 ml Vegy per liter of water and different time 5 minutes, 10 minutes, 15 minutes, 30 minutes time and 30 minutes time 60 minutes time. The results were showed that at the highest concentration of 10 ml Vegy per liter of water in 30 minutes time, the percentage of destroy hookworm eggs was 21.63% and ascaris worm was of 9.31%, of 2 ml Vegy per liter of water in 30 minutes time, the percentage of destroy hookworm eggs was 16.16% and ascaris worm was of 2.57%.

Keywords: Ascaris sp and hookworm eggs, Vegy liquid.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh ký sinh trùng đường ruột (giun đũa, giun móc/mỏ, giun tóc) lây truyền vào cơ thể con người qua đường tiêu hóa.

Theo chu kỳ sinh học, các loại trứng giun sán khi ra ngoài cơ thể chúng chịu tác động của nhiều yếu tố như vật lý (độ ẩm, nhiệt độ, ánh sáng, các tia vật lý...); yếu tố hóa học (dung dịch kiềm, dung dịch muối, dung dịch axit...) và sinh học (nấm, vi khuẩn, đơn bào [5],[7]). Tuy nhiên ảnh

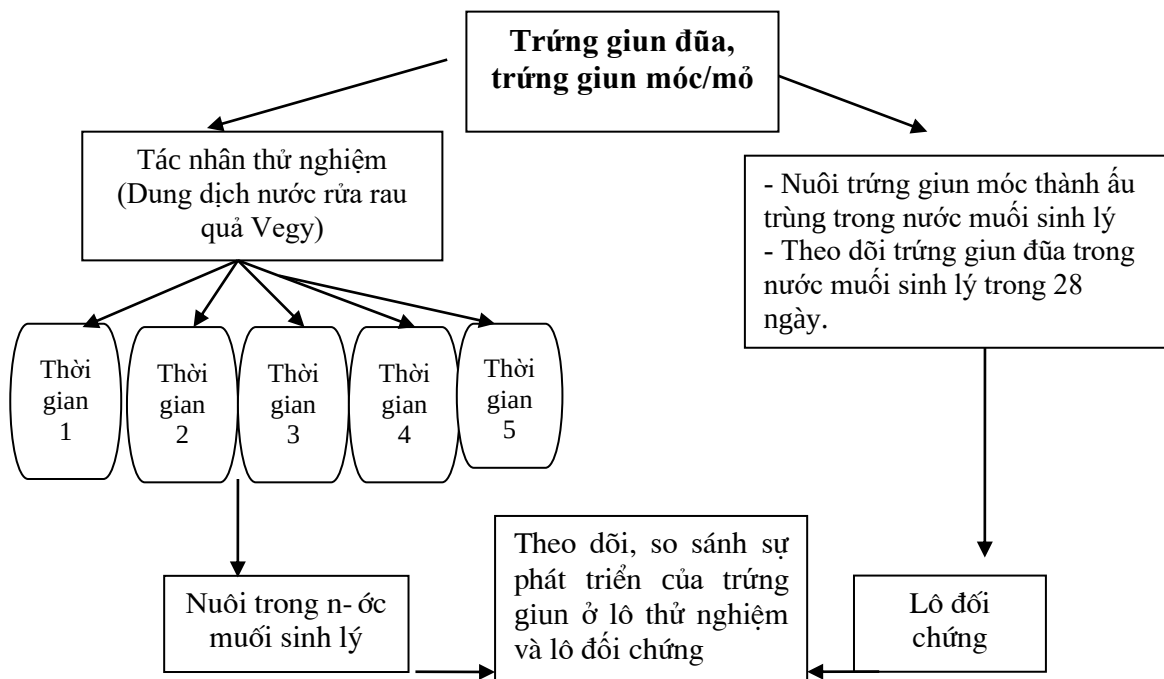
hường của các yếu tố này đến các loại trứng giun sản phụ thuộc vào cấu tạo của lớp vỏ trứng [7].

Các yếu tố lý hóa học như sóng siêu âm, tia cực tím, ozone, nước muối, thuốc tím, nước rửa rau quả... được ứng dụng nhiều trong y học, đặc biệt trong việc khử khuẩn các dụng cụ, thiết bị y tế. Tuy nhiên việc loại bỏ trứng giun sản trong nước và trong thực phẩm có nhiều quan điểm chưa thống nhất.

Ở nước ta hiện nay người dân sử dụng dung dịch nước muối, thuốc tím và một số thiết bị sinh ozone nhằm loại trừ mầm bệnh ký sinh trùng có trong rau quả. Nhưng việc kiểm chứng về hiệu quả thực sự của các tác nhân trên còn chưa rõ. Xuất phát từ thực tế đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu:

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu



2.3.2. Phương pháp thu thập mẫu: Phân lập trứng giun đũa, trứng giun móc/mỏ từ phân bệnh nhân đã được xác định nhiễm giun qua xét nghiệm phân. Làm sạch mầm bệnh trứng giun và tiến hành thử nghiệm ngay, trước khi trứng giun móc/mỏ nở ra ấu trùng.

2.4. Kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu

2.4.1 Kỹ thuật nuôi trứng giun đũa:

- Trứng giun đũa (*Ascaris lumbricoides*); trứng giun móc/mỏ (*Ancylostoma duodenale/Necator americanus*)

- Nước Vegy ở các nồng độ: 2ml/lít nước; 5ml/lít nước; 10ml/lít nước và thời gian 5, 10, 15, 30 và 60 phút.

- rau

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

2.2.1. Địa điểm nghiên cứu: Tại Bộ môn Sốt rét Ký sinh trùng - Côn trùng - Học viện Quân Y và bộ môn Ký sinh trùng - Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

2.2.2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 12/2011 đến tháng 12/2012.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1 Nghiên cứu thử nghiệm: Cỡ mẫu nghiên cứu thử nghiệm

+ Quy ước 1 đơn vị thử nghiệm (ĐVTN) = 500 trứng giun đũa, trứng giun móc/mỏ [2]

- Trứng giun sau khi phân lập được rửa 2 -3 lần với nước bằng cách ly tâm thời gian 2 phút với tốc độ 1.500 vòng/phút.

- Nuôi trứng trong nước muối sinh lý, ở nhiệt độ phòng (25-27°C) hoặc trong tủ ấm 27°C.

- Trong quá trình nuôi trứng giun đũa, luôn bổ sung thêm nước cất để khô khô trứng.

- Quan sát hàng ngày trứng giun đũa dưới kính hiển vi để theo dõi sự phát triển phôi của trứng.

- Tiến hành thử nghiệm sau 28 ngày nuôi trứng giun đũa [1].

2.4.2 Kỹ thuật nuôi trứng giun móc/mỏ

- Phết khoảng 0,5-1 gam phân lên 2/3 bằng giấy.

- Đưa bằng giấy vào ống nghiệm có sẵn 3 – 4 ml nước cất, sao cho đầu dưới của bằng giấy chạm nước, nhưng phân phết trên bằng giấy không chạm nước.

- Lấy bông không thấm nước nút miệng ống nghiệm lại.

- Đặt ống nghiệm vào giá đỡ để ở nhiệt độ phòng thí nghiệm (25-27°C) hoặc trong tủ ẩm 27°C.

- Sau 24 giờ, lấy bằng giấy ra. Ly tâm phần nước còn lại, thời gian 2 phút với tốc độ 1.500 vòng/phút.

- Hút cặn ở đáy ống đưa lên soi để tìm ấu trùng [1].

2.5. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Đánh giá trứng giun đũa trong 28 ngày ở 3 nồng độ và 5 mốc thời gian.

- Đánh giá trứng giun móc/mỏ sau 24 giờ ở 3 nồng độ và 5 mốc thời gian.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu

Số liệu được nhập và phân tích trên phần mềm SPSS 13.0 tại Bộ môn Sốt rét- Ký sinh trùng & Côn trùng - Học viện Quân y, Bộ môn Ký sinh trùng Trường Đại học Y Dược Hải Phòng.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Ảnh hưởng của nước rửa rau quả Vegy đến sự phát triển của trứng giun móc/mỏ

- Nồng độ nước rửa Vegy 2ml/lít nước

Bảng 3.1. Tỷ lệ trứng giun móc/mỏ sống sót khi ngâm trong nước Vegy nồng độ 2 ml/lít nước

Thời gian	Tổng số trứng	Số trứng có ấu trùng	% trứng có ấu trùng	p
5 phút (1)	223	204	91,48	$\chi^2_{1,2} = 0,93; p > 0,05$ $\chi^2_{2,3} = 1,0; p > 0,05$ $\chi^2_{3,4} = 0,15; p > 0,05$ $\chi^2_{4,5} = 3,46; p > 0,05$ $\chi^2_{1,2,3,4,5} = 24,35; p < 0,05$ $\chi^2_{1,0} = 6,18; p < 0,05$
10 phút (2)	213	189	88,73	
15 phút (3)	199	170	85,42	
30 phút (4)	130	109	83,84	
60 phút (5)	185	139	75,13	
Đối chứng (0)	185	180	97,29	

Nhận xét: ở tất cả các nồng độ nước rửa Vegy, tỷ lệ trứng giun móc/mỏ phát triển thành ấu trùng giảm một cách rõ rệt so với nhóm đối chứng ($p < 0,05$). Sau 30 phút, tỷ lệ trứng phát triển thành ấu trùng 85,42%. Sau 60 phút, nước rửa Vegy nồng độ 2 ml/l làm giảm tỷ lệ trứng giun móc/mỏ phát triển thành ấu trùng xuống rõ so với nhóm đối chứng, với $p < 0,05$. Tuy nhiên, tỷ lệ này vẫn còn cao trên 75%.

Theo hướng dẫn sử dụng, nồng độ nước rửa Vegy thường dùng là 5 ml/l và thời gian khoảng 3 phút. Thử nghiệm của chúng tôi với nồng độ và thời gian trên và dưới (hướng dẫn sử dụng) với trứng giun móc/mỏ và trứng giun đũa để đánh giá tác dụng diệt ký sinh trùng của nước rửa rau, củ, quả.

- Nồng độ nước rửa Vegy 5ml/lít nước

Bảng 3.2. Tỷ lệ trứng giun móc/mỏ sống sót khi ngâm trong nước Vegy nồng độ 5 ml/lít nước

Thời gian	Tổng số trứng	Số trứng có ấu trùng	% trứng có ấu trùng	p
-----------	---------------	----------------------	---------------------	---

Nước rửa rau, củ, quả Vegy có chứa những hoạt chất có tác dụng diệt khuẩn có trong bùn đất cũng như trong quả trình vận chuyển. Cơ chế hoạt động của nước Vegy là sử dụng các chất hoạt động bề mặt để lôi kéo toàn bộ các chất bẩn bám trên bề mặt rau, củ, quả. Các chất bẩn đó bao gồm: bụi bẩn, vi khuẩn, dư lượng thuốc trừ sâu...

Nước Vegy, một trong những loại nước rửa rau, củ, quả đang được bán trên thị trường. Loại nước này được sở Y tế Thành phố Hồ Chí Minh cấp giấy phép chất lượng sản phẩm và an toàn vệ sinh, nên người tiêu dùng đang được sử dụng hiện nay. Thành phần của nước rửa rau quả Vegy: sodium lauryl sunfate, sodium chloride, acid citric, tetrasodium EDTA, potassium sorbate, methyl paraben, hương liệu [5].

5 phút (1)	131	119	90,83	$\chi^2_{1,2} = 0,4; \quad p > 0,05$ $\chi^2_{2,3} = 0; \quad p > 0,05$ $\chi^2_{3,4} = 6,41; \quad p < 0,05$ $\chi^2_{4,5} = 0,42; \quad p > 0,05$ $\chi^2_{1,2,3,4,5} = 21,74; \quad p < 0,05$
10 phút (2)	130	115	88,46	
15 phút (3)	227	201	84,81	
30 phút (4)	147	116	78,91	
60 phút (5)	174	132	75,86	

Nhận xét: ở nồng độ nước rửa Vegy 5ml/l tất cả các thời gian tác động tỷ lệ trứng phát triển thành ấu trùng đều giảm có ý nghĩa so với nhóm đối chứng, với $p < 0,05$, tuy nhiên tỷ lệ này vẫn còn cao trên 75%.

- Nồng độ nước rửa Vegy 10 ml/lít nước

Bảng 3.3. Tỷ lệ trứng giun móc/mỏ sông sót khi ngâm trong nước Vegy nồng độ 10 ml/lít nước

Thời gian	Tổng số trứng	Số trứng có ấu trùng	% trứng có ấu trùng	p
5 phút (1)	134	121	90,29	$\chi^2_{1,2} = 0; \quad p > 0,05$ $\chi^2_{2,3} = 3,26; \quad p > 0,05$ $\chi^2_{3,4} = 1,3; \quad p > 0,05$ $\chi^2_{4,5} = 0,39; \quad p > 0,05$ $\chi^2_{1,2,3,4,5} = 18,5; \quad p < 0,05$ $\chi^2_{1,0} = 7,51; \quad p < 0,05$
10 phút (2)	121	109	88,42	
15 phút (3)	247	205	82,99	
30 phút (4)	148	116	78,37	
60 phút (5)	175	132	75,42	
Đối chứng (0)	185	180	97,29	

Nhận xét: ở nồng độ nước rửa Vegy 10ml/l tất cả các thời gian tác động tỷ lệ trứng phát triển thành ấu trùng đều giảm có ý nghĩa so với nhóm đối chứng, với $p < 0,05$. Tuy nhiên, tỷ lệ này vẫn còn cao trên 75%.

- So sánh kết quả ở các nồng độ

Bảng 3.4. So sánh tỷ lệ trứng giun móc/mỏ sông sót khi ngâm trong nước Vegy ở các nồng độ

Thời gian thử	Tỷ lệ%			So sánh a,b,c
	2ml/l (a)	5ml/l (b)	10ml/l (c)	
5 phút (1)	91,48	90,83	90,29	$p > 0,05$
10 phút (2)	88,73	88,46	88,42	
15 phút (3)	85,42	84,81	82,99	
30 phút (4)	83,84	78,91	78,37	
60 phút (5)	75,13	75,86	75,42	
Đối chứng (0)	97,29			
So sánh	$p > 0,05$			

Nhận xét: ở nồng độ 2 ml/l, tỷ lệ trứng phát triển thành ấu trùng giảm không quá 10%. Tỷ lệ trứng phát triển thành ấu trùng cao nhất là 91,48% (sau 5 phút tác động) và tỷ lệ trứng phát triển thành ấu trùng thấp nhất là 75,13% (sau 60 phút tác động). Ở các nồng độ 5 ml/l, tỷ lệ trứng phát triển thành ấu trùng là 90,83% sau 5 phút tác động và 75,86% sau 60 phút tác động, tỷ lệ trứng phát triển thành ấu trùng thấp nhất là 75,86% (sau 60 phút tác động). Ở các nồng độ 10 ml/l, tỷ lệ trứng phát triển thành ấu trùng là 90,29% sau 5 phút tác động và 75,42% sau 60 phút tác động, tỷ lệ trứng phát triển

thành ấu trùng là 75,42%. Như vậy, nước rửa Vegy 5 ml/l và 10 ml/l với thời gian 60 phút tác động, giảm tỷ lệ trứng giun móc/mỏ không quá 25%, tác dụng làm sạch ký sinh trùng trên rau, củ, quả thấp.

Trứng giun móc/mỏ có vỏ mỏng, dễ bị hỏng bởi các tác nhân lý, hoá,... [3], [7]. Mặc dù vậy, trứng giun móc/mỏ cũng chỉ hỏng dưới 25% ở các nồng độ thử nghiệm và sau thời gian 60 phút. Như vậy, qua thử nghiệm trứng giun móc/mỏ ở nồng độ nước rửa Vegy 2 ml/l; 5 ml/l và 10 ml/l, ở 5 khoảng thời gian cho thấy nước rửa Vegy ít có tác dụng diệt trứng giun móc/mỏ.

3.2. Tác động của nước rửa Vegy tới sự phát triển của trứng giun đũa

Bảng 3.5. Tỷ lệ trứng giun đũa phát triển có ấu trùng bên trong sau khi ngâm trong nước Vegy 30 phút.

Nồng độ nước	Tỷ lệ trứng có ấu trùng	P
--------------	-------------------------	---

rửa Vegy	Tổng số trứng	Số trứng có ấu trùng	Tỷ lệ %	
2 ml/l	117	114	97,43	$\chi^2_{1,2} = 1,25$; $p > 0,05$
5 ml/l	69	65	94,20	$\chi^2_{2,3} = 0,49$; $p > 0,05$
10 ml/l	43	39	90,69	$\chi^2_{1,2,3} = 3,34$; $p > 0,05$
NaCl 0,9%	37	37	100	

Nhận xét: tỷ lệ trứng giun đũa phát triển đến giai đoạn có ấu trùng bên trong sau 28 ngày chiếm tỷ lệ rất cao (trên 90%) ở tất cả các nồng độ thử nghiệm. So với nhóm đối chứng, tỷ lệ trứng phát triển thành ấu trùng không giảm nhiều (dưới 10%). Như vậy, nước rửa Vegy ít có hiệu quả diệt trứng giun đũa.

Nghiên cứu của Lê Thị Ngọc Kim và cộng sự từ tháng 8/2006 đến tháng 2/2007 tại thành phố Hồ Chí Minh, tỷ lệ ký sinh trùng sau khi rửa rau quả bằng nước rửa Vegy 82,6% tương đương với rửa rau, củ, quả bằng nước thường lần thứ 2 (77,9%) [4]

Trứng giun đũa cũng được tiến hành thử nghiệm tương tự như trứng giun móc, sau các nồng độ và thời gian thử nghiệm, trứng được nuôi cấy ở nhiệt độ thích hợp. Sau 28 ngày, tỷ lệ trứng phát triển có ấu trùng bên trong đều trên 90%. Qua kết quả trên, chúng tôi thấy rằng tỷ lệ trứng giun đũa bị hỏng (bị tiêu diệt) dưới tác động của nước rửa rau quả Vegy rất thấp ở tất cả các nồng độ thử nghiệm (đều trên 90%).

Nước rửa rau quả Vegy cũng ít tác dụng diệt trứng giun móc/mỏ, trứng giun đũa. Khả năng làm sạch trứng giun bám dính vào rau quả của nước Vegy thấp, đối với trứng giun móc/mỏ chỉ làm sạch trứng dưới 25% sau 60 phút, với trứng giun đũa, hiệu quả thấp hơn, chỉ dưới 10% sau 30 phút. Kết quả cho thấy, việc sử dụng nước rửa Vegy để rửa rau, củ, quả không có tác dụng phòng chống lây nhiễm trứng giun móc/mỏ, trứng giun đũa.

IV. KẾT LUẬN

Tác động của nước rửa rau quả Vegy lên sự phát triển của trứng giun đũa, trứng giun móc/mỏ thấp: ở nồng độ cao nhất 10 ml/l nước ở thời gian 30 phút, tỷ lệ diệt trứng giun móc/mỏ 21,63%, diệt 9,31% trứng giun đũa, ở nồng độ cao 2 ml/l nước ở thời gian 30 phút, tỷ lệ diệt trứng giun móc/mỏ 16,16%, diệt 2,57% trứng giun đũa,.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Khắc Lực, Đỗ Ngọc Ánh, Nguyễn Ngọc San và cộng sự (2011), "Tác động dung dịch nước muối đến sự phát triển của trứng giun móc/mỏ và rau ăn sống", *Tạp chí phòng chống bệnh sốt rét và các bệnh ký sinh trùng*, (2), tr. 81-85
2. Dịch tễ và thống kê ứng dụng trong nghiên cứu khoa học (2001), "Nghiên cứu cắt ngang", Trường Đại học Y Hà Nội, mạng lưới đào tạo và tư vấn sức khỏe cộng đồng, tr. 32.
3. Lại Thị Mai Hương (2006), "Khảo sát ảnh hưởng của dung dịch rửa và điều kiện rửa tới chất lượng của rau salad sơ chế", *Tạp chí phát triển Khoa học & kỹ thuật*, 9 (12), tr. 71-76.
4. Lê Thị Ngọc Kim, Vũ Đình Phương Ân, Trần Thị Hồng (2007) "Khảo sát ký sinh trùng trên rau sống bán tại các chợ trên địa bàn thành phố Hồ Chí Minh", *Y học thành phố Hồ Chí Minh, chuyên đề ký sinh trùng*, (2), Đại học Y được thành phố Hồ Chí Minh, tr.130-135.
5. Wikipedia tiếng Việt/11/25/2010, "Nước rửa Vegy".
6. Amahmid, O., Asmama, S., & Bouhoum, K. (1999), "The effect of waste water reuse in irrigation on contamination of food crops by *Giardia* cyst and *Ascaris* eggs", *International Journal of Food Microbiology*, 49, pp.19-26.
7. Sungmin Mun, Shin-Hyeong Cho et al (2009), "Inactivation of *Ascaris* eggs in soil by microwave treatment compared to UV and ozone treatment", *Chemosphere* 77, pp. 285-290.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU ỨNG DỤNG VÙNG ỔNG NGÓN TAY

Lưu Danh Huy*, Phạm Đăng Ninh**, Vũ Nhất Định**

TÓM TẮT⁷

*Bệnh viện Việt Đức

**Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Lưu Danh Huy

Ống ngón tay là vùng giải phẫu có cấu trúc xơ sợi xương chặt hẹp đảm bảo cho hệ thống gân gấp được nuôi dưỡng, trượt và không bị "dây cung" khi thực hiện chức năng cầm nắm của bàn tay. Tổn thương gân gấp vùng ống ngón tay đến muộn sẽ đưa đến khó khăn trong điều trị cũng như kết quả của phẫu thuật. Chúng tôi nghiên cứu trên 26 bàn tay tử thi nhằm đưa ra một số đặc điểm giải phẫu ống ngón tay nhằm mục đích ứng dụng trong lâm sàng xử trí tổn thương gân gấp vùng này. Chiều dài ròng rọc ngón dài trung bình tại A1, A2, A4 tương ứng là: 7,11mm; 16,12mm; 5,94mm. Độ rộng và độ dày ống ngón tay của ngón dài: tại A2 là 6,25mm x 3,68mm; tại A4 là 4,98mm x 2,9mm; Khoảng cách từ khớp bàn ngón, liên đốt ngón gần đến bờ trên của ròng rọc A2, A4 tương ứng của ngón dài: 6,35mm; 7,96mm.

Từ khóa: Giải phẫu ống ngón tay

SUMMARY

ANATOMICAL STUDY ON SOME FEATURES OF THE DIGITAL CANAL

Digital canal is the anatomy bone structure narrow fiber system ensures nourished tendon folding, sliding and not being "bowstringing" while performing the function of the hand grip. Injury to the digital canal tendon late will lead to difficulties in the treatment and the results of surgery. We studied the anatomical features digital canal aimed clinical applications in the management of two-stage tendon reconstruction. Pulley finger long average length at A1, A2, A4, respectively: 7,11mm; 16,12mm; 5,94mm. The width and thickness of the digital canal (long finger): 6,25mm x 3,68mm in A2; 4,98mm x 2,9mm at the A4; Distance from the MP joint, PIP joint to proximal edge of the pulley A2, A4 respective long fingers: 6,35mm; 7,96mm.

Key words: Anatomy of the digital canal.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cấu trúc giải phẫu và chức năng của hệ thống ròng rọc vùng ống ngón tay rất phức tạp. Chức năng cơ bản của hệ thống ròng rọc là giúp cho sự chuyển vận động theo trục của gân gấp thành vận động theo góc thông qua các khớp liên đốt, từ đó giúp cho các khớp liên đốt gần,

liên đốt xa gấp được. Ròng rọc ống ngón tay cũng đảm bảo giữ cho gân gấp gần với xương và trục xoay của của khớp, tránh hiện tượng "dây cung" của gân gấp [7]. Sự hiểu biết đầy đủ giải phẫu và chức năng giúp cho các bác sỹ lâm sàng thực hành trong điều trị tổn thương gân gấp cũng như tổn thương hệ thống ròng rọc. Chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu nhận xét một số đặc điểm giải phẫu của ống ngón tay ở người trưởng thành nhằm ứng dụng trong phẫu thuật đối với các trường hợp tổn thương gân gấp vùng ống ngón tay đến sớm và muộn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 26 bàn tay của tử thi hoặc cánh tay bị cắt cụt ở độ tuổi trưởng thành

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Giải phẫu bệnh – Bệnh viện HN Việt Đức và Khoa Giải phẫu Trường ĐHYD Tp Hồ Chí Minh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả.
- Đo độ rộng ròng rọc: sử dụng kẹp loup, phẫu tích rõ ràng ranh giới trên và dưới của ròng rọc A1, A2, A4 và ròng rọc chéo ngón 1 dùng thước kẹp điện tử có độ chính xác đến 0,01 mm đo đạc. Các khớp bàn ngón, liên đốt gần và xa ở tư thế O độ.
- Đo khoảng cách từ khớp bàn ngón, khớp liên đốt đến bờ trên ròng rọc: đánh dấu khe khớp bằng kim, đo khoảng cách từ kim đến bờ dưới ròng rọc A2, A4 và điểm thấp nhất của ròng rọc chéo
- Đo chiều dài ròng rọc: đo khoảng cách từ bờ trên A1 đến khe khớp liên đốt xa.
- Đo đường kính ròng rọc: phẫu tích lấy bỏ toàn bộ gân gấp nông, sâu ngón dài và gân gấp dài ngón 1. Đúc thạch cao y tế vào ống ngón tay. Xác định đường kính thạch cao bằng cách đo bề dày và bề rộng của thạch cao.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0

Email:hugo78@yahoo.com

Ngày nhận bài: 15/11/2016

Ngày phản biện khoa học: 12/12/2016

Ngày duyệt bài: 24/12/2016

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Chiều dài rỗng rọc A1 và C ở ngón cái.

Chiều dài rỗng rọc ngón cái (mm); (n=26)	A1	C
$\bar{X} \pm SD$	$5,45 \pm 1,05$	$14,09 \pm 3,00$
Min	3,70	8
Max	7,65	21

Bảng 2. Chiều dài rỗng rọc A1, A2 và A4 ở ngón dài.

Chiều dài rỗng rọc ngón dài (n=26)	$\bar{X} \pm SD$ (min - max) [mm]		
	A1	A2	A4
Ngón 2	$7,78 \pm 1,38$ (5,50 - 12,15)	$15,72 \pm 2,81$ (11,60 - 20,98)	$6,20 \pm 1,23$ (5,04 - 10,20)
Ngón 3	$7,79 \pm 1,50$ (5,31 - 11,12)	$18,95 \pm 3,46$ (11,10 - 24,53)	$6,59 \pm 1,22$ (5,01 - 11,00)
Ngón 4	$7,24 \pm 1,25$ (5,30 - 9,92)	$17,28 \pm 2,38$ (11,40 - 21,25)	$6,02 \pm 0,91$ (5,01 - 8,76)
Ngón 5	$5,66 \pm 1,38$ (3,40 - 10,36)	$12,55 \pm 2,56$ (6,44 - 16,76)	$4,95 \pm 0,87$ (3,50 - 6,60)
Chung	$7,11 \pm 1,19$ (5,48 - 10,23)	$16,12 \pm 2,43$ (11,53 - 20,7)	$5,94 \pm 0,86$ (4,96 - 8,20)

Bảng 3. Độ rộng và dày của ống ngón tay tại rỗng rọc C ngón 1.

Ống ngón tay tại rỗng rọc C (mm); (n=26)	Độ dày	Độ rộng
$\bar{X} \pm SD$	$3,57 \pm 0,58$	$5,08 \pm 0,69$
Min	2,60	3,6
Max	4,73	6,22

Bảng 4. Độ dày của ống ngón tay tại rỗng rọc A2 và A4.

Độ dày ống ngón tay (mm); (n=26)	A2 $\bar{X} \pm SD$ (min - max)	A4 $\bar{X} \pm SD$ (min - max)
Ngón 2	$3,55 \pm 0,49$ (2,50 - 4,47)	$2,92 \pm 0,42$ (2,21 - 4,06)
Ngón 3	$4,20 \pm 0,46$ (3,16 - 5,22)	$3,18 \pm 0,56$ (2,18 - 4,56)
Ngón 4	$3,85 \pm 0,41$ (3,00 - 4,61)	$2,99 \pm 0,37$ (2,06 - 3,56)
Ngón 5	$3,11 \pm 0,41$ (2,36 - 4,23)	$2,52 \pm 0,37$ (1,75 - 3,19)
Chung	$3,68 \pm 0,35$ (2,97 - 4,52)	$2,90 \pm 0,27$ (2,37 - 3,39)

Bảng 5. Độ rộng của ống ngón tay tại rỗng rọc A2 và A4

Độ rộng rỗng rọc nhân ngón dài (mm)	A2 $\bar{X} \pm SD$ (min - max)	A4 $\bar{X} \pm SD$ (min - max)
Ngón 2	$6,17 \pm 0,74$ (4,96 - 7,48)	$5,14 \pm 0,58$ (3,67 - 6,12)
Ngón 3	$6,91 \pm 1,18$ (2,26 - 8,09)	$5,42 \pm 0,63$ (4,32 - 6,55)
Ngón 4	$6,49 \pm 0,66$ (5 - 7,61)	$5,12 \pm 0,59$ (4,14 - 6,24)
Ngón 5	$5,43 \pm 0,79$ (3,74 - 6,62)	$4,26 \pm 0,55$ (2,78 - 5,21)
Chung	$6,25 \pm 0,60$ (5,15 - 7,13)	$4,98 \pm 0,38$ (4,24 - 5,61)

Bảng 6. Khoảng cách từ khớp bàn ngón đến bờ trên rỗng rọc chéo ngón 1.

Khoảng cách từ khớp liên đốt đến bờ trên rỗng rọc chéo ngón 1 (mm)	$\bar{X} \pm SD$	Min - Max
	$4,67 \pm 1,14$	3,70 - 8,44

Bảng 7. Khoảng cách từ khớp liên đốt đến bờ trên rỗng rọc ngón dài.

Khoảng cách từ khớp liên đốt đến bờ trên rỗng rọc ngón dài (mm); (n=26)	A2 $\bar{X} \pm SD$ (min - max)	A4 $\bar{X} \pm SD$ (min - max)
Ngón 2	$7,16 \pm 1,71$ (5,15 - 11,41)	$7,89 \pm 1,86$ (3,00 - 11,55)
Ngón 3	$6,61 \pm 1,32$ (3,95 - 9,40)	$8,85 \pm 1,72$ (4,20 - 13,7)
Ngón 4	$6,08 \pm 1,12$ (4,26 - 8,80)	$8,01 \pm 1,41$ (4,30 - 10,44)
Ngón 5	$5,56 \pm 1,59$ (3,59 - 9,70)	$7,08 \pm 1,33$ (4,47 - 10,85)
Chung	$6,35 \pm 1,13$ (4,45 - 9,35)	$7,96 \pm 1,19$ (4,28 - 10,74)

Bảng 8. Chiều dài ống ngón tay

Chiều dài ống ngón tay (mm)	$\bar{X} \pm SD$	Min - Max
Ngón 1	32,11 $\pm$ 3,94	23,48 - 39,70
Ngón 2	63,51 $\pm$ 3,63	57,59 - 68,99
Ngón 3	70,59 $\pm$ 4,16	59,90 - 76,71
Ngón 4	66,69 $\pm$ 3,95	54,60 - 72,48
Ngón 5	50,90 $\pm$ 3,41	44,00 - 56,76

Ống ngón tay của ngón dài (2-5) có chiều dài trung bình là: 62,9mm.

IV. BÀN LUẬN

- Ròng rọc ngón 1:

Năm 1977 Doyle và Blythe [4] nghiên cứu hệ thống ròng rọc ngón 1 và chỉ ra có 1 ròng rọc chéo chạy từ bờ quay sang bờ trụ và 2 ròng rọc chữ thập. Ròng rọc A1 có chiều dài 7-9mm có hình nhẵn và ở trước khớp bàn ngón, ròng rọc A2 cũng tương tự A1 có hình nhẵn và nằm trên khớp liên đốt có chiều dài trung bình 8-10mm cuối cùng là ròng rọc chéo chạy từ bờ trụ kéo dài của gân cơ khép ngón cái tới bờ quay nằm giữa A1 và A2 có chiều dài trung bình 9-11mm. Dựa trên các thí nghiệm họ khẳng định rằng, ròng rọc chéo có vai trò quan trọng nhất ở ngón cái và đảm bảo cho sự trượt đầy đủ đúng trục của gân gấp dài ngón cái (nó chống lại hiện tượng "dây cung"). Zissimos và cộng sự, năm 1994 khẳng định lại bằng nghiên cứu chỉ ra: nếu cắt bỏ ròng rọc A1 và C ở ngón 1 thì hiện tượng "dây cung" sẽ xuất hiện đồng thời với việc giảm góc gấp của khớp liên đốt, ròng rọc A2 ít đóng góp vào biên độ xoay của ngón 1. Từ đó các tác giả nhấn mạnh việc cần thiết tái tạo lại ròng rọc C sẽ lấy lại được biên độ vận động bình thường của ngón 1. Bayat A. [1] nghiên cứu trên 14 bàn tay tử thi đưa ra nhận xét: ròng rọc A1 là những dải mạc hãm toàn bộ chạy ngang, 2/3 gần của ròng rọc được bám vào tấm ngang gan tay khớp bàn ngón và khớp bàn ngón, 1/3 xa của nó được bám vào nền của đốt gần. Chiều dài trung bình là 6mm (4-8mm). Ròng rọc chéo có nguyên ủy từ bờ trụ của nửa gần của đốt 1 và bám vào bờ quay của nền đốt xa, độ rộng trung bình 4,1mm (3-5mm). Ròng rọc A2 mỏng hơn, 2/3 gần của nó phủ lên chỏm đốt gần và tấm ngang gan tay khớp liên đốt, 1/3 xa thì bám ở nền đốt xa ngón 1. Chiều dài trung bình khoảng 8mm (5-10mm). Qua nghiên cứu tác giả cũng chỉ ra 4 type của ròng rọc ngón cái, mà trong nghiên cứu của chúng tôi chưa có điều kiện phẫu tích để tìm hiểu về phân loại này.

Qua phẫu tích 26 ngón cái chúng tôi ghi nhận sự xuất hiện đầy đủ của các ròng rọc, A1 có chiều dài trung bình 5,45mm (3,7mm-

7,65mm) ngắn hơn so các nghiên cứu cả các tác giả nước ngoài nhưng sự khác biệt không đáng kể, ròng rọc chéo có khoảng cách đo từ điểm cao nhất đến thấp nhất có chiều dài trung bình 14,09mm. Khoảng cách từ khe khớp bàn ngón đến bờ trên ròng rọc chéo có chiều dài trung bình 4,67mm điều này giúp các thầy thuốc lâm sàng ứng dụng móc giải phẫu trong việc tái tạo lại ròng rọc chéo, quan trọng trong tái tạo gân gấp 2 thì.

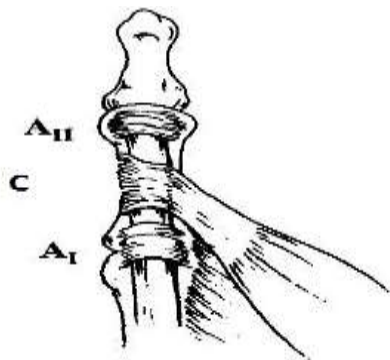
- Ròng rọc ngón dài:

Mặc dù tạo hình ròng rọc được mô tả sớm từ năm 1933 nhưng mãi đến 1975 Doyle và cộng sự mới thông báo sự hiểu biết về giải phẫu ròng rọc cũng như chức năng của chúng. Mô tả đầu tiên có 4 ròng rọc nhẵn và 3 ròng rọc chữ thập sau đó Hunter mô tả thêm ròng rọc nhẵn thứ 5 bám vào tấm ngang gan tay của khớp liên đốt xa. Ròng rọc là những dải xơ có hình nhẵn hoặc hình chữ thập. A1, A3, A5 bám vào tấm ngang gan tay và nổi vào bề mặt xương của khớp bàn ngón, liên đốt gần và liên đốt xa. Ròng rọc A2, A4 chỉ bám vào xương của đốt gần và đốt giữa tương ứng. Phần dày nhất của A2 (0,75mm) là ở phần xa. Chúng dài, rộng và ít bị thu hẹp trong khi gấp ngón tay hơn là các ròng rọc khác, điều này mang lại chức năng giữ cho gân gấp gần với trục vận động của khớp [4]. Chiều dài ròng rọc là 7,9mm (A1), 16,8mm (A2), 2,8mm (A3), 6,7mm (A4) và 4,1mm (A5) [5]. Qua phẫu tích 26 bàn tay với 104 ngón dài chúng tôi nhận thấy ròng rọc A2 dài nhất: 18,95mm ở ngón 3, 17,28mm ở ngón 4, tiếp đó là ròng rọc A1: 7,79mm ở ngón 3; 7,78mm ở ngón 2; cuối cùng là ròng rọc A4: 6,59mm ở ngón 3, 6,2mm ở ngón 2. Chiều dài trung bình ròng rọc ngón dài: A1: 7,11mm; A2: 16,12mm; A4: 5,94mm

Tái tạo ròng rọc là cần thiết sau một tổn thương gân gấp hoặc ít gấp hơn sau một rách kín cầu ròng rọc. Sự xuất hiện của dấu hiệu "dây cung" đòi hỏi phải điều trị phẫu thuật tạo hình ròng rọc để lấy lại cơ sinh học đầy đủ của hệ thống gân gấp. Các nghiên cứu cơ sinh học chỉ ra rằng ròng rọc A2 và A4 là ròng rọc then chốt

có ý nghĩa quyết định việc chống lại dấu hiệu “dây cung” khi gấp ngón tay, đảm bảo được toàn bộ chức năng ngón tay, sự thiếu hụt đơn thuần của A1 và A5 hầu như không ảnh hưởng đến hoạt động của ngón tay trong công việc [5,6].

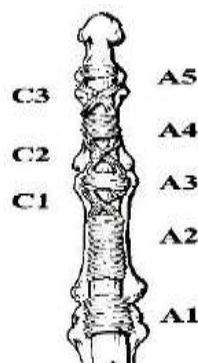
Năm 2014 Chow JC [2] nghiên cứu chỉ ra tầm quan trọng của phần gân A2 và A4 trong việc bảo đảm động học tự nhiên của ngón tay. Đặc biệt là khớp liên đốt gần đóng góp quan trọng nhất vào biên độ hoạt động của ngón tay. Sự biến đổi của phần gân của A2 và A4 sẽ ảnh hưởng đến biên độ gấp của ngón. Dấu hiệu “dây cung” của gân xuất hiện khi thiếu hụt ròng rọc nó làm giảm góc xoay gia tăng vận động xoắn xung quanh khớp tương ứng. Phần gân của A2 và A4 là cấu trúc giải phẫu gân với khớp bàn ngón và liên đốt ngón gần, nó quan trọng nhất để hạn chế “dây cung” của gân xung quanh những khớp này. Tác giả cũng ủng hộ quan điểm



Hình 1. Minh họa ròng rọc ngón 1 [6]

có thể cắt bỏ phần xa của A2 và A4 trong một số tình huống lâm sàng nào đó. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần gân nhất của A2 cách khe khớp bàn ngón 6,35mm, khoảng cách từ khe khớp liên đốt gần đến bờ trên A4 là 7,96mm. Trong thực hành lâm sàng cần tôn trọng vị trí giải phẫu ban đầu để có thể lấy lại được chức năng của ngón.

Độ rộng và độ dày của ngón dài: tại A2 là 6,25mm x 3,68mm; tại A4 là 4,98mm x 2,9mm; rộng và dày nhất là ngón 3: A2: 6,91mm x 4,2mm; A4: 5,42 x 3,18mm; rộng và dày thấp nhất là ngón 5: A2: 5,43mm x 3,11mm; A4: 4,26mm x 2,52mm. Độ rộng và độ dày của ngón dài trung bình là 6,25mm x 3,68mm. Điều này giúp cho các phẫu thuật viên lựa chọn được kích cỡ các dụng cụ sẵn có để tái tạo lại đường hầm trượt của gân ở thì 1 trong tạo hình gân gấp vùng II bàn tay 2 thì.



Hình 2. Minh họa ròng rọc ngón dài [6]

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đặc điểm giải phẫu ống ngón tay qua 26 bàn tay tử thi ở người trưởng thành chúng tôi đưa ra một số kết luận như sau: Ròng rọc A2 dài nhất: 18,95mm ở ngón 3, ngắn nhất ở ngón 4: 4,95mm. Ròng rọc A4 dài nhất ở ngón 3: 6,59mm ngắn nhất ở ngón 5: 4,95. Chiều dài trung bình ròng rọc ngón dài: A1: 7,11mm; A2: 16,12mm; A4: 5,94mm. Ngón 1: Bề rộng của ròng rọc chéo là 14,09mm; A1: 5,45mm. Độ rộng và độ dày ống ngón tay của ngón dài: tại A2 là 6,25mm x 3,68mm; tại A4 là 4,98mm x 2,9mm; Khoảng cách từ khớp bàn ngón, liên đốt ngón gần đến bờ trên của ròng rọc A2, A4 tương ứng của ngón dài: 6,35mm; 7,96mm. Khoảng cách từ khớp bàn ngón đến phần gân nhất của ròng rọc C ngón cái trung bình là: 4,67mm

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bayat A., Shaaban H. (2002), "The pulley system of the thumb: Anatomic and biomechanical study", The Journal of Hand Surgery Vol. 27A No. 4 pp628-635.
2. Chow JC (2014), "Importance of proximal A2 and A4 pulleys to maintaining kinematics in the hand: a biomechanical study", HAND (AAHS): 9, pp105-111.
3. Christopher J. Dy (2013), "Flexor pulley reconstruction", Hand Clin 29 pp 235-242.
4. Doyle JR, Blythe WF (1977), "Anatomy of the finger flexor tendon sheath and pulleys of the thumb", J Hand Surg;2, pp149-151
5. Doyle JR (1988), "Anatomy of the finger flexor tendon sheath and pulley system", The J Hand Surg 13(4), pp473-84.
6. John G. Seiler, Fraser J. Leversedge (2000), "Digital flexor sheath: repair and reconstruction of the annular pulley and membranous sheath", J South Orthop Assoc : 9(2), pp81-90.
7. Vishal Mehta, Craig S. Phillips (2005), "Flexor tendon pulley reconstruction", Hand Clin 21, pp245-251.

BƯỚC ĐẦU NGHIÊN CỨU TÁC DỤNG HẠ ĐƯỜNG HUYẾT CỦA CÂY LƯỢC VÀNG *CALLISIA FRAGRANS* TRÊN MÔ HÌNH THỰC NGHIỆM

Bùi Thành Nam*, Phạm Phương Thảo*, Ninh Thế Sơn**,
Nguyễn Thị Cúc***, Đỗ Thị Thảo***,
Nguyễn Mạnh Cường**, Chử Thị Bích Việt*

TÓM TẮT⁸

Mục tiêu và Phương pháp: Cây Lược vàng (*Callisia fragrans*) thuộc họ Thai lải (Commelinaceae), được trồng phổ biến vào Việt Nam những năm 2000, và được sử dụng như một thần dược để chữa bách bệnh như chữa viêm, tiểu đường, và bệnh ung thư, v/v. Trong nghiên cứu này, cao chiết thân rễ, và lá của cây Lược vàng được dùng thử nghiệm khả năng hạ đường huyết của trên mô hình chuột nhắt trắng BALB/c. **Kết quả:** Trên mô hình thử nghiệm *in vivo*, chuột bị gây tăng đường huyết bằng Alloxan monohydrate, hai cao chiết ethyl axetat (CFR-EET) và cồn-nước (CFR-EW) của thân, rễ liều 500 mg/kg/ngày thể hiện hoạt tính hạ đường huyết tốt nhất khi so với lô đối chứng bệnh lý, ở mức có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$). **Kết luận:** Kết quả thử nghiệm sinh học định hướng vấn đề sử dụng thân rễ cây Lược vàng như một bài thuốc quý trong việc hỗ trợ phòng và điều trị bệnh tiểu đường, định hướng nghiên cứu tiếp theo về việc tìm ra các nhóm hoạt chất quyết định khả năng chữa bệnh của loài cây này.

Từ khóa: Lược vàng, *Callisia fragrans*, *in vivo*, Alloxan monohydrate.

SUMMARY

INITIAL RESEARCH ON HYPOGLYCEMIA OF *CALLISIA FRAGRANS* SPECIES ON EMPIRICAL MODEL

Purpose and method: Luoc vang species (*Callisia fragrans*) belongs to family Thai lải (Commelinaceae), has been growing since 2000 in Vietnam, and is widely used for treatment of many diseases such as anti inflammatory, diabetes, and cancer, etc. In current paper, we reported our research results on blood glucose reducing activities of some extracts of stem roots and leaves of *Callisia*

fragrans species. Accordingly, those extracts was employed for *in vivo* hypoglycemic experiment induced by Alloxan monohydrate using albino BALB/c mice model. **Result:** The extracts of ethyl acetate (CFR-EET) and aqueous-ethanol (CFR-EW) of the stem roots exhibited the potential capacity of decreased level of blood glucose at dosage 500 mg/kg/day when compared to the physiological negative control group ($P < 0.05$). **Conclusion:** The result of biological experiment has oriented the use of *Callisia fragrans* stem roots as a panacea for diabetes treatment. It therefore suggested the researches of chemical constituents and extensive bioassay.

Key words: *Callisia fragrans*, *in vivo*, Alloxan monohydrate

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tiểu đường là loại bệnh lý nội tiết, rối loạn chuyển hóa cacbonhydrat, mỡ và protein khi hoóc môn insulin bị thiếu hay khiếm khuyết trong hoạt động, hoặc cả hai, điều đó được biểu hiện bằng lượng đường trong máu luôn cao. Bệnh tiểu đường được chia ở ba mức: (1) glucose huyết tương ở thời điểm bất kì $\geq 11,1$ mmol/l (200 mg/dl); (2) mức glucose huyết tương lúc đói $\geq 7,0$ mmol/l (126 mg/dl); (3) mức glucose huyết tương $\geq 11,1$ mmol/l (200 mg/dl) ở thời điểm 2 giờ sau dung nạp glucose bằng đường uống 75 gam đường (loại anhydrous) hoặc 82,5 gam đường (loại monohydrat) [1]. Hiện nay, căn bệnh này chiếm khoảng 60-70% các bệnh liên quan đến nội tiết, theo dự tính 2030 có tới 366 triệu người mắc căn bệnh này. Các loại thuốc kiểm soát loại bệnh này được biết đến chủ yếu như Sulfonylurea hay Biguanide (duy trì lượng glucose trong máu), Glucobay (ức chế tiêu hóa và hấp thụ tinh bột), hay Metformin (hoạt hóa sự tiết insulin). Tuy nhiên các loại thuốc trên thường đi kèm các tác dụng phụ như béo phì, vàng da, ngộ độc gan, v/v. Thực vật học dân tộc đã chứng minh tác dụng chữa bệnh tiểu đường của các cây thuốc quý như dây Thìa canh, Giảo cổ lam, hay cây Nở ngày đất.

* Trường THPT chuyên tỉnh Lào Cai

** Viện Hóa học các hợp chất thiên nhiên

*** Viện Công nghệ sinh học.

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Thảo

email: thaodo74@yahoo.com

Ngày nhận bài: 10/11/2016

Ngày phản biện khoa học: 5/12/2016

Ngày duyệt bài: 21/12/2016

Cây Lược vàng (*Callisia fragrans*), thuộc họ Thài lài (Commelinaceae), có xuất xứ từ Nga, được trồng phổ biến ở khắp mọi nơi, và được coi là cây chữa bách bệnh. Ở Việt Nam, mới chỉ có một số nghiên cứu về thành phần hóa học và hoạt tính kháng khuẩn, độc tính cấp, chống oxy hóa, chống viêm, hạ huyết áp của loại cây này [2]. Theo kinh nghiệm dân gian, cây Lược vàng được một số người dân sử dụng làm thuốc chữa bệnh tiểu đường và một số bệnh khác. Tuy nhiên, hiện nay chưa có nghiên cứu nào về tác dụng hạ đường huyết của loại cây này. Vì vậy, nhằm làm sáng tỏ giá trị của loại cây này, chúng tôi bước đầu đánh giá tác dụng hạ đường huyết của một số loại cao chiết cây Lược vàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Cây Lược vàng được thu hái vào 8/2016 tại phường Bắc Cường, Tp. Lào Cai, tỉnh Lào Cai. Tiêu bản (CF) được lưu tại phòng Hoạt chất sinh học, Viện Hóa học các hợp chất thiên nhiên. Mẫu nghiên cứu được chia làm ba loại: Lá (CFL), thân rễ (CFR), thân rễ và lá (CFRL, dạng trộn). Bột lá khô (2,0 kg) được chiết nóng với cồn 96 °C/10 lít/4 h. Dịch chiết cồn thu được cô quay một phần, tiếp tục được hòa với nước tỉ lệ 1:1, và chiết với etyl axetat, cô cất loại bỏ dung môi thu được cao etyl axetat (CFL-EEt, 5.8545 g), cao chiết cồn nước (CFL-EW, 73.2244 g). Phần bã sau khi chiết cồn, tiếp tục được đun với nước 5 lít/3h, cô cất loại bỏ dung môi thu được cao chiết nước (CFL-W, 23.702 g).

Tương tự với trường hợp thân rễ, thu được các cao chiết tương ứng cao etyl axetat (CFR-EEt, 20.01 g), cao chiết cồn nước (CFR-EW, 37.6464 g), và cao chiết nước (CFR-W, 8.8479 g). Cuối cùng, lặp lại quy trình chiết cồn với bột thân rễ và lá khô trộn lẫn (0.5 kg rễ + 0.5 kg lá) thu được cao chiết cồn thân rễ và lá (CFRL, 70g).

2.2. Động vật thực nghiệm: Chuột nhắt trắng thuần chủng dòng BALB/c khỏe mạnh, 6-8 tuần tuổi, không mắc bệnh, không phân biệt giống có khối lượng từ 22-26 g được nuôi tại khu nuôi động vật của Viện Công nghệ sinh học. Chuột được cho ăn thức ăn tiêu chuẩn và nước uống tự do.

2.3. Hóa chất và dụng cụ: Alloxan monohydrat và Metformin của hãng Sigma Aldrich, nước cất. Kim cong đầu tù dùng để

uống, kim tiêm và các thiết bị phụ trợ khác. Thiết bị đo đường huyết OneTouch Ultra.

2.4. Phương pháp nghiên cứu tác dụng hạ đường huyết của cao chiết trên mô hình gây tăng đường huyết của chuột bằng Alloxan monohydrate: Gây tăng đường huyết cho 63 con chuột bằng cách tiêm Alloxan monohydrate liều đơn 150 mg/kg (pha trong nước muối sinh lý 0.9%), tiêm dưới da theo phương pháp có cải tiến của A. Mahdy, N. G. Shehab (2015) [3]. Sau 72 giờ tiêm Alloxan monohydrate (chuột cho nhịn đói trước đó 16 giờ), máu được thu thập và xác định nồng độ glucose huyết. Sau khi định lượng glucose, chọn những con chuột có hàm lượng glucose trong huyết thanh ≥ 150 mg/dL, hoặc có hàm lượng glucose trong huyết thanh ≥ 8 mmol/L [4], thì được coi là có biểu hiện của bệnh đường huyết cao và chuột được gây tăng đường huyết thành công. 54 con chuột thí nghiệm (được lựa chọn trong tổng số 63 con chuột được tiêm Alloxan monohydrat được chia thành 9 lô thí nghiệm (6 chuột/lô) sao cho các lô có trị số glucose huyết thanh trung bình ban đầu tương đương nhau và bắt đầu cho uống hoạt chất nghiên cứu và 6 con đối chứng sinh lý (chuột không gây tăng đường huyết), được chia thành các lô như sau: Lô 1 (Chứng sinh lý), lô 2 (Chứng bệnh lý): Uống nước (0,2-0,3 ml/con/ngày), lô 3 (Chứng tham khảo): Uống Metformin liều 100 mg/kg/ngày (0,2-0,3 ml/con/ngày), lô 4 (thử mẫu): Uống CFL-W liều 500 mg/kg/ngày (0,2-0,3 ml/con/ngày), lô 5 (thử mẫu): Uống CFL-EW liều 500 mg/kg/ngày (0,2-0,3 ml/con/ngày), lô 6 (thử mẫu): Uống CFL-EEt liều 500 mg/kg/ngày (0,2-0,3 ml/con/ngày), lô 7 (thử mẫu): Uống CFRL liều 500 mg/kg/ngày (0,2-0,3 ml/con/ngày), lô 8 (thử mẫu): Uống CFR-W liều 500 mg/kg/ngày (0,2-0,3 ml/con/ngày), lô 9 (thử mẫu): Uống CFR-EW liều 500 mg/kg/ngày (0,2-0,3 ml/con/ngày), lô 10 (thử mẫu): uống CFR-EEt liều 500 mg/kg/ngày (0,2-0,3 ml/con/ngày). Cho chuột uống mẫu thử trong 7 ngày [5], mỗi ngày cho chuột uống 1 lần vào buổi sáng. Ngày thứ 8 thu máu xác định nồng độ glucose (chuột đã nhịn đói 16 giờ trước). Đánh giá sự giảm nồng độ glucose trong huyết thanh trước và sau khi cho uống hoạt chất.

2.5. Phương pháp nghiên cứu độc tính cấp: 70 chuột nhắt trắng dòng BALB/c khỏe mạnh, không phân biệt giống, được nuôi trong

điều kiện tiêu chuẩn về nhiệt độ, ánh sáng, được chia làm 7 lô (10 chuột/lô), và bị bỏ đói hoàn toàn 16 giờ trước khi được uống dịch chiết CFR-EW của cây Lược vàng: Lô 1: Uống liều 5 gram/kg trọng lượng cơ thể, lô 2: Uống liều 6 gram/kg trọng lượng cơ thể, lô 3: Uống liều 7 gram/kg trọng lượng cơ thể, lô 4: Uống liều 8 gram/kg trọng lượng cơ thể, lô 5: Uống liều 9 gram/kg trọng lượng cơ thể, lô 6: Uống liều 10 gram/kg trọng lượng cơ thể, lô 7: Uống nước cất liều 0,2-0, 3 ml/con. Sau khi uống dịch chiết CFR-EW của cây *Callisia fragrans* hoặc nước cất khoảng 1 giờ, chuột được nuôi dưỡng bình thường trở lại (cho ăn, uống tự do) và theo dõi liên tục trong 72 giờ để xác định số chuột chết trong từng lô và tính giá trị LD₅₀ [6][7].

2.6. Phương pháp xử lý số liệu: Các số liệu được biểu thị bằng trị số trung bình: $M \pm SEM$ (Standard error of the mean-Sai số chuẩn của giá trị trung bình) và xử lý thống kê Student's *t*-test, F-test. Kết quả thử nghiệm đạt ý nghĩa

thống kê với độ tin cậy 95% khi $P < 0,05$ là sai khác có ý nghĩa, nếu $P > 0,05$ thì không sai khác hoặc sai khác không có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ

Bước đầu đánh giá tác dụng hạ đường huyết của cây Lược vàng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu cao chiết etyl axetat, cồn nước và cao nước đun trên mô hình chuột nhắt trắng BALB/c được tăng đường huyết bằng Alloxan monohydrate với liều duy nhất 500 mg/kg/ngày. Đánh giá kết quả thu được dựa trên hai tiêu chí: 1-Khối lượng chuột, 2-Nồng độ glucose trong máu chuột trước và sau khi thí nghiệm. Ngoài ra, bước đầu chúng tôi đánh giá và lựa chọn liều dùng dựa trên nghiên cứu độc tính cấp cho cao chiết có khả năng hạ đường huyết tốt.

3.1. Khối lượng của chuột trước và sau khi thí nghiệm: Kết quả kiểm tra khối lượng động vật thí nghiệm được trình bày ở bảng 1.

Bảng 1. Khối lượng của chuột trước khi và sau khi thí nghiệm

STT	Lô TN	Trước khi uống	Sau 7 ngày uống
1	Chứng sinh lý	23,05 ± 1,23	24,98 ± 2,53
2	Chứng bệnh lý	22,25 ± 2,84	21,07 ± 1,88
3	Chứng tham khảo	20,35 ± 1,30	21,90 ± 0,76
4	CFL-W: 500 mg/kg/ngày	24,25 ± 5,55	24,75 ± 5,19
5	CFL-EW: 500 mg/kg/ngày	21,75 ± 1,85	22,07 ± 1,94
6	CFL-EET: 500 mg/kg/ngày	20,08 ± 1,53	20,75 ± 2,31
7	CFRL: 500 mg/kg/ngày	23,15 ± 3,89	22,82 ± 4,05
8	CFR-W: 500 mg/kg/ngày	19,18 ± 0,62	20,15 ± 0,31
9	CFR-EW: 500 mg/kg/ngày	21,88 ± 4,77	22,60 ± 4,74
10	CFR-EET: 500 mg/kg/ngày	21,58 ± 3,00	22,20 ± 1,60

Kết quả trên cho thấy sau 7 ngày uống các cao chiết từ cây Lược vàng liều 500 mg/kgP/ngày và uống Metformin thì trọng lượng chuột so với lô chứng bệnh lý là không có sự sai khác thống kê ($P < 0,05$).

3.2. Ảnh hưởng của cao chiết đến nồng độ glucose trong huyết thanh chuột thí nghiệm: Để kiểm tra lượng đường huyết, việc lấy máu xác định nồng độ glucose trong huyết thanh là cần thiết và rất quan trọng. Kết quả kiểm tra nồng độ glucose trong huyết thanh được trình bày ở bảng 2.

Bảng 2. Nồng độ glucose trong máu chuột trước và sau khi sử dụng các dịch chiết

STT	Lô TN	Glucose (mmol/L)	
		Trước khi uống	Sau 7 ngày uống
1	Chứng sinh lý	3,21 ± 0,72	3,34 ± 1,03
2	Chứng bệnh lý	22,98 ± 11,04	23,03 ± 3,34
3	Chứng tham khảo	22,85 ± 9,21	11,35 ± 2,59*
4	CFL-W: 500 mg/kg/ngày	22,15 ± 9,14	20,82 ± 5,00
5	CFL-EW: 500 mg/kg/ngày	22,22 ± 10,36	20,12 ± 3,23
6	CFL-EET: 500 mg/kg/ngày	22,32 ± 7,2	22,67 ± 4,38
7	CFRL: 500 mg/kg/ngày	22,60 ± 8,55	20,85 ± 5,63
8	CFR-W: 500 mg/kg/ngày	22,60 ± 9,57	18,95 ± 5,61
9	CFR-EW: 500 mg/kg/ngày	23,40 ± 6,99	16,47 ± 3,74*

10	CFR-EET: 500 mg/kg/ngày	22.75 ± 4.11	16.97 ± 2.39*
----	-------------------------	--------------	---------------

* Cho thấy sự sai khác có ý nghĩa thống kê ở mức $P < 0,05$ so với đối chứng bệnh lý

Từ bảng 2 cho thấy, với liều dùng duy nhất 500 mg/kg/ngày, lô uống CFR-EW và CFR-EET thể hiện hoạt tính hạ đường huyết tốt nhất so với chứng bệnh lý. Mức đường huyết giảm từ 23,40 mmol/L và 22,75 mmol/L xuống còn khoảng 16,47 mmol/L và 16,97 mmol/L. Sự giảm mức đường huyết ở các lô này so với đối chứng đã cho thấy có sự sai khác thống kê ($P < 0,05$), đồng nghĩa với việc mẫu nghiên cứu đã tác động và làm giảm đáng kể mức đường huyết của chuột thí nghiệm. Lô uống CFR-W liều 500 mg/kg/ngày cũng thể hiện hoạt tính hạ đường huyết, mức đường huyết từ 22,60 mmol/L giảm xuống còn 18,95 mmol/L. Sự giảm mức đường huyết ở lô này so với đối chứng bệnh lý là chưa có sự sai khác thống kê ($P > 0,05$). Các lô còn lại (CFL-W, CFL-EW và CFRL liều 500 mg/kg/ngày) thể hiện hoạt tính hạ đường huyết yếu và không có sự sai khác so với đối chứng ($P > 0,05$).

3.3. Ảnh hưởng của cao chiết đến khả năng sống sót của chuột: Với khả năng hạ đường huyết tốt nhất của cao chiết etyl axetat (CFR-EET) và cao chiết cồn nước (CFR-EW) ở trên, chúng tôi tiếp tục lựa chọn cao chiết cao chiết cồn nước (CFR-EW) làm đối tượng đại diện cho nghiên cứu độc tính cấp theo đường uống, kết quả chỉ ra rằng trong 72h, với liều dùng cao 10 gram/kg thể trọng không có chuột bị chết, chuột vẫn ăn uống và đi lại bình thường. Hay nói các khác cao chiết CFR-EW từ cây Lược vàng là an toàn cho động vật trong thí nghiệm này.

IV. BÀN LUẬN

Cây Lược vàng được trồng và sử dụng rất phổ biến như loài cây chữa bách bệnh ở nước ta. Nghiên cứu thành phần hoá học của cây Lược vàng được trồng ở Việt Nam, với lớp chất chính được tìm thấy là ecdysteroid từ các bộ phận lá, thân, chồi, và nhánh cây. Nhóm chất ecdysteroid này đã được ghi nhận có nhiều hoạt tính sinh học như gây độc trên tế bào ung thư, kháng viêm, kháng sinh, chống oxy hoá, thu dọn gốc tự do (gốc tự do gây tổn thương đến tế bào của cơ thể), ức chế enzyme alpha-glucosidase (có tác dụng hạ đường huyết), kích thích tế bào lympho tăng hoạt động (tăng sức đề kháng của cơ thể). Có thể thấy trong thành phần lá và thân của cây Lược vàng có khả năng ức chế enzyme alpha-glucosidase và đã được báo cáo. Tuy nhiên,

trong nghiên cứu này, lần đầu tiên, hoạt tính hạ glucose huyết mạnh của cao chiết etyl axetat (CFR-EET) và cồn nước (CFR-EW) từ thân rễ với liều 500 mg/kg/ngày của loài cây này đã được chúng tôi ghi nhận. Hai cao chiết này etyl axetat (CFR-EET) và cồn nước (CFR-EW) đã thể hiện hoạt tính hạ đường huyết tốt nhất so với chứng bệnh lý ở mức có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$) và đạt chỉ số lần lượt 16.47 ± 3.74 mmol/L và 16.97 ± 2.39 mmol/L. Hoạt tính này cao hơn hẳn so với các cao chiết từ lá (CFL), điều đó cho thấy rằng hoạt tính hạ đường huyết của cây Lược vàng phụ thuộc vào các nhóm chất nằm trong thân rễ, trong khi dân gian vẫn sử dụng lá cây để chữa bệnh tiểu đường. Hơn nữa, cao chiết thân rễ cồn nước CFR-EW đã được đánh giá là an toàn trong thử nghiệm gây độc cấp trên chuột thuần chủng BABL/c ở mức liều cao là 10g/kg thể trọng. Như vậy, hoạt tính hạ glucose huyết từ cao chiết rễ cây Lược vàng là rất đáng quan tâm và cần được nghiên cứu sâu hơn để tìm ra các chất, nhóm chất quyết định hoạt tính.

V. KẾT LUẬN

Trên mô hình thử nghiệm *in vivo*, chuột bị gây tăng đường huyết bằng Alloxan monohydrate, cả hai cao chiết rễ etyl axetat (CFR-EET) và cồn nước (CFR-EW) liều 500 mg/kg/ngày đã thể hiện hoạt tính hạ đường huyết tốt nhất so với chứng bệnh lý ở mức có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$). Bước đầu đánh giá được liều dùng an toàn là 10 g/kg. Kết quả thử nghiệm sinh học định hướng vấn đề sử dụng thân rễ cây Lược vàng như một bài thuốc quý trong việc hỗ trợ phòng và điều trị bệnh tiểu đường, từ đó gợi mở cho các nghiên cứu tiếp theo về việc tìm ra các chất, các nhóm hoạt chất quyết định đến khả năng chữa bệnh của loài cây này.

Lời cảm ơn: Nghiên cứu này được thực hiện nhờ sự hỗ trợ từ cuộc thi Khoa học Kỹ thuật dành cho học sinh Trung học tỉnh Lào Cai-2017.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bình T.V., (2007), "Những nguyên lý nền tảng bệnh đái tháo đường, tăng glucose máu". Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Khởi N.M., (2010), "Nghiên cứu tác dụng sinh học và độc tính của cây Lược vàng *Callisia fragrans* (Lindl.) Woods", Báo cáo kết quả nghiên cứu đề tài-Bộ Y tế.

3. Mahdy M, Shehab N.G., (2015), "Hypoglycemic activity of *Fagonia indica* and *Aloe vera* in alloxan induced hyperglycemia in mice". *EC Pharmaceutical Science*, 2, 239-244.
4. Etuk E.U., Muhammed B.J., (2010), "Evidence based analysis of chemical method of induction of diabetes Mellitus in experimental animals". *Asian J Exp Biol Sci*, 1, 331-336.
5. Sani U.M., (2015), "Phytochemical screening and antidiabetic effect of extracts of the seeds of *Citrullus lanatus* in alloxan-induced diabetic albino mice". *Journal of Applied Pharmaceutical Science*, 5, 51-54.
6. Traore A, Ouedraogo S, Kabore A, Tamboura H.H., Guissou I.P., (2014), "The acute toxicity in mice and the *in vitro* anthelmintic effects on *Haemonchus contortus* of the extracts from three plants (*Cassia ieberiana*, *Guiera senegalensis* and *Sapium grahamii*) used in traditional medicine in Burkina Faso". *Annals of Biological Research*, 5, 41-46.
7. Yeo D, Bouagnon R., Djyh B.N., Tuo C., N'guessan J.D., (2012), "Acute and subacute toxic study of aqueous leaf extract of *Combretum molle*". *Tropical Journal of Pharmaceutical Research April*, 11, 217-223.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA GHÉP KHỐI HUYẾT TƯƠNG GIÀU YẾU TỔ TĂNG TRƯỞNG TRONG PHẪU THUẬT NHỔ RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI

Phạm Hoàng Tuấn*, Nguyễn Quang Bình*

TÓM TẮT⁹

Mục tiêu: Nghiên cứu đánh giá hiệu quả của ứng dụng ghép PRGF vào huyết ổ răng khôn hàm dưới. **Đôi tượng và phương pháp:** Đánh giá kết quả trên 26 bệnh nhân được phẫu thuật nhổ hai răng khôn hàm dưới, một bên huyết ổ răng được ghép PRGF, một bên không ghép gì. Đánh giá mức độ đau, sưng nề, chảy máu những ngày đầu sau phẫu thuật, tình trạng viêm huyết ổ răng sau phẫu thuật 1 tuần, tỷ trọng xương tại huyết ổ răng sau 3 tháng của từng nhóm và so sánh giữa hai nhóm. **Kết quả:** Tỷ lệ chảy máu sau phẫu thuật, mức độ đau, mức độ sưng nề của nhóm không ghép cao hơn nhóm PRGF. Nhóm không ghép có 3 huyết ổ răng bị viêm. Tỷ trọng xương trung bình đo được trên phim CT Conebeam của nhóm PRGF là $1547,7 \pm 35,5$ (Galileos value) còn nhóm không ghép là $1432,0 \pm 37,5$ (Galileos value). **Kết luận:** Kết quả cho thấy PRGF có hiệu quả trong việc giảm đau, giảm sưng nề, ngăn chảy máu, chống viêm huyết ổ răng, kích thích quá trình tạo xương sau phẫu thuật.

Từ khóa: Huyết tương giàu yếu tố tăng trưởng, răng khôn hàm dưới, Conebeam CT

SUMMARY

EVALUATE THE EFFECTIVENESS OF IMPACT OF PLASMA RICH OF GROWTH FACTORS AFTER THIRD MOLAR EXTRACTION

*

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hoàng Tuấn

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Purpose: to evaluate the effectiveness of PRGF in mandibular wisdom teeth alveolar sockets. **Materials and method:** 26 patients undergone removal of 2 lower mandibular wisdom teeth. On each patient, PRGF was placed in one side, the other side was left alone. The patients were assessed for level of pain, swelling and bleeding in the initial days after surgery. Dental alveolitis was evaluated 1 week post-operatively. Bone density after 3 months post-op was measured in each side and a comparison between both sides was made. **Results:** The PRGF group did not have higher rate of bleeding, pain and swelling than the control group. There was 3 sockets which had alveolitis in the control group. The average bone density measured on Conebeam CT of PRGF group was 1547.7 ± 35.5 (Galileos value) and in control group, it was 1432.0 ± 37.5 (Galileos value). **Conclusion:** The results indicated that PRGF was effective in reducing pain, swelling and in prevention of bleeding, alveolitis as well as stimulating the regeneration of bone post-operatively.

Keywords: PRGF, Mandibular wisdom teeth, CT Conebeam.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới là một thủ thuật thường gặp trong phẫu thuật miệng – hàm mặt. Trong tuần đầu sau phẫu thuật, bệnh nhân thường gặp nhưng triệu chứng sưng, đau, hạn chế há miệng và một số biến chứng như viêm huyết ổ răng, viêm mô tế bào và chảy máu kéo dài sau phẫu thuật. Một số trường hợp mất xương ở mặt xa răng hàm lớn thứ hai hàm dưới liền kề có thể dẫn đến tăng nhạy cảm và lung lay.

Những nghiên cứu của R. Hoaglin [1], Eduardo Amitua [2], Marco Mozzati [3] về hiệu quả của PRGF cho thấy khả năng giảm đau, sưng nề, chảy máu kéo dài sau phẫu thuật, viêm

huyết ổ răng, viêm mô tế bào cũng như tăng khả năng tái tạo xương của PRGF rất hiệu quả. Hơn nữa, PRGF là sản phẩm tự thân nên không gây các phản ứng miễn dịch thải loại, quy trình chế tạo đơn giản và giá thành rẻ nên dễ được áp dụng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 26 bệnh nhân có cả hai răng khôn hàm dưới mọc lệch, ngầm. Tuổi giới hạn từ 18-35 tuổi, không mắc

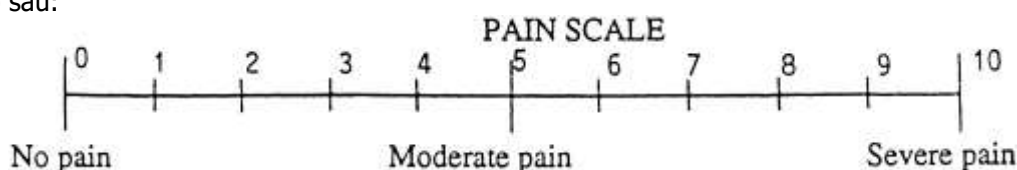
các bệnh về máu và các bệnh toàn thân khác, đủ điều kiện gây mê phẫu thuật.

Cả hai răng khôn hàm dưới đều được phẫu thuật lấy bỏ trong cùng một lần phẫu thuật, một bên huyết ổ răng được ghép PRGF và đóng kín vạt niêm mạc, bên còn lại để trống và khâu đóng. Nhóm ghép PRGF được gọi là nhóm PRGF, nhóm không ghép được gọi là nhóm chứng.

2.1. Đánh giá tình kết quả.

- **Đánh giá mức đau sau nhổ răng (chủ quan của bệnh nhân):**

Bệnh nhân tự đánh giá mức độ đau của mình gồm theo bảng tính ngưỡng đau của VAS gồm 4 mức độ sau:



0: không đau; 1-3: đau nhẹ: khó chịu; 3-7: đau vừa (đau nhưng chịu được); 7-10: đau dữ dội (đau không chịu được).

- **Đánh giá tình trạng chảy máu ngay sau phẫu thuật:**

(1) Không chảy máu; (2) Chảy máu rỉ ra từ mép khâu huyết ổ răng.

- **Đánh giá tình trạng sưng nề tại chỗ:**

Mức độ sưng nề được đánh giá theo phương pháp của Schultze-Mosgau [8]. Đo khoảng cách từ nếp bình tai đến khóe mép và khoảng cách từ nếp bình tai tới điểm trước nhất của cằm (pogonion). Lấy hiệu số của tổng khoảng cách này tại thời điểm đánh giá và tổng khoảng cách này trước phẫu thuật, sau đó lấy tỷ lệ phần trăm của hiệu số này với tổng khoảng cách trước phẫu thuật ta được chỉ số phần trăm sưng nề.

Chỉ số % sưng nề = $\left[\frac{(L_{\text{sau phẫu thuật}} - L_{\text{trước phẫu thuật}})}{L_{\text{trước phẫu thuật}}} \right] \times 100$.

- **Đánh giá tình trạng viêm huyết ổ răng sau 7 ngày**

- **Đánh mức độ tái tạo xương tại vị trí huyết ổ răng sau nhổ 3 tháng.**

Tỷ trọng xương tại huyết ổ răng được đo trên phim CT Conbeam. Đo tỷ trọng xương tại 3 điểm: Trung tâm HOR, điểm trên trung tâm HOR 2mm, điểm dưới trung tâm HOR 2mm. Lấy giá trị trung bình của tỷ trọng tại 3 điểm đo trên là tỷ trọng của HOR sau nhổ 3 tháng.

2.2. Quy trình kỹ thuật: Chúng tôi sử dụng bộ kit NEW – PRP^{PRO} KIT của công ty GENEWORD đã được Bộ Y Tế cấp phép lưu hành tại Việt Nam.

Bước 1: Lấy khoảng 20 ml máu tĩnh mạch (trước khi gây mê) vào ba ống nghiệm có chứa sẵn chất chống đông. Sử dụng kim 21G x 3/4".

Bước 2: Tiến hành quay ly tâm ba ống máu thu được trong máy ly tâm với tốc độ 2000 vòng/phút trong 10 phút.

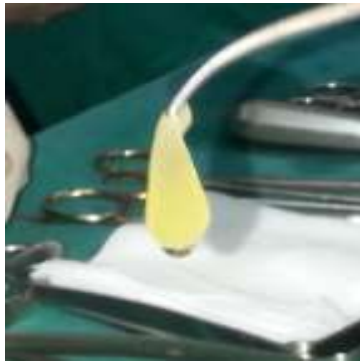
Bước 3: Dùng pipet hút toàn bộ phần huyết tương trong ba ống nghiệm vào ống Plasma trong bộ kit, bỏ lại phần tế bào máu phía dưới.

Bước 4: Tiến hành quay ly tâm lần hai phần huyết tương trong ống plasma với tốc độ 3500 vòng/ phút trong thời gian 5 phút.

Bước 5: Dùng pipet hút phần PRGF (khoảng 2ml) phần dung dịch ở dưới cùng của ống Plasma vào ống PRP có chứa sẵn lượng CaCl_2 cần thiết. Bơm và hút lại nhiều lần với động tác nhẹ để kích hoạt tiểu cầu. Quá trình chuyển sang dạng gel sau khoảng 30 phút.

Bước 6: Tiến hành phẫu thuật nhổ răng khôn và chuẩn bị huyết ổ răng.

Bước 7: Đặt khối PRGF dạng gel vào huyết ổ răng và khâu đóng.



Hình 2. Khối gel PRGF thu được



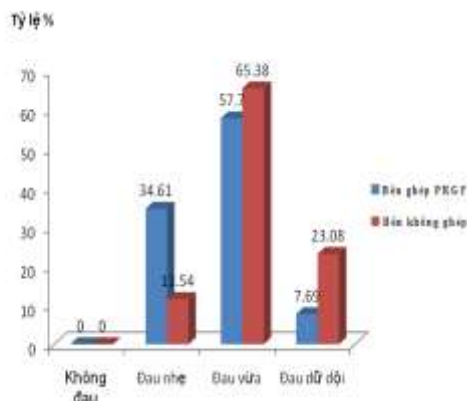
Hình 3. Đặt gel PRGF vào huyết ổ răng. ghép PRGF và bên không ghép tại thời điểm 48h sau phẫu thuật.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Các bệnh nhân được thông báo, giới thiệu về mục đích nghiên cứu, quyền lợi của bệnh nhân trong nghiên cứu, các bệnh nhân ký vào một bản cam kết tự nguyện tham gia nghiên cứu và có thể ngừng tham gia nghiên cứu bất kì lúc nào. Các thông tin thu thập được của bệnh nhân được giữ bí mật tuyệt đối và chỉ dùng với mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ nhằm vào việc bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho bệnh nhân không nhằm mục đích nào khác.

2.4 Xử lý số liệu: Thu thập thông tin đầy đủ, sắp xếp thông tin, so sánh giữa các nhóm, các biến số, xử lý số liệu qua đó đi đến phân tích để đưa ra kết luận. Số liệu được xử lý bằng phần mềm chương trình SPSS 16.

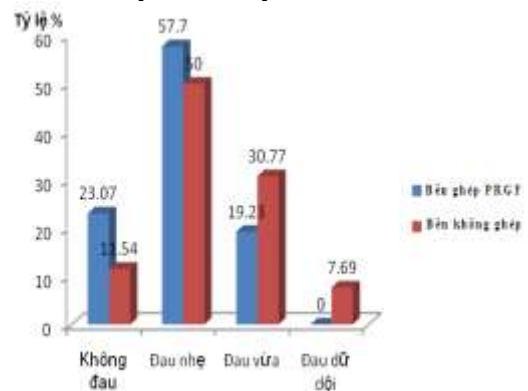
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. So sánh tình trạng đau giữa bên ghép PRGF và bên không ghép tại thời điểm 12h sau phẫu thuật.



Nhận xét: Mức độ đau nhẹ ở bên ghép PRGF chiếm tỷ lệ là 34,61%, cao hơn so với bên không ghép (11,54%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,048$.

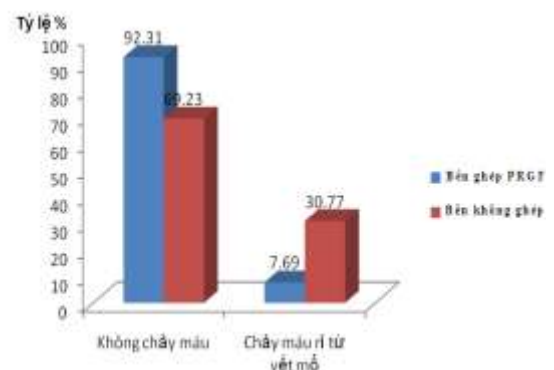
3.2. So sánh tình trạng đau giữa bên



Nhận xét: Bên không ghép còn 2 huyết ổ răng đau dữ dội (7,69%) trong khi đó bên ghép PRGF không còn huyết ổ răng nào.

Có 6 huyết ổ răng ở bên ghép PRGF không đau chiếm tỷ lệ là 23,07%, bên không ghép có 3 huyết ổ răng không đau chiếm tỷ lệ 11,54%. Sự khác biệt không ý nghĩa thống kê với $p=0,465>0,05$.

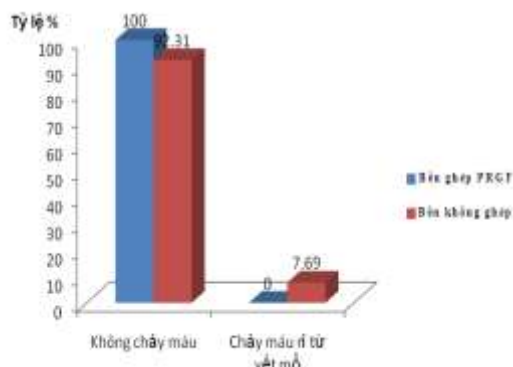
3.3. So sánh tình trạng chảy máu giữa bên ghép PRGF và bên không ghép tại thời điểm 6h sau phẫu thuật.



Nhận xét: Tỷ lệ chảy không chảy máu ở bên ghép PRGF (92,31%) cao hơn so với bên

không ghép (69,23%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,035$.

3.4. So sánh tình trạng chảy máu giữa bên ghép PRGF và bên không ghép tại thời điểm 24h sau phẫu thuật.



Nhận xét: 24h sau phẫu thuật, bên không ghép còn 2 huyết ổ răng còn rỉ máu từ vết mổ, bên ghép PRGF không còn huyết ổ răng nào còn chảy máu. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

3.5. So sánh tình trạng sưng nề giữa bên ghép PRGF và bên không ghép.

4.6. So sánh tình trạng viêm huyết ổ răng của bên ghép PRGF và bên không ghép sau phẫu thuật 7 ngày.

Nhóm	Kết quả		Viêm huyết ổ răng		Tổng số	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bên ghép PRGF	26	100	0	0	26	100
Bên không ghép	23	88,46	3	11,54	26	100

Nhận xét: Sau phẫu thuật 7 ngày, bên không ghép có 3 huyết ổ răng bị viêm chiếm tỷ lệ (11,54%), trong khi đó bên ghép PRGF 100% không bị viêm huyết ổ răng. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p=0,235>0,05$.

4.7. So sánh tỷ trọng xương tại huyết ổ răng tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật giữa bên ghép PRGF và bên không ghép.

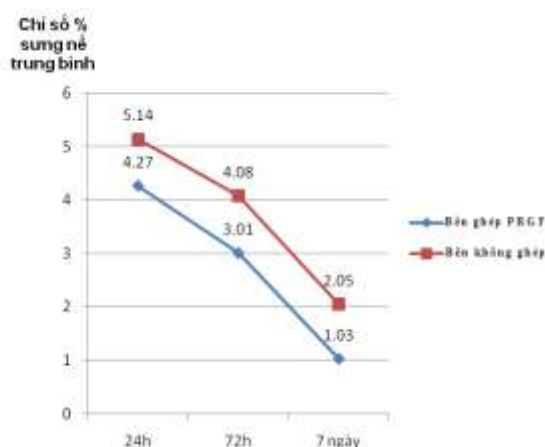
Nhóm	Bên ghép PRGF (Đơn vị Galileos)	Bên không ghép (Đơn vị Galileos)
Mật độ xương		
Giá trị trung bình	1547,7	1432,0
Độ lệch chuẩn	35,5	37,5

Nhận xét: Tỷ trọng xương trung bình đo được tại huyết ổ răng của bên ghép PRGF là $1547,7 \pm 35,5$ cao hơn của bên không ghép là $1432,0 \pm 37,5$. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

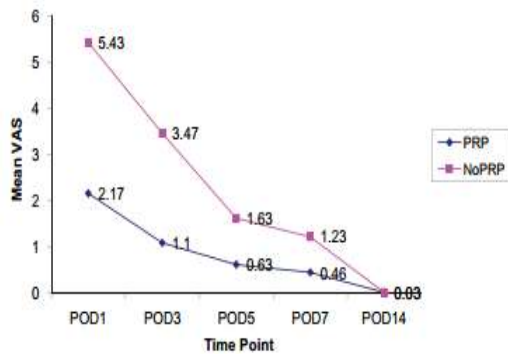
4.1. Hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật của PRGF.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tại cả hai thời điểm đánh giá là 12h và 48h, tình trạng đau của bên ghép PRGF đều thấp hơn so với bên không ghép, kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Olufemi K. Ogundipe và cộng sự. Trong nghiên cứu của mình



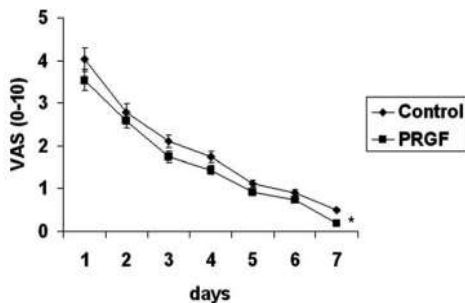
Chỉ số phần trăm sưng nề trung bình của bên ghép PRGF thấp hơn bên không ghép tại cả ba thời điểm đánh giá. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.

Chỉ số phần trăm sưng nề trung bình của cả 2 bên đều giảm dần theo thời gian. Sự khác biệt theo thời gian này có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$.



Biểu đồ so sánh chỉ số VAS trung bình của nhóm PRP và nhóm không dùng PRP sau phẫu thuật tại các thời điểm của Olufemi K. Ogundipe và cộng sự.

Olufemi K. Ogundipe đã cho thấy, điểm trung bình theo thang điểm đau VAS của nhóm PRGF tại thời điểm 1 ngày và 3 ngày sau phẫu thuật là 2,17 và 1,1 thấp hơn so với nhóm chứng là 5,43 và 3,47.



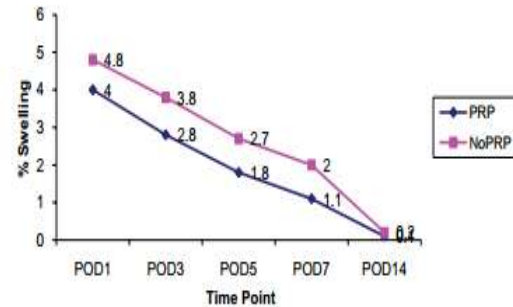
Biểu đồ so sánh chỉ số VAS trung bình của nhóm PRGF và nhóm không dùng PRGF sau phẫu thuật tại các thời điểm của Marco Mozzati [3].

Kết quả nghiên cứu của Marco Mozzati [3] cũng cho kết quả tương tự.

Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm trung bình đau của cả 2 nhóm theo VAS cao hơn so với nghiên cứu của Olufemi K. Ogundipe, điều này có thể do nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên răng khôn mọc lệch, ngầm có độ khó cao, phẫu thuật cần mở xương nhiều.

4.2. Hiệu quả giảm sưng nề sau phẫu thuật của PRGF.

Kết quả tại các thời điểm đánh giá đều cho thấy, chỉ số phần trăm sưng nề trung bình của bên không ghép cao hơn so với bên ghép PRGF, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của của Olufemi K. Ogundipe và cộng sự.



Biểu đồ so sánh chỉ số phần trăm sưng nề của nhóm sử dụng PRP và nhóm không sử dụng PRP tại các thời điểm trong nghiên cứu của Olufemi K. Ogundipe và cộng sự.

4.3. Hiệu quả cầm máu tại huyết ổ răng sau phẫu thuật của PRGF.

Chảy máu sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới là biến chứng thường gặp. Chảy máu có thể từ xương ổ răng hay từ niêm mạc. Phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới mọc lệch ngầm khó có thể làm tổn thương ống thần kinh răng dưới gây chảy máu sau phẫu thuật.

Kết quả nghiên cứu tại thời điểm 6h sau phẫu thuật cho thấy: Tỷ lệ không chảy máu ở bên ghép PRGF (92,31%) cao hơn so với bên không ghép (69,23%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $p=0,035$.

Tại thời điểm 24h sau phẫu thuật, hầu hết các huyết ổ răng của cả hai bên không còn chảy máu, chỉ có 2 huyết ổ răng thuộc bên không ghép còn rỉ máu từ vết khâu.

Hiệu quả cầm máu của gel PRGF có thể dễ dàng nhận thấy được. Trong khối gel PRGF có rất nhiều các yếu tố cần thiết cho quá trình đông máu như yếu tố V, yếu tố VIII, yếu tố IX, fibronectin, P- sectin, yếu tố Von Willebrand. Trong quá trình lành thương, huyết ổ răng sau đó sẽ được lấp đầy cục máu đông, chính cục máu đông này sẽ ngăn không cho quá trình chảy máu xảy ra. Gel PRGF được đặt vào huyết ổ răng có vai trò như cục máu đông sẽ sớm giúp ngăn ngừa quá trình chảy máu. Trong quá trình phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới, có một trường hợp biến chứng tổn thương ống thần kinh răng dưới gây chảy máu nhiều, chúng tôi nhét gạc tẩm H_2O_2 khoảng 15 phút để giảm mức độ chảy máu và đặt gel PRGF, khâu đóng kín huyết ổ răng. Kết quả thu được là rất tốt.

Trong các trường hợp nhổ răng mà sau nhổ không thể dùng vạt niêm mạc đóng kín huyết ổ

răng, sử dụng gel PRGF kết hợp khâu cố định sẽ thấy hiệu quả cầm máu của gel PRGF rất tốt.

4.4. Hiệu quả ngăn ngừa tình trạng viêm huyết ổ răng của PRGF sau phẫu thuật.

Viêm huyết ổ răng là một trong các biến chứng sau phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới. Viêm huyết ổ răng có 2 thể: Viêm huyết ổ răng khô và viêm huyết ổ răng có mủ. Viêm huyết ổ răng khô được cho là do sự rối loạn vận mạch dẫn đến việc nuôi dưỡng xương ổ răng không tốt. Rối loạn này có thể do cơ địa bệnh nhân, do thuốc tê có chứa chất co mạch và có thể do can thiệp thô bạo, mở xương nhiều trong tình trạng thiếu nước làm nguội. Viêm huyết ổ răng có mủ thường do nhiễm khuẩn từ quá trình nhổ răng do vệ sinh răng miệng không tốt.

Kết quả cho thấy, bên ghép PRGF không có huyết ổ răng nào bị viêm trong khi đó bên không ghép có 3 huyết ổ răng viêm có mủ chiếm tỷ lệ 11,54%.

R. Hoaglin và cộng sự [1] đã nghiên cứu đánh giá hiệu quả của PRGF trong việc giảm tỷ lệ viêm huyết ổ răng sau nhổ răng khôn hàm dưới cũng cho kết quả tương tự. Tỷ lệ viêm huyết ổ răng tại chòm chún là 12% (12/100 huyết ổ răng), tỷ lệ này của nhóm PRGF là 1% (1/100 huyết ổ răng).

Nghiên cứu của Rutkowski JL và cộng sự năm 2007 cho thấy, sử dụng PRGF giảm tỷ lệ viêm huyết ổ răng tới 62%.

Chúng tôi tin rằng việc giảm tỷ lệ viêm huyết ổ răng bắt nguồn từ việc giữ lại cục máu đông PRGF bởi sự hoạt hóa của khung fibrin và mất hạt của tiểu cầu. Tiểu cầu đã được chứng minh có chứa các hạt alpha mà khi mất hạt sẽ giải phóng ra các cytokine có thể kích thích di cư tế bào và đẩy nhanh quá trình lành thương ở cấp độ tế bào. Các cytokine đã được mô tả là tốt cho quá trình lành thương và bao gồm những chất sau đây: TGF β -1 (yếu tố tăng trưởng chuyển đổi - beta) là một chất tạo hình răng có thể kích thích hoạt động tế bào xương; PDGF (yếu tố tăng trưởng có nguồn gốc từ tiểu cầu) quy định về di cư và tăng sinh của các tế bào trung mô trong vùng lân cận của huyết ổ răng để kích thích sự tạo xương, nội mô, và tăng sinh nguyên bào sợi; VEGF (yếu tố tăng trưởng nội mô mạch máu) và EGF (yếu tố tăng trưởng biểu mô) hỗ trợ trong việc tăng sinh và biệt của nhiều loại tế bào.

4.5. Khả năng kích thích tạo xương sớm PRGF

Tỷ trọng xương của huyết ổ răng được đánh giá trên phim CT conbeam tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật. Trong số 26 bệnh nhân, chỉ có 21 bệnh nhân đồng ý chụp lại phim CT conbeam, 5 bệnh nhân đến khám lại tại thời điểm 3 tháng nhưng không đồng ý chụp phim vì lý do cá nhân. Tỷ trọng xương trung bình ở bên ghép PRGF là $1547 \pm 35,54$ (Galileos value) cao hơn bên không ghép là $1432,0 \pm 37,54$ (Galileos value), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Khả năng tái tạo xương tại bên ghép PRGF cao hơn so với bên không ghép trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Ronaldo Célio-Mariano và cộng sự.

Khả năng thúc đẩy nhanh quá trình hình thành xương có thể là do sự hiện diện của protein hình thái xương BMP-2 và BMP-6 trong PRGF kích thích các tế bào gốc trung mô để bắt đầu biệt hóa nguyên bào tạo xương và quá trình vôi hóa tiếp theo.

Người ta cho quá trình viêm là cần thiết cho sự lành thương và tái tạo bình thường của xương. Do đó, điều trị sau phẫu thuật bằng NSAID có thể làm chậm liền xương. Tuy nhiên, sử dụng PRGF có thể bù đắp sự ức chế này. PRGF chứa tiểu cầu và bạch cầu đơn nhân, cả hai đều chứa các cytokine interleukin IL-1 α . IL-1 α có liên quan đến sự điều tiết tại chỗ của sự điều bình xương. IL-1 α cũng kích thích sự hình thành prostaglandin E₂ (PGE₂). Sự kích thích này sẽ chống lại sự ức chế tổng hợp PGE₂ bởi NSAID và steroid glucocorticoid.

V. KẾT LUẬN

Kết quả ban đầu cho thấy PRGF có hiệu quả trong việc giảm đau, giảm sưng nề, ngăn chảy máu, chống viêm huyết ổ răng, kích thích quá trình tạo xương sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Donald R. Hoaglin, and Gary K. Lines (2013). "Prevention of Localized Osteitis in Mandibular Third-Molar Sites Using Platelet-Rich Fibrin," *International Journal of Dentistry*, vol. 2013, pp. 1–4.
2. Anitua E, Orive G, Andia I (2008). "Use of PRGF to accelerate bone and soft tissue regeneration in postextraction sites".
3. Marco M, Gemana M, Renato Pel al (2010). "The impact of plasma rich in growth factors on clinical and biological factors involved in healing processes after third molar extraction". *Journal Of Biomedical Metrials*; Vol (95), Issue 3, P. 741-74.

4. **Werner S, Grose R** (2003). " Regulation of wound healing by growth factors and cytokines". *Physiol Rev* 2003;83:835-870.
5. **Anitua E, Sanchez M, Orive G, Andial** (2007), " The potential impact of preparation rich in growth factor (PRGF) in different medical fields ", *Biomaterials*;28:4551-4560.
6. **Landesberg R, Moses M, Karparkin M** (1998), " Risk of using platelet rich plasma gel ". *J Oral Maxillofac Surg*;56:1116-1117.
7. **Tsay RC, Vo J, Burke A, Eisig SB, Lu HH, Landesberg R** (2005), " Differential growth factor retention by platelet rich plasma composites". *J Oral Maxillofac Surg* 2005;63:521-528.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH CỦA CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH ĐỘ PHÂN GIẢI CAO TRONG BỆNH GIÃN PHẾ QUẢN

Nguyễn Xuân Hiền*

TÓM TẮT¹⁰

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh của bệnh lý giãn phế quản trên chụp cắt lớp vi tính độ phân giải cao. **Phương Pháp:** Nghiên cứu mô tả 143 bệnh nhân giãn phế quản có chụp CLVT độ phân giải cao tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 3- 6/2016. **Kết quả:** bệnh GPQ hay gặp ở nữ giới (51.05%). Độ tuổi trên 50 tuổi hay bị mắc GPQ (80.42%). Trong đó GPQ hình ống sáng (hình đường ray) với tỷ lệ 84.62%, hình tròn sáng 29.37%, GPQ hình trụ chiếm tỷ lệ cao nhất 84.62%. GPQ hay gặp ở thùy dưới hai phổi và thùy giữa phổi phải, thùy dưới trái 58.04%, thùy dưới phải 61.54%, thùy giữa phải 44.06%. GPQ lan tỏa chiếm tỷ lệ cao 74.83%. Trong các tổn thương phổi hợp hay gặp nhất là dày tổ chức kẽ tỷ lệ 86.01% trường hợp, tổn thương đồng đặc phổi chiếm tỷ lệ 37.76%. **Kết luận:** Chụp cắt lớp vi tính độ phân giải cao là phương pháp chẩn đoán giãn phế quản không xâm nhập có giá trị chẩn đoán cao.

Từ khóa: chụp cắt lớp độ phân giải cao, giãn phế quản

SUMMARY

STUDY THE CHARACTERISTICS IMAGE OF BRONCHIECTASIS ON HIGH RESOLUTION COMPUTED TOMOGRAPHY-HRCT

Objective: describe the characteristics of bronchiectasis by HRCT scanner. **Methods:** Descriptive study is performed on 143 subjects with bronchiectasis by using high resolution computed tomography-HRCT at Bach Mai hospital from 3/2016-6/2016. **Results:** Point out that bronchiectasis is common in female with high frequency of appearance (51.05%). The level of age usually suffer from bronchiectasis is >50 years (80.42%). Bronchiectasis

image on HRCT reveal with some signs such as: tram-track sign (84.62%), signet ring sign (29.37%). The cylinder sign of bronchiectasis occupy highest proportion (84.62%). It locate common in inferior lobe of both lung and middle lobe of right lung, left inferior lobe (58.04%), right inferior lobe (61.54%), right middle lobe (44.06%). Diffuse bronchitis occupy high proportion (74.83%). Bronchiectasis in coordination with other damages as interstitial thickening in 86.01% of cases, damage of lung condensation occupy 37.76%. Pleural effusion (2.79%) and atelectasis (4.89%) are rarely in coordination with bronchiectasis. **Conclusion:** HRCT is a good stool to diagnostic bronchiectasis.

Keyword: HRCT, bronchiectasis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giãn phế quản (GPQ) là tình trạng tăng khẩu kính một cách bất thường, vĩnh viễn không hồi phục của một phần cây phế quản. Bệnh được Lannec mô tả lần đầu tiên năm 1819 với đặc điểm lâm sàng điển hình là ho, khạc đờm, ho ra máu và khó thở. Chụp cắt lớp vi tính phân giải cao (CLVTPGC) là phương pháp chẩn đoán hiện đại có độ nhạy và độ đặc hiệu cao đã khắc phục được hầu hết các nhược điểm của x quang (XQ) và chụp cây phế quản có thuốc cản quang. Với lát cắt mỏng từ 0,6mm – 1,2mm, bước chuyển bàn là 10mm cho phép đánh giá mức độ giãn phế quản đặc biệt là các tiểu phế quản. Nhằm tìm hiểu và làm rõ hơn vai trò của chụp CLVTPGC chúng tôi thực hiện đề tài: "Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh của chụp cắt lớp vi tính có độ phân giải cao (HRCT) trong bệnh giãn phế quản" với mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh của chụp cắt lớp vi tính có độ phân giải cao (HRCT) trong chẩn đoán bệnh giãn phế quản

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

*

Chịu trách nhiệm chính:

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 143 bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng giãn phế quản hoặc nghi ngờ có GPQ và được chụp cắt lớp vi tính phổi có độ phân giải cao (HRCT) tại khoa chẩn đoán hình ảnh bệnh viện Bạch Mai, kết quả cho thấy có hình ảnh GPQ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang với cỡ mẫu nghiên cứu thuận tiện.

2.3. Phương pháp phân tích xử lý số liệu: Sử dụng phương pháp thống kê y học. Sử dụng phần mềm Microsoft Excel 2007.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Bảng 3.1. Tỷ lệ GPQ phân bố theo nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi	Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
<30	6	4.19
30 – 39	12	8.39
40 – 49	10	6.99
50 – 59	36	25.17
60 – 69	37	25.87
≥70	42	29.39
Tổng	143	100

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy tần suất xuất hiện bệnh GPQ có xu thế tăng dần theo tuổi, chiếm tỷ lệ cao ở nhóm sau 50 tuổi chiếm 80.42%. Trong đó trên 70 tuổi chiếm 29.39%. Tuổi nhất là 88, ít nhất là 22 tuổi, tuổi TB 60.15 ± 15.45 . Nghiên cứu của Lê Nhật Huy trên 50 tuổi chiếm 71,16% [5].

Bảng 3.2. Tỷ lệ GPQ phân bố theo giới của đối tượng nghiên cứu.

Giới	Bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Nam	70	48.95
Nữ	73	51.05
Tổng	143	100

Nhận xét: Bệnh mắc ở hai giới chiếm tỷ lệ tương đương nhau, nữ 51.05%, nam 48.95%. Theo Dwyer và Cs (1998) nghiên cứu trên 261 bệnh nhân GPQ, độ tuổi TB 60.0 ± 13.00 , nữ chiếm 64.37% [5]. Theo Naidich và Cs (1982) nghiên cứu trên 87 bệnh nhân GPQ cho thấy tỷ lệ GPQ ở nữ chiếm 56.32% (49/87), độ tuổi TB 53.60 ± 12.8 [7].

3.2. Kết quả nghiên cứu hình ảnh CLVTPGC.

3.2.1. Các hình ảnh GPQ trên phim chụp CLVTPGC.

Bảng 3.3. Các hình ảnh GPQ trên phim CLVTPGC (theo Lê Nhật Huy):

Hình ảnh GPQ	Số lần gặp	%
Hình đường ray, hình ống sáng	121	84.62
Hình tròn sáng (hình nhẵn, con dấu)	42	29.37
Hình tổ ong, chùm nho	16	11.19
Hình GPQ trong ổ động đặc phổi	12	8.39

Nhận xét:

-Trong các hình ảnh GPQ trên phim chụp CLVTPGC thấy hình ảnh đường ray (hình ống sáng) chiếm tỷ lệ cao nhất 84.62%, hình tròn sáng (hình nhẵn, con dấu) chiếm 29.37%.

- Hình ảnh tổ ong, chùm nho và hình ảnh GPQ trong ổ động đặc phổi do PQ chứa khí, tạo nên các ổ sáng nhỏ tập trung ở hai đáy, ứ đọng chất tiết do tắc nghẽn PQ bởi dịch nhầy, mủ tạo nên. Hình ảnh này chiếm tỷ lệ thấp với tỷ lệ lần lượt là 11.19% và 8.39% trường hợp.

Theo kết quả của Lê Nhật Huy (2010) nghiên cứu 52 bệnh nhân GPQ thấy hình ống sáng (hình đường ray) chiếm 78.8%, hình tổ ong (hình chùm nho) chiếm 13.46%, hình tròn sáng chiếm (hình nhẵn, hình con dấu) chiếm 55.8% và hình ảnh GPQ trong ổ động đặc phổi chiếm 38.5% [3].

2.2. Các thể GPQ.

Bảng 3.4. Phân loại thể GPQ dựa trên hình ảnh CLVTPGC (theo Lê Thị Thanh Hà):

Thể giãn	Số lần gặp	%
----------	------------	---

Hình trụ	121	84.62
Hình túi	46	32.17
Hình chuỗi hạt	2	1.39

Nhận xét:

- Trong tổng số bệnh nhân chụp CLVTPGC được chẩn đoán GPQ thể GPQ hình trụ (hình ống) hay gặp nhất chiếm 84.62%.

- Thể GPQ hình túi (hình kén) chiếm 32.17% tổng số BN, trong khi đó GPQ hình tràng hạt chiếm tỷ lệ thấp 1.39%

- GPQ thể hình trụ hay hình ống: Thành PQ dày, khẩu kính tăng hơn PQ bình thường tương ứng, 2 bờ song song nhau tạo thành hình đường ray xe lửa nếu cắt theo trục dọc PQ; hình nhẵn có mặt nếu cắt theo trục ngang PQ. Khi ổ GPQ chứa đầy dịch nhầy bên trong tạo nên hình ảnh ngón tay đi găng (glove finger). Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp 84.62% bệnh nhân bị mắc thể GPQ hình trụ này.

- GPQ thể hình túi hoặc kén: GPQ hình nang thật sự, mất các phân nhánh xung quanh, bờ có thể dày hoặc mỏng. Ta có thể thấy hình túi rỗng:

hình tổ ong; hình túi có chứa ít dịch: mức hơi dịch, hình bán nguyệt hoặc hình túi chứa đầy dịch: hình chùm nho (cluster of grapes). Kết quả của chúng tôi nghiên cứu thấy có 32.17% số BN bị mắc thể GPQ này.

- GPQ hình chuỗi hạt: PQ tăng khẩu kính, thành dày, bờ không đều cho ta hình chuỗi hạt (string pearls). Kết quả của chúng tôi nghiên cứu tỷ lệ bệnh nhân mắc GPQ thể hình chuỗi hạt chiếm tỷ lệ thấp chiếm 1.39% trường hợp.

Nghiên cứu của Lê Nhật Huy (2010) cho thấy GPQ hình trụ chiếm tỷ lệ 73.0%, hình túi và hỗn hợp chiếm 13.5%, không có bệnh nhân GPQ tràng hạt được phát hiện [3].

Theo Saynajkangas (1997) nghiên cứu trên 281 BN GPQ được chụp CLVTPGC cho thấy: GPQ hình trụ 73.0%, GPQ hình túi 68.0% và GPQ hình tràng hạt 46.0%.

3.2.3. Phân bố vị trí GPQ.**Bảng 3.5. Phân bố vị trí GPQ theo thùy phổi trên phim CLVTPGC**

Số lần Vị trí	Phổi phải			Phổi trái	
	Trên	Giữa	Dưới	Trên	Dưới
Số lần gặp	50	63	88	37	83
Tỷ lệ (%)	34.96	44.06	61.54	25.87	58.04

Nhận xét: GPQ ở thùy dưới chiếm tỷ lệ cao: thùy dưới phổi trái 58.04% và thùy dưới phổi phải 61.54%. Trong khi đó thùy trên hai phổi tỷ lệ mắc GPQ ít hơn với tỷ lệ 34.96% thùy trên phổi phải và 25.87% thùy trên phổi trái. Thùy giữa phổi phải tỷ lệ GPQ chiếm tỷ lệ cao 44.06%.

Bảng 3.6. Phân bố vị trí của GPQ ≥ 2 thùy trên phim CLVTPGC

Thùy phổi	Số lần gặp	%
Lan tỏa 2 phổi	98	68.53
Toàn bộ phổi trái	14	9.79
Toàn bộ phổi phải	10	6.99
Thùy trên 2 bên	26	18.18
Thùy dưới 2 bên	68	47.55
Thùy trên và thùy dưới phải	16	11.18
Thùy trên phải và thùy giữa	22	15.38
Thùy giữa và dưới phải	36	25.17

Nhận xét: GPQ lan tỏa hai phổi chiếm 68.53%. GPQ thùy dưới hai phổi chiếm 47.55% trường hợp. Trong khi đó GPQ ở thùy trên hai phổi chỉ chiếm 18.18% trường hợp.

GPQ thùy giữa và dưới phải chiếm tỷ lệ khá cao chiếm 25.17%. Lê Nhật Huy (2010) khi nghiên cứu về hình ảnh tổn thương về hình ảnh CLVTPGC phổi trên 52 bệnh nhân được chẩn đoán GPQ cho thấy: GPQ ở thùy dưới phổi trái là

71.2%, thùy dưới phổi phải và thùy giữa phải chiếm tỷ lệ (51.9% và 53.8%), thùy trên hai bên chiếm tỷ lệ thấp hơn (trên phải chiếm tỷ lệ 26.9% và trên trái 28.8% trường hợp) [3]. Nghiên cứu của Lê Thị Thanh Hà (2011) cho thấy tỷ lệ GPQ phân bố chủ yếu ở thùy dưới hai phổi (thùy dưới phổi trái 75% và thùy dưới phổi phải 56.3%), gặp ít ở thùy trên phổi hai bên (thùy trên phổi phải chiếm tỷ lệ 28.1%, thùy trên

phổi trái chiếm tỷ lệ 32.8%) [2]. Trong đó GPQ lan tỏa (≥ 2 thùy phổi) chiếm tỷ lệ 74.83% và tỷ lệ GPQ khu trú trong một thùy phổi chiếm 25.17%. Tỷ lệ mức độ lan tỏa của tổn thương GPQ ở một thùy chiếm 25.17% trường hợp, lan tỏa hai thùy tỷ lệ 36.36%, lan tỏa ba thùy tỷ lệ 29.37%, lan tỏa bốn thùy tỷ lệ 5.59% và lan tỏa toàn bộ phổi chỉ chiếm 3.51% (bảng 3.8).

Theo Hoàng Minh Lợi (2001) GPQ tập trung ở thùy dưới hai bên, bên phải tỷ lệ cao hơn bên trái: thùy dưới phải 32.9%, thùy dưới trái 26.8%

trường hợp. Các thùy khác: trên phải 13.4%, giữa phải 11%, trên trái 8.53%, thùy lưỡi 7% trường hợp [4].

Theo tác giả Stauffer (1994), GPQ lan tỏa cho cả sáu thùy (kể cả thùy lưỡi) chiếm 47%, năm thùy chiếm 20%, bốn thùy chiếm 5%, ba thùy chiếm 6% và hai thùy chiếm 5%. Phân bố thùy dưới phải chiếm tỷ lệ 86%, thùy dưới trái chiếm 85%, thùy giữa phải 83%, trên phải 75% và trên trái 67%.

Bảng 3.7. Tỷ lệ GPQ khu trú hay lan tỏa

Hình thái tổn thương	Bệnh nhân (n)	%
Lan tỏa (> 2 thùy phổi)	107	74.83
Khu trú trong 1 thùy phổi	36	25.17
Tổng	143	100

Nhận xét: GPQ lan tỏa chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 74.83% trường hợp.

Bảng 3.8. Mức độ GPQ

Mức độ GPQ	Bệnh nhân (n)	%
Mức độ nhẹ	91	63.64
Mức độ trung bình	38	26.57
Mức độ nặng	14	9.79
Tổng	143	100

Nhận xét: - GPQ mức độ nhẹ: Khẩu kính PQ lớn hơn 1 lần đường kính động mạch phổi bên cạnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 63.64% trường hợp bị GPQ mức độ nhẹ này.

- GPQ mức độ trung bình: Khẩu kính PQ lớn hơn 2 lần đường kính động mạch phổi bên cạnh. Chúng tôi gặp 26.57% trường hợp bị GPQ mức độ trung bình.

- GPQ mức độ nặng: Khẩu kính PQ lớn hơn 3 lần đường kính động mạch phổi bên cạnh. Tỷ

lệ trường hợp bị mắc mức độ nặng trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 9.79%.

Theo Hoàng Minh Lợi (2001) nghiên cứu 82 bệnh nhân GPQ cho thấy có 62.19% trường hợp bị GPQ mức độ nhẹ, GPQ mức độ trung bình chiếm 20.73% và GPQ mức độ nặng chiếm tỷ lệ 17.08% [4]. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng không khác nhiều về số liệu so với tác giả.

Bảng 3.9. Các tổn thương phổi hợp GPQ trên phim CLVTPGC

Các tổn thương phổi hợp	Số lần gặp	%
Đông đặc phổi	54	37.76
Dày tổ chức kẽ	123	86.01
Giãn phế nang	38	26.57
Xẹp phổi	7	4.89
Hình nốt mờ	47	32.87
Hình ảnh kính mờ	38	26.57
Tràn dịch màng phổi	4	2.79

Nhận xét:

- Hình ảnh phổi hợp tổn thương GPQ hay gặp nhất là dày tổ chức kẽ chiếm tỷ lệ 86.01%. Các tổn thương phổi hợp khác như hình ảnh đông đặc phổi, hình ảnh nốt mờ, hình ảnh kính mờ và hình ảnh giãn phế nang chiếm tỷ lệ lần lượt là 37.76%, 32.87%, 26.57% và 26.57%.

- Các tổn thương phổi hợp xẹp phổi và tràn dịch màng phổi chiếm tỷ lệ thấp 4.89% và 2.79%.

- Trong các tổn thương phổi hợp với GPQ trên phim CLVTPGC chúng tôi thấy tổn thương dày tổ chức kẽ hay gặp nhất chiếm tỷ lệ 86.01%, tổn thương đông đặc phổi có tỷ lệ 37.76%, tổn thương giãn phế nang chiếm 26.57%, tổn thương xẹp phổi chiếm 4.89%, tổn thương nốt

mờ chiếm 32.87%, tổn thương kính mờ chiếm tỷ lệ 26.57% và tổn thương tràn dịch màng phổi chỉ chiếm 2.79%

Theo tác giả Lê Nhật Huy (2010) cứu 52 BN GPQ thấy: tổn thương đồng đặc phổi tỷ lệ 38.5%, dày tổ chức kẽ 26.9%, tổn thương giãn phế nang 23.1%, tổn thương xẹp phổi và tổn thương nốt mờ đều cùng tỷ lệ 17.3%, tràn dịch màng phổi tỷ lệ 5.7%, tổn thương kính mờ 7.7% [3].

IV. KẾT LUẬN

- Hình ảnh tổn thương GPQ: gặp nhiều nhất ở GPQ hình ống sáng (hình đường ray) với tỷ lệ 84.62%, hình tròn sáng (hình nhẵn, hình con dấu) 29.37%, hình tổ ong, chùm nho 11.19% và hình ảnh GPQ trong ổ đồng đặc phổi 8.39%.

- Thể GPQ trên phim chụp CLVTPGC: GPQ hình trụ chiếm tỷ lệ cao nhất tỷ lệ 84.62% trường hợp, GPQ hình túi 29.37% và GPQ hình tràng hạt 1.39%.

- Vị trí tổn thương GPQ: tần suất bị GPQ tăng dần lên từ trên xuống dưới, từ đỉnh phổi đến đáy phổi hai bên. Vị trí hay gặp GPQ nhất ở thùy dưới hai phổi và thùy giữa phổi phải chiếm tỷ lệ cao: thùy dưới trái 58.04%, thùy dưới phải 61.54%, thùy giữa phải 44.06%. GPQ ở thùy trên hai bên chiếm tỷ lệ thấp hơn: thùy trên phải 34.96%, thùy trên trái 25.87%.

- GPQ lan tỏa chiếm tỷ lệ cao 74.83% trường hợp, mức độ lan tỏa cao nhất gặp ở hai thùy phổi chiếm tỷ lệ 36.36% trường hợp.

- Mức độ tổn thương GPQ hay gặp nhất ở mức độ nhẹ (63.64% trường hợp), ít nhất ở GPQ mức độ nặng (9.79% trường hợp)

- Trong các tổn thương phổi hợp GPQ trên phim chụp CLVTPGC thì tổn thương hay gặp nhất là dày tổ chức kẽ tỷ lệ 86.01% trường hợp, tổn thương đồng đặc phổi chiếm tỷ lệ khá cao 37.76% trường hợp. Ít gặp tổn thương tràn dịch màng phổi (2.79%), xẹp phổi (4.89%) phổi hợp với tổn thương GPQ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Quý Châu, Nguyễn Văn Thành, Chu Văn Ý (2004)**, "Giãn phế quản", Bài giảng bệnh học nội khoa tập 1, Nhà xuất bản Y học, tr. 29 – 40.
2. **Lê Thị Thanh Hà (2011)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị thở máy BIPAP ở bệnh nhân giãn phế quản có suy hô hấp tại khoa hô hấp bệnh viện Bạch Mai", Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại Học Y Hà Nội.
3. **Lê Nhật Huy (2010)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh tổn thương trên phim CLVT ngực và rối loạn thông khí phổi ở bệnh nhân GPQ", Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại Học Y Hà Nội.
4. **Hoàng Minh Lợi (2001)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh Xquang phổi chuẩn và CLVTPGC trong bệnh GPQ", Luận án tiến sỹ y học. Học viện Quân y- Hà Nội.
5. **Dwyer R.(1998)**, "HRCT basic technique and anatomy" Chest Radiology in ASDIR, Malaysia, page. 125- 128.
6. **Holmens AH, Dickenson TB, Eduards A, et al (1992)**, "Bronchiectasis in HIV disease", QJ Med, 85, page. 875-882.
7. **Naidich D.P, McCauley D.I, Khouri N.F, et al (1982)**, "Computed tomography of bronchiectasis", J Comput Assist Tomogr, 6, page. 437 – 444.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ HÓA CHẤT TRƯỚC PHẪU THUẬT UNG THƯ BIỂU MÔ BUỒNG TRỨNG GIAI ĐOẠN MUỘN

Vũ Văn Du*, Nguyễn Quốc Tuấn**

TÓM TẮT¹¹

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị hóa chất trước phẫu thuật UTBMBT giai đoạn muộn. **Phương**

*Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

**Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Du

Email: dutruongson@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, mẫu nghiên cứu gồm 46 bệnh nhân nữ. Đánh giá và phân loại giai đoạn bệnh theo thang phân loại FIGO 2014. **Kết quả:** So sánh hiệu quả trước và sau điều trị: Khối u buồng trứng giảm 1cm. Lượng dịch cổ tử cung giảm đi khá nhiều sau điều trị từ 95,7% trường hợp xuống còn 32,6%. Nồng độ CA 125 huyết thanh trung bình giảm từ $1494,6 \pm 2869,4$ U/ml xuống $131,9 \pm 290,6$ U/ml có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả xét nghiệm tìm tế bào UTBMBT trong dịch cổ tử cung giảm đáng kể từ 97,8% trường hợp xuống còn 45,7%. **Kết luận:** Điều trị hóa chất trước phẫu thuật có vai trò quan trọng

trong giảm các triệu chứng khối u trên cả lâm sàng và cận lâm sàng. Đồng thời, góp phần tăng tỷ lệ điều trị phẫu thuật thành công sau điều trị hóa chất.

Từ khóa: Ung thư biểu mô buồng trứng, hóa chất, trước phẫu thuật, giai đoạn muộn.

SUMMARY

EVALUATE THE EFFECTIVENESS OF CHEMOTHERAPY BEFORE ADVANCED-STAGE EPITHELIAL OVARIAN CANCER SURGERY AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY FROM 1/2010 - 12/2014

Objectives: To evaluate the effectiveness of chemotherapy before advanced-stage epithelial ovarian cancer (EOC) surgery at the National hospital of obstetrics and gynecology from 1/2010 - 12/2014.

Methods: A cross-sectional study was used and the sample of study included 46 patients who were female. Assessment and classification stage of the disease according to the taxonomy FIGO 2014.

Results: Comparison of effectiveness before and after treatment: ovarian tumor 1cm decrease. Ascites fluid pretty much reduced from 95.7% after treatment to 32.6% cases. Serum CA 125 concentrations decreased from 1494.6 ± 2869.4 U/I to 131.9 ± 290.6 U/I, had statistically significant at $p < 0.05$. Results of testing for EOC cells ascites fluid decreased significantly from 97.8% to 45.7%. **Conclusions:** Chemotherapy had an important role in reducing the symptoms of tumors in both preclinical and clinical. At the same time, this method contributed to increase the success rate of surgery.

Keywords: epithelial ovarian cancer, Chemotherapy, before surgery, advanced stage

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng (UTBT) là một trong những loại ung thư phụ khoa hay gặp ở phụ nữ Việt Nam cũng như ở nhiều nước khác trên thế giới, chỉ sau ung thư vú và ung thư cổ tử cung. Tại Mỹ, tỷ lệ ung thư biểu mô buồng trứng (UTBMBT) đứng hàng thứ năm và chiếm 53% tổng số tử vong do ung thư phụ khoa gây nên. Ung thư buồng trứng (UTBT) là một trong những loại ung thư phụ khoa hay gặp ở phụ nữ Việt Nam cũng như ở nhiều nước khác trên thế giới, chỉ sau ung thư vú và ung thư cổ tử cung. Tại Anh, Mỹ, tỷ lệ ung thư biểu mô buồng trứng (UTBMBT) đứng hàng thứ năm và nguyên nhân tử vong hàng đầu do các loại ung thư phụ khoa gây nên [6],[7]. Tại Việt Nam tỷ lệ mắc UTBT năm 2000 là 4,4/100.000 phụ nữ [3] và đang có xu hướng gia tăng.

Đối UTBMBT giai đoạn muộn với đặc điểm u lan tràn ổ bụng, xâm lấn các cơ quan xung

quanh, phẫu thuật cắt bỏ u khó khăn hoặc không thể phẫu thuật được, nhiều biến chứng nặng sau phẫu thuật và chỉ thực hiện được ở những trung tâm lớn [5],[4]. Vì vậy việc điều trị hóa chất hỗ trợ trước phẫu thuật đã được đặt ra với mục đích tạo điều kiện cho phẫu thuật dễ dàng hơn hoặc chuyển từ không phẫu thuật được thành có thể phẫu thuật [7]. Tại bệnh viện Phụ sản Trung ương tiến hành phác đồ điều trị hóa chất hỗ trợ trước phẫu thuật ở một số trường hợp bệnh nhân UTBMBT giai đoạn muộn có phẫu thuật trước đó rất khó khăn hoặc không thể phẫu thuật được. Kết quả bước đầu cho thấy một số bệnh nhân UTBMBT giai đoạn muộn đáp ứng tốt với điều trị hóa chất, chuyển từ khó hoặc không phẫu thuật được thành phẫu thuật thuận lợi.

Tuy nhiên trong nước chưa có nghiên cứu nào đề cập đến vấn đề đánh giá hiệu quả điều trị hóa chất trước phẫu thuật của UTBMBT giai đoạn muộn. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả điều trị hóa chất trước phẫu thuật ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn muộn.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn lựa chọn

* Bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn UTBMBT giai đoạn muộn: giai đoạn mô bệnh học II-IV theo tiêu chuẩn FIGO 2014 [7].

* Bệnh nhân được tiến điều trị hóa chất trước phẫu thuật sau đó được kiểm tra, đánh giá lại.

* Bệnh nhân được phẫu thuật sau khi điều trị hóa chất:

- Tiêu chuẩn bệnh nhân được phẫu thuật sau điều trị hóa chất là: Bệnh thuyên giảm về triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng đặc biệt khi thăm khám thấy có khả năng phẫu thuật lấy được tổ chức ung thư

* Bệnh nhân không mắc bệnh ung khác

- Tiêu chuẩn loại trừ

- UTBMBT nhưng đã qua điều trị ở tuyến trước.

- UTBMBT thứ phát.

- Bệnh nhân không phẫu thuật sau điều trị hóa chất.

- Hồ sơ bệnh án không đầy đủ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp chọn mẫu và tính toán cỡ mẫu

- Phương pháp chọn mẫu: Mẫu thuận tiện.

- Cỡ mẫu: Tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ ở trên.

Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu hồi cứu mô tả.

Phương pháp thu thập số liệu

Số liệu được thu thập từ bệnh án của bệnh nhân UTBMBT nguyên phát giai đoạn muộn tại

Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 1/ 2010 đến tháng 12/ 2014.

Xử lý số liệu

- Các thông tin được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

2.2.2. Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 1/2010 - 12/2014.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đánh giá hiệu quả trước và sau điều trị hóa chất

Bảng 1. Đánh giá giảm kích thước u trước và sau điều trị hóa chất

U buồng trứng (n)	Trước ĐT (cm)		Sau ĐT (cm)		p
	Trung bình	SD	Trung bình	SD	
Bên phải (19)	7,32	3,38	5,79	2,30	0,002
Bên trái (19)	7,58	3,93	5,58	2,69	0,008

Trong 25 bệnh nhân có đủ 2 buồng trứng trước và sau điều trị hóa chất, có 19 bệnh nhân có u bên phải và 19 bệnh nhân có u bên trái. Sau điều trị hóa chất kích thước khối u trung bình đều giảm trong đó bên phải giảm gần 1,5cm, bên trái giảm 1,7 cm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 2. Đánh giá khối u di căn và tình trạng tràn dịch trước và sau điều trị hóa chất (n=46)

Đặc điểm		Trước ĐT		Sau ĐT	
		n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
Khối u di căn	Có	28	60,8	8	17,4
	Không	18	39,2	38	82,6
Tình trạng tràn dịch	Có	44	95,7	15	32,6
	Không	2	4,3	31	67,4
Kết quả giải phẫu bệnh	Âm tính	0	0	34	73,9
	Dương tính	46	100	12	26,1

Trước điều trị có 60,8% đánh giá được có khối u di căn, sau điều trị tỷ lệ này giảm xuống còn 17,4%.

Trước điều trị hóa chất có 95,7% trường hợp có dịch ổ bụng, sau điều trị tỷ lệ này giảm xuống còn 32,6%.

Phẫu thuật sau khi điều trị hóa chất bệnh phẩm được lấy đi làm giải phẫu bệnh chỉ có 26,1% tìm thấy tế bào ung thư.

Bảng 3. Kết quả xét nghiệm tế bào học dịch ổ bụng trước và sau điều trị

Xét nghiệm tế bào	Trước ĐT		Sau ĐT	
	n	Tỷ lệ %	N	Tỷ lệ %
Dương tính	45	97,8	21	45,7
Âm tính	1	2,2	23	50,0
Không xét nghiệm	0	0	2	4,3
Tổng số	46	100,0	46	100,0

Xét nghiệm tìm tế bào ung thư trong dịch ổ bụng thấy ở 97,8% các bệnh nhân trước điều trị, sau điều trị còn 45,7%.

Bảng 4. Kết quả XN CA 125 trước và sau điều trị

Kết quả xét nghiệm	Trước ĐT	Sau ĐT	p
CA125	1494,6 ± 2869,4	131,9 ± 290,6	0,003
Tổng số	43	43	

Tất cả các trường CA125 đều giảm sau khi điều trị hóa chất. Trong đó, sau 6 đợt điều trị hóa chất nồng độ CA125 giảm từ 1494,6 ± 2869,4 (UI) xuống còn 131,9 ± 290,6 (UI), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,003$.

3.2. Đánh giá khả năng phẫu thuật sau điều trị hóa chất

Bảng 5. Trước điều trị hóa chất chưa có thể phẫu thuật được. Sau hóa chất cắt bỏ được 1 trong những phần sau

Phần phẫu thuật cắt bỏ được	Số BN	Tỷ lệ
Chỉ cắt được 1 buồng trứng	1	4,8
Cắt được TCHT và 2 buồng trứng	19	90,5

Sinh thiết mạc nối lớn	1	4,8
Tổng số	21	100,0

Có 21 trường hợp chưa phẫu thuật vì khi thăm khám lâm sàng thấy quá dính hoặc tiền lượng phẫu thuật khó khăn. Sau khi điều trị hóa chất có 90,5% cắt được tử cung hoàn toàn và 2 phần phụ. Có 9,5% được coi là thất bại vì chỉ sinh thiết được mạc nối lớn hoặc cắt được 1 phần phụ.

Bảng 6. Trước điều trị hóa chất chỉ phẫu thuật hạn chế 1 phần. Sau hóa chất cắt bỏ được 1 được thêm

	Phẫu thuật sau hóa trị	Số BN	Tỷ lệ
Trước phẫu thuật chỉ sinh thiết được mạc nối lớn (n=4)	Chỉ cắt được MNL	1	25,0
	Cắt được TCHT và 2 buồng trứng	2	50,0
	Sinh thiết mạc nối lớn	1	25,0
Trước phẫu thuật chỉ cắt được buồng trứng (n=13)	Cắt được TCHT + phần phụ còn lại	12	92,3
	Cắt được phần phụ còn lại	1	7,7
Trước phẫu thuật chỉ cắt được 1 phần phụ (n=8)	Cắt được TCHT	8	100

Trong tổng số 25 trường hợp chỉ phẫu thuật hạn chế trước hóa trị thì sau đó, 22 bệnh nhân đã được phẫu thuật triệt để tử cung và 2 phần phụ (chiếm 88%), 3 trường hợp vẫn chưa thể phẫu thuật triệt để (12%).

Bảng 7. Kết quả phẫu thuật chung sau điều trị hóa chất

Phẫu thuật thành công sau điều trị hóa chất	Số BN	Tỷ lệ
Thành công	41	89,1
Thất bại	5	10,9
Tổng số	46	100,0

Tỷ lệ phẫu thuật thành công chiếm tới 89,1% sau điều trị hóa chất 6 liệu trình.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đánh giá hiệu quả trước và sau điều trị hóa chất

Sau khi điều trị hóa chất ở cả hai nhóm đối tượng nghiên cứu đều có sự thay đổi rõ về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước và sau điều trị. Tỷ lệ có dịch cổ chướng giảm từ 95,7% xuống còn 32,6%, kích thước khối u buồng trứng giảm 1cm, sự khác biệt về kích thước khối u trước và sau điều trị hóa chất là có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Bên cạnh đó, khối u di căn phát hiện được trên lâm sàng giảm từ 54,3% xuống còn 15%, tỷ lệ tìm thấy tế bào ung thư trong dịch cổ chướng cũng giảm rõ sau điều trị từ 97,8% còn 45,7%. Vai trò hóa trị trong giảm các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của UTBMBT cũng đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu trên thế giới [2], [5].

Tác dụng của điều trị hóa chất trước phẫu thuật có vai trò làm giảm chỉ số CA125 cũng được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu khác [7]. Theo Bạch Cẩm An, thì sau 3 đợt điều trị hóa chất CA125 giảm từ $387,7 \pm 604,6$ (UI) xuống còn $80,2 \pm 166,3$ (UI) [1]. Tuy nhiên, vai trò của nó chỉ có giá trị trong tiền lượng kết quả điều trị nhưng nó không có ý nghĩa hướng dẫn thái

độ xử trí trên từng bệnh nhân cụ thể. Do đó mặc dù CA125 giảm sau mỗi đợt điều trị hóa chất nhưng việc điều trị vẫn được tiếp tục mà không phụ thuộc vào nồng độ CA125. Nếu tình trạng lâm sàng không cải thiện và nồng độ CA125 tiếp tục tăng thì việc thay đổi phác đồ điều trị nên được đặt ra, còn tình trạng lâm sàng không cải thiện nhưng CA125 giảm thì vẫn nên duy trì phác đồ đang dùng.

4.2. Đánh giá khả năng phẫu thuật sau điều trị hóa chất

Như chúng ta đã biết, phẫu thuật là ưu tiên hàng đầu trong điều trị ung thư buồng trứng, đối với UTBMBT giai đoạn muộn thì chỉ định phẫu thuật sẽ là cắt tử cung hoàn toàn, cắt hai phần phụ, cắt mạc nối lớn công phá u tối đa, lấy các nhân di căn ổ bụng được càng nhiều càng tốt.

Có 21 bệnh nhân chẩn đoán UTBMBT bằng lâm sàng và cận lâm sàng trong đó chọc dịch cổ chướng chẩn đoán UTBMBT, các bệnh nhân này tiền lượng phẫu thuật khó khăn nên đã được điều trị hóa chất trước phẫu thuật. Kết quả phẫu thuật có 19 bệnh nhân cắt được tử cung hoàn toàn và 2 phần phụ, 1 bệnh nhân cắt được 1 phần phụ và 1 bệnh nhân chỉ sinh thiết được

mạc nổi lớn vì quá dính. Tỷ lệ phẫu thuật thành công là 90,4%.

Trong 25 bệnh nhân phẫu thuật thất bại tức là chỉ cắt được 1 hoặc 2 phần phụ hoặc chỉ sinh thiết được mạc nối lớn thì sau khi điều trị hóa chất đã phẫu thuật thành công 22 trường hợp chiếm 88%.

Trong các trường hợp ung thư buồng trứng giai đoạn muộn tiền lượng phẫu thuật khó khăn hoặc đã phẫu thuật thất bại thì sau khi điều trị hóa chất tỷ lệ mổ thành công là 89,1%. Kết quả này có sự tương đồng với tác giả Bạch Cẩm An (2014) khi tỷ lệ thành công phẫu thuật sau điều trị hóa chất là 83,9% [1].

Đây là kết quả rất đáng khích lệ và có giá trị ứng dụng vào lâm sàng cao, và là mục tiêu chính của nghiên cứu này. Việc điều trị hóa chất trước phẫu thuật đã được áp dụng ở nhiều bệnh viện và trung tâm trên thế giới[5].

V. KẾT LUẬN

Điều trị hóa chất trước phẫu thuật có vai trò quan trọng trong giảm các triệu chứng khối u trên cả lâm sàng và cận lâm sàng. Trong đó, kích thước khối u giảm 1cm, lượng dịch cổ chướng và CEA125 đều giảm đáng kể sau điều

trị. Đồng thời, góp phần tăng tỷ lệ điều trị phẫu thuật thành công sau điều trị hóa chất (89,1%)

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bạch Cẩm An, Lê Sỹ Phương (2014)**, "Nghiên cứu hiệu quả điều trị hóa chất tiền phẫu ở bệnh nhân ung thư buồng trứng giai đoạn muộn", *Tạp chí Phụ Sản*. 12(03). 07-2014: tr. 24 - 27.
2. **Lê Thị Vân (2011)**, *Đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn IIIC bằng phương pháp phẫu thuật kết hợp với hóa chất tại bệnh viện K từ 2005-2010*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y HN.
3. **Phạm Thị Hoàng Anh, Nguyễn Bá Đức và cộng sự (2001)**, "Tình hình bệnh ung thư ở Việt Nam", *Tạp chí thông tin Y Dược*. Số 2. tr. 23 - 25.
4. **DeVita, Vincent T (2008)**, "Principles & Practice of Oncology, 8th Edition", Part 3 - Practice of Oncology > Chapter 42 - Gynecologic Cancers > Section 5: Ovarian Cancer, Fallopian Tube Carcinoma, and Peritoneal Carcinoma.
5. **Coleman R.L., Monk B.J, Sood A.K (2013)**, "Latest research and treatment of advanced-stage epithelial ovarian cancer", *Nat Rev Clin Oncol*. 10(4). 211-24.
6. **Doufekas K., Olaitan A. (2014)**, "Clinical epidemiology of epithelial ovarian cancer in the UK", *Int J Womens Health*. 6. 537 - 45.
7. **Jayson G.C, Kohn E.C, Kitchener H.C (2014)**, "Ovarian cancer", *Lancet*. 384(9951). p. 1376 - 88.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CẢI THIỆN CHỨNG TRẠNG THẬN DƯƠNG HƯ CỦA HỒI XUÂN HOÀN Ở BỆNH NHÂN YÊU THỐNG (LOÃNG XƯƠNG)

Nguyễn Thị Tâm Thuận*

TÓM TẮT¹²

Mục tiêu: 1. Đánh giá tác dụng cải thiện các chứng trạng thận dương hư của Hồi Xuân Hoàn trên bệnh nhân yêu thống (loãng xương). 2. Khảo sát tác dụng không mong muốn trên lâm sàng. **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. Hồi xuân hoàn có tác dụng cải thiện các chứng trạng Thận dương hư và cải thiện chất lượng cuộc sống trong điều trị Yêu thống (loãng xương). Sự khác biệt trước sau điều trị có ý nghĩa

thống kê với $p < 0,05$. 2. **Hồi Xuân Hoàn an toàn không gây** các tác dụng không mong muốn trên lâm sàng. **Kết luận:** **Hồi Xuân Hoàn** có tác dụng cải thiện các chứng trạng Thận dương hư và chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân Loãng xương thể Thận dương hư. 2. An toàn trên lâm sàng.

Từ khóa: Hồi Xuân Hoàn, loãng xương

SUMMARY

EVALUATION ON THE EFFECTS OF THE "HOI XUAN HOAN" ON KIDNEY YANG DEFICIENCY SYMPTOMS OF OSTEOPOROSIS PATIENT

Objective: 1. Evaluation on the effects of the "Hoi xuan hoan" on kidney yang deficiency symptoms of osteoporosis patient. 2. Observing the unexpected effects. **Subject and research method:** The controlled clinical trial, compared before - after 30 day treatment, involved 45 Osteoporosis patients. The

*Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Tâm Thuận
Email: ntamthuan@gmail.com
Ngày nhận bài:
Ngày phản biện khoa học:
Ngày duyệt bài:

study lasted for 30 ngày. **Results: 1.** "Hoi xuan hoan" had improved on kidney yang deficiency symptoms of osteoporosis patients and quality, the difference is statistic significance with $p < 0,05$. 2. "Hoi xuan hoan" had no side effects on clinical. **Conclusions: . 1.** "Hoi xuan hoan" had improved on kidney yang deficiency symptoms of osteoporosis patients and quality of life 2. Without unwanted effects.

Key words: " Hoi xuan hoan" , osteoporosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương là một hội chứng với đặc điểm sức bền của xương bị suy giảm dẫn đến gia tăng nguy cơ gãy xương. Sức bền của xương phản ánh sự kết hợp của mật độ chất khoáng trong xương và chất lượng xương" [1].

Trong Y học cổ truyền không có bệnh danh loãng xương song dựa vào các chứng trạng mô tả trong y văn thì loãng xương sớm được mô tả và ghi chép lại qua nhiều thời đại. Trong «Hoàng đế nội kinh» đã ghi lại trong các thiên "Yêu thống", "Tinh thương ắt cốt đau mỏi yếu". «Tổ vấn – Trường thích tiết luận» đã ghi lại: "... bệnh tại cốt, cốt nặng mất khả năng cử động, cốt tủy đau mỏi, khí trở ngại, tên bệnh là cốt tủy". Trong những năm gần đây YHCT không ngừng đi sâu vào nghiên cứu cơ chế bệnh biến của loãng xương nguyên phát với 3 phương diện lý luận, thực nghiệm và lâm sàng bước đầu có nhiều kết quả. Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài "**Đánh giá tác dụng cải thiện triệu chứng Thận dương hư của Hồi Xuân Hoàn ở bệnh nhân yếu thống (loãng xương)**", với hai mục tiêu:

1. *Đánh giá tác dụng cải thiện các chứng trạng thận dương hư của Hồi Xuân Hoàn trên bệnh nhân loãng xương.*
2. *Khảo sát tác dụng không mong muốn trên lâm sàng.*

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
- *Tiêu chuẩn chọn BN theo YHHD:* Bệnh nhân có chỉ số $T \leq -1SD$. Dựa theo tiêu chuẩn

loãng xương của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2004 (khi sử dụng kỹ thuật DEXA bone scan) (WHO Osteoporosis Criteria [DEXA Bone Scan]) theo thang điểm của T – Score vùng cột sống thắt lưng.

- *Tiêu chuẩn Chẩn đoán YHCT:* Chứng cốt khô hoặc yếu thống thể thận dương hư: Bệnh nhân tự cảm nhận được đau mỏi một hoặc cả hai bên vùng cột sống thắt lưng, đau dọc xương dài, đầu chi, đau thiện án, sợ lạnh, thích ăn đồ ấm nóng, ù tai, tiểu tiện trong dài, chất lưỡi nhợt, rêu trắng, mạch trầm nhược...

- 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 tuyến 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, miễn 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:

- + Các chứng trạng thận dương hư
- + Mạch, huyết áp,
- + Theo dõi chất lượng cuộc sống của bệnh nhân qua bộ câu hỏi QUALEFFO – 41 .
- + Tác dụng không mong muốn

2.4. Phương pháp đánh giá kết quả.

Dựa vào bộ câu hỏi QUALEFFO – 41 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. Các chứng trạng Thận dương hư và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân trước điều trị

Bảng 3.1. Các chứng trạng Thận dương hư của bệnh nhân trước điều trị

Chứng trạng	n =45	%
Đau lưng mỗi gối	45	100
Sợ lạnh	40	88,89
Chân tay lạnh	35	77,78
Tiểu đêm, tiểu nhiều	35	77,78
Mệt mỏi	43	95,56
Chất lưỡi nhợt	44	97,78
Mạch trầm nhược	43	95,56

Nhận xét: Trước điều trị triệu chứng đau lưng mỗi gối chiếm tỷ lệ cao nhất (100%).

Bảng 3.2. Tình trạng chất lượng cuộc sống theo Qualefo 41 trước điều trị

Bảng chất lượng cuộc sống	D ₀ (X ± SD)
Đau	69,44 ± 16,76
Khả năng tự phục vụ	48,31 ± 21,91
Công việc gia đình	48,29 ± 22,17
Hoạt động hàng ngày	47,13 ± 18,51
Các hoạt động xã hội	62,78 ± 19,09
Nhận thức về sức khỏe	54,60 ± 17,99
Trạng thái tinh thần	52,64 ± 17,64
Tổng điểm Qualefo 41	51,89 ± 15,49

Nhận xét: Khả năng tự phục vụ, hoạt động hàng ngày, nhận thức về sức khỏe, trạng thái tinh thần đều chỉ đạt ở mức trung bình.

3.2. Sự cải thiện các chứng trạng Thận dương hư và chất lượng cuộc sống sau điều trị

Bảng 3.3. Sự cải thiện các chứng trạng Thận dương hư trước và sau điều trị

Chứng trạng		Trước điều trị	Sau điều trị			P
			Không đổi	Giảm	Khỏi	
Đau lưng mỗi gối	n	45	1	19	20	< 0,05
	%	100	2,20	42,22	55,56	
Sợ lạnh	n	40	2	13	25	
	%	88,89	5,00	32,50	62,50	
Chân tay lạnh	n	35	2	10	23	
	%	77,78	5,71	28,57	65,72	
Tiểu đêm, tiểu nhiều	n	35	2	13	20	
	%	77,78	5,71	37,14	57,14	
Mệt mỏi	n	43	0	12	31	
	%	95,56	0	27,91	72,09	
Chất lưỡi nhợt	n	44	2	22	20	
	%	97,78	4,54	50	45,45	
Mạch trầm nhược	n	43	3	20	20	
	%	95,56	6,98	46,51	46,51	

Nhận xét: Sau điều trị các chứng trạng về Thận dương hư đều được cải thiện có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 3.4. Cải thiện chất lượng cuộc sống trước và sau điều trị

Bảng chất lượng cuộc sống	D ₀ (X ± SD)	D ₁₅ (X ± SD)	D ₃₀ (X ± SD)	P _{D0-D30}
Đau	69,44 ± 16,76	57,22 ± 19,23	51,97 ± 20,58	< 0,05
Khả năng tự phục vụ	48,31 ± 21,91	42,80 ± 20,27	38,40 ± 20,50	
Công việc gia đình	48,29 ± 22,17	42,71 ± 20,41	38,38 ± 20,84	
Hoạt động hàng ngày	47,13 ± 18,51	41,53 ± 15,27	37,60 ± 15,15	
Các hoạt động xã hội	62,78 ± 19,09	56,09 ± 17,51	52,27 ± 16,40	
Nhận thức về sức khỏe	54,60 ± 17,99	45,76 ± 16,32	41,31 ± 16,29	

Trạng thái tinh thần	52,64 ± 17,64	43,29 ± 15,58	36,93 ± 14,37
Tổng điểm Qualefo 41	51,89 ± 15,49	44,53 ± 13,97	40,06 ± 13,07

Nhận xét: Sau điều trị chất lượng cuộc sống được cải thiện rõ rệt với $p < 0,05$

3.2. Khảo sát tác dụng không mong muốn trên lâm sàng.

3.2.1. Sự thay đổi về Mạch, huyết áp trước sau điều trị

Bảng 3.5. Sự thay đổi về Mạch, huyết áp trước sau điều trị

Chỉ số	D ₀ ($\bar{X} \pm SD$)	D ₃₀ ($\bar{X} \pm SD$)	p
Huyết áp tâm thu (mmHg)	124,67 ± 9,44	124,44 ± 9,43	> 0,05
Huyết áp tâm trương (mmHg)	76,44 ± 5,29	76,00 ± 5,39	
Huyết áp trung bình (mmHg)	93,11 ± 5,96	92,59 ± 6,10	
Mạch (lần/phút)	75,40 ± 8,39	74,40 ± 8,18	

Nhận xét: Không có sự khác biệt của chỉ số Mạch, huyết áp trước và sau điều trị với $p > 0,05$.

3.2.2. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Bảng 3.6. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	Số bệnh nhân	
	N	Tỷ lệ %
Ngứa, nổi mẩn ngứa ngoài da	0	0
Nôn, buồn nôn	0	0
Đại tiện lỏng, rối loạn tiêu hoá	0	0
Mệt, khó thở, hồi hộp trống ngực	0	0
Sốc, mạch nhanh huyết áp tụt, tím tái	0	0

Nhận xét: Trong quá trình nghiên cứu không thấy xuất hiện các triệu chứng không mong muốn

IV. BÀN LUẬN

4.1. Bàn luận về sự cải thiện các chứng trạng thận dương hư của Hôi xuân hoàn trên bệnh nhân Yêu thống (Loãng xương)

Theo bảng 3.3 sự cải thiện các chứng trạng thể thận dương hư sau khi điều trị bằng HXH. Chúng tôi nhận thấy, có sự tiến triển đặc biệt trên tất cả các chứng trạng ở tất cả các BN có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tỷ lệ nhóm BN có chứng trạng mệt mỏi khỏi cao nhất chiếm 72,09%, nhóm chứng trạng chân tay lạnh khỏi 65,72%, tỷ lệ nhóm BN hết cảm giác sợ lạnh là 62,50%, chứng trạng tiểu đêm cũng được khắc phục ở 57,14%, chất lưỡi nhợt giảm hẳn 45,45%, trong khi đó tỷ lệ BN được cải thiện mạch trầm nhược là 46,51%. Như vậy, có thể thấy HXH có tác dụng bồi bổ thận dương, dưỡng cốt, ôn ấm mệnh môn hỏa rất tốt, cải thiện đáng kể tình trạng lâm sàng trên BN loãng xương thể thận dương hư.

Trong nghiên cứu này, bảng 3.4 cho thấy chất lượng cuộc sống của bệnh nhân trong nhóm điều trị được cải thiện rõ vào thời điểm ngày thứ 30 của liệu trình khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tổng điểm Qualeffo – 41 của nhóm bệnh nhân trước điều trị là 51,89 ± 15,49, sau điều trị là 40,06 ± 13,07 ($p < 0,05$). Đối với từng hạng mục đánh giá: đau, khả năng tự phục vụ, công việc gia đình, các hoạt động hàng ngày, các hoạt động xã hội, nhận thức về sức khỏe, trạng

thái tinh thần đều có sự thay đổi rõ rệt sau điều trị ($p < 0,05$). Barcenilla và cộng sự trong nghiên cứu cắt ngang của mình, thông qua các bảng đánh giá chất lượng cuộc sống của các bệnh nhân loãng xương sau gãy xương ở độ tuổi 63-75 đã cho thấy: gãy xương do loãng xương ở phụ nữ tiền mãn kinh và người già ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân, trở thành một trong những vấn đề lâm sàng cần phải được chú ý [2]. Loãng xương với đặc trưng lâm sàng là đau dai dẳng và kéo dài, có nhiều nghiên cứu đã chứng minh đau có mối liên quan chặt chẽ với các triệu chứng về tâm thần cũng như các suy giảm về hoạt động xã hội của bệnh nhân loãng xương [3],[4]. Các nghiên cứu này cũng chỉ ra, triệu chứng đau có thể là yếu tố nguy cơ dẫn đến các triệu chứng căng thẳng, stress, trầm cảm... và ngược lại các hội chứng tâm thần này cũng làm gia tăng triệu chứng đau của bệnh nhân, trở thành một trong những nguy cơ hàng đầu làm suy giảm chất lượng sống của bệnh nhân. Chính vì vậy, điều trị làm giảm triệu chứng đau có liên quan trực tiếp và gián tiếp đến cải thiện đời sống của bệnh nhân. Với kết quả nghiên cứu lần này, thang điểm VAS đánh giá triệu chứng đau cũng như bệnh nhân tự đánh giá triệu chứng đau trong thang điểm Qualeffo – 41 đều có sự cải thiện rõ rệt, cho thấy thuốc Hôi Xuân Hoàn khi phối hợp với phương pháp điều trị của Y học hiện đại có

thể góp phần hỗ trợ cải thiện triệu chứng đau cũng như cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với các tác giả khác [5,6].

4.2. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Bảng 3.5 cho thấy không có sự khác biệt của chỉ số Mạch, huyết áp trước và sau điều trị với $p > 0,05$.

Theo bảng 3.6 cho thấy trong quá trình nghiên cứu không thấy xuất hiện tác dụng không mong muốn nào.

Như vậy, chứng tỏ thuốc an toàn, không có tác dụng phụ không mong muốn trên lâm sàng. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu trước đây của tác giả Trương Việt Quốc Bình và cộng sự [7]

V. KẾT LUẬN

1. Hồi xuân hoàn có tác dụng cải thiện các chứng trạng Thận dương hư trong điều trị Yêu thống (loãng xương). Sự khác biệt trước sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2. Thuốc không gây ảnh hưởng tới mạch và huyết áp và an toàn trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Ngọc Lan (2001)**, "Loãng xương", Bệnh học cơ xương khớp nội khoa dành cho bác sĩ và học viên sau đại học, Nhà xuất bản giáo dục Việt Nam, tr 274-285.
2. **BARCENILLA-WONG A L, CHEN J S, CROSS M J, et al (2015)** The Impact of Fracture Incidence on Health Related Quality of Life among Community-Based Postmenopausal Women [J]. J Osteoporos, 2015, 2015(717914).
3. **BISTROVIC I L, RONCEVIC-GRZETA I, CRNCEVIC-ORLIC Z, et al.(2012)**. Connection of depression and bone loss in perimenopausal and postmenopausal women [J]. Coll Antropol, 2012, 36(4): 1219-1223.
4. **FALCH J A, BENTZEN H, DAHL A A.(2003)** [Pain, functional level and emotional problems of women with osteoporosis and vertebral fractures] [J]. Tidsskr Nor Laegeforen, 2003, 123(23): 3355-3357.
5. **Phạm Hồng Huệ (2004)**, "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị loãng xương ở người lớn tuổi bằng Đường cốt hoàn", Luận án tiến sĩ Y học Học viện quân y.
6. **Nguyễn Thị Bay, Nguyễn Thị Hòa (2006)**, "Nghiên cứu tác dụng bài thuốc Lục vị và Độc hoạt tang kí sinh trong điều trị loãng xương sau mãn kinh", Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh.
7. **Trương Việt Bình, Trần Quán Anh, Đoàn Minh Thụy,(2010)**. "Nghiên cứu tính an toàn và hiệu quả của viên nang "Hồi xuân hoàn" trong điều trị bệnh nhân bị suy giảm tình trạng thể thận dương hư" Luận án tiến sĩ y học.

NGHIÊN CỨU TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN THÔNG KHÍ PHỔI Ở BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG TỤY SỐNG CÓ LIỆT TỤY

Nguyễn Thị Kim Liên*, Ngô Xuân Trường*

TÓM TẮT¹³

Nghiên cứu 35 bệnh nhân chấn thương cột sống có liệt tủy từ mức D12 trở lên đang được điều trị tại Trung tâm Phục hồi chức năng Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 09/2011 đến tháng 04/2012 nhằm xác định tình trạng và mức độ rối loạn thông khí phổi theo vị trí, mức độ tổn thương tủy sống ở bệnh nhân chấn thương cột sống có liệt tủy. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Ở tư thế ngồi, không có bệnh nhân nào có rối loạn thông khí tắc nghẽn. Bệnh nhân tổn thương tủy cổ và tủy ngực cao (từ D6 trở lên) có rối loạn thông khí hạn chế. Bệnh nhân tổn

thương tủy ngực thấp (D7-D12) không có rối loạn thông khí; bệnh nhân tổn thương tủy cổ cao (C4 trở lên) có rối loạn thông khí hạn chế mức độ vừa; bệnh nhân tổn thương tủy cổ thấp và ngực cao (C5-D6) có rối loạn thông khí mức độ nhẹ. Chức năng thông khí phổi ở bệnh nhân chấn thương tủy sống có liệt tủy không phụ thuộc vào mức độ tổn thương tủy sống mà phụ thuộc vào vị trí tổn thương tủy sống. **Kết luận:** Chức năng hô hấp có xu hướng càng giảm dần khi vị trí tổn thương tủy càng cao. Chức năng thông khí phổi của bệnh nhân chấn thương tủy sống có liệt tủy không phụ thuộc vào mức độ tổn thương mà phụ thuộc vào vị trí tổn thương tủy sống.

Từ khóa: tổn thương tủy sống, chức năng hô hấp, thông khí phổi.

SUMMARY

* Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Kim Liên

Email: lienrehab@yahoo.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

STUDY THE SITUATION OF THE VENTILATION PULMONARY IN SPINAL CORD INJURY PATIENTS

The research was conducted on 35 patients with spinal cord injury, who had paralyzed from D12 and above were treating at the Rehabilitation Center of Bach Mai Hospital from 09/2011 to 04/2012 to determine the situation and the level of pulmonary ventilation disorders by location and level of lesion in spinal cord injury patients. **Methods:** cross-sectional descriptive study. **Result:** In the sitting position, there were no patient with obstructive ventilatory disorders. The cervical spinal cord injury patients and high dorsal spinal cord injury (from D6 and above) with restrictive ventilatory disorders. Low dorsal spinal cord injury patients (D7-D12) has no ventilatory disorders; the patients, who had the cervical spinal cord injury (C4 or above) with restrictive ventilatory disorder were in moderate level; the patient, who had cervical spinal cord injury from C5 to D6 were in mild ventilatory disorders. The respiratory function of the patients who had cervical spinal cord injury was not depended on the injury level, but it was depended on the position injury of spinal cord injury patients. **Conclusions:** The higher injury location the lower of respiratory function was. Pulmonary ventilation was not depended on the injury level, but it was depended on the position injury of spinal cord injury patients.

Keywords: spinal cord injury, respiratory function, pulmonary ventilation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hô hấp là một hoạt động cơ bản đảm bảo chức năng sống của cơ thể. Biến chứng suy hô hấp là nguyên nhân phổ biến gây tử vong sau chấn thương tuỷ sống. Các biến chứng về hô hấp phụ thuộc vào vị trí tổn thương tuỷ sống, trong đó tổn thương vùng cổ gây ảnh hưởng nhiều nhất.

Trong các phương pháp thăm dò chức năng hô hấp, đo chức năng thông khí phổi (hay còn gọi là hô hấp ký) là một phương pháp có giá trị quan trọng với nhiều ưu điểm: đơn giản, máy móc không đắt tiền, kết quả đáng tin cậy. Từ các kết quả đó chọn lựa các kỹ thuật phục hồi chức năng, vật lý trị liệu thích hợp và có hiệu quả cho bệnh nhân [1]. Tuy nhiên ở Việt Nam cho đến nay có rất ít nghiên cứu về vấn đề này, chính vì thế nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục tiêu: *Xác định tình trạng và mức độ rối loạn thông khí phổi theo vị trí, mức độ tổn thương tuỷ sống ở bệnh nhân chấn thương cột sống có liệt tuỷ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: 35 bệnh nhân chấn thương cột sống có liệt tuỷ từ mức D12 trở lên đang được điều trị tại Trung tâm Phục hồi chức năng

Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 09/2011 đến tháng 04/2012.

- **Tiêu chuẩn chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán xác định chấn thương cột sống có liệt tuỷ ở mức D12 trở lên, bao gồm cả điều trị bảo tồn và điều trị phẫu thuật. Bệnh nhân đã ngồi được (để tiến hành đo chức năng hô hấp ở tư thế ngồi).

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Các trường hợp tổn thương tuỷ sống do các nguyên nhân khác; còn trong giai đoạn choáng tuỷ; có tổn thương phổi hợp chấn thương sọ não, nghiện ma túy, nghiện rượu, bệnh lý tâm thần có giảm hoặc mất tri giác; có nhiễm khuẩn hô hấp cấp hoặc có tiền sử bị bệnh hô hấp mạn tính trước khi bị chấn thương cột sống, bị gãy xương đòn, xương sườn.

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả, cắt ngang. Số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu được chuẩn bị trước gồm các thông tin: bệnh sử, khám lâm sàng. Đo chức năng thông khí phổi của bệnh nhân bằng máy đo dung tích phổi SPM 300 Cardiotouch 3000 ở tư thế ngồi.

Xác định các chỉ tiêu: thông tin hành chính; loại tai nạn; chiều cao bệnh nhân; vị trí tổn thương tuỷ: Nhóm I (tổn thương tuỷ cổ C1-C4); Nhóm II (tổn thương tuỷ cổ thấp và ngực cao C5-D6); Nhóm III (tổn thương tuỷ lưng thấp D7-D12); Mức độ tổn thương tuỷ theo ASIA; Mức độ liệt cơ hô hấp; Các chỉ số thông khí phổi (Dung tích sống thở mạnh (FVC, ml); Thể tích thở ra tối đa giây đầu tiên (FEV1, ml); Chỉ số Gaensler (FEV1/FVC, %). Dựa trên chiều cao bệnh nhân, tính giá trị lý thuyết chỉ số thông khí phổi; tính các giá trị % FEV1 và % FEV để đánh giá có hay không có rối loạn thông khí và mức độ rối loạn thông khí tắc nghẽn, mức độ rối loạn thông khí hạn chế [6].

3. Xử lý số liệu: theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 16.0.

4. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thiết kế đảm bảo vấn đề y đức trong nghiên cứu, không có bất kỳ can thiệp gì ảnh hưởng đến sức khoẻ và hiệu quả điều trị của người bệnh; mọi thông tin liên quan đến bệnh nhân được giữ kín, bệnh nhân và người nhà bệnh nhân được giải thích rõ ràng và đồng ý tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm bệnh nhân: Trong số 35 bệnh nhân nghiên cứu, phần lớn trong độ tuổi lao động (18-60), chiếm 91,4%, chỉ có 3 bệnh nhân

trên 60 tuổi, chiếm 8,6%. Tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 88,6% và chỉ có 11,4% nữ, hay tỷ lệ nam/nữ là 7,75/1.

Nguyên nhân dẫn đến tổn thương tuỷ sống chủ yếu là tai nạn giao (48,57%), tai nạn lao động (17,14%) và tai nạn sinh hoạt (34,29%).

Về vị trí tổn thương, có 2 bệnh nhân (5,71%) nhóm I, 19 bệnh nhân (54,29%) nhóm

II và 14 bệnh nhân (40,0%) nhóm III. Mức độ tổn thương tuỷ sống theo ASIA: mức A có 19 bệnh nhân (54,3%), mức B có 2 bệnh nhân (5,7%), mức C có 8 bệnh nhân (22,9%) và mức D có 6 bệnh nhân (17,1%). Không có bệnh nhân nào tổn thương ở mức E. Tỷ lệ bệnh nhân bị liệt cơ hoàn toàn chiếm 60% (21 bệnh nhân), liệt cơ không hoàn toàn 40% (14 bệnh nhân).

2. Các chỉ số chức năng thông khí phổi

- Phân loại theo vị trí tổn thương tuỷ

Bảng 3.1. Các chỉ số thông khí phổi theo vị trí tổn thương tuỷ

Nhóm	n	Chỉ số ($\bar{X} \pm SD$)		
		% FVC (%)	% FEV1 (%)	FEV1/FVC (%)
Nhóm I: Tổn thương tuỷ cổ cao	2	42,27	47,44	95,10
Nhóm II: Tổn thương tuỷ cổ thấp và ngực cao	19	57,34 $\pm$ 8,74**	57,59 $\pm$ 10,72	85,68 $\pm$ 11,39
Nhóm III: Tổn thương tuỷ ngực thấp	14	85,80 $\pm$ 11,58***	85,80 $\pm$ 13,57*	79,39 $\pm$ 11,60*

(Ghi chú: *: So với 70%, $P < 0,05$; **: So với 60%, $P > 0,05$; ***: so với 80%, $P > 0,05$).

Chỉ số % FVC, % FEV1 có xu hướng tăng dần khi vị trí tổn thương tuỷ thấp dần, hay vị trí tổn thương tuỷ càng cao, các chỉ số thông khí càng thấp.

Chỉ số FEV1/FVC (%) của nhóm II và nhóm III đều lớn hơn 70% ($p < 0,05$), cho thấy ở 2 nhóm này không có hội chứng tắc nghẽn.

Chỉ số % FVC ở nhóm II so với giá trị 60% không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,201$) cho thấy nhóm II có rối loạn thông

khí hạn chế ở mức độ nhẹ. Chỉ số % FVC ở nhóm III không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi so sánh với giá trị 80% ($p = 0,83$) nên nhóm III không có rối loạn thông khí.

Ở nhóm I, cả 2 bệnh nhân đều có chỉ số % FEV1/FVC $> 70\%$ (92,80% và 97,40%) nên không có bệnh nhân nào có hội chứng rối loạn thông khí tắc nghẽn. Cả 2 bệnh nhân đều có $40\% < \% FVC < 60\%$ (43,42% và 41,12%) cho thấy bệnh nhân có hội chứng rối loạn thông khí hạn chế mức độ vừa.

- Phân loại theo mức độ liệt cơ:

Bảng 3.2. Chỉ số thông khí phổi theo mức độ liệt cơ

STT	Nhóm	n	%FVC (%)	P
1	Liệt cơ hoàn toàn	21	71,72 $\pm$ 19,98	0,189
2	Liệt cơ không hoàn toàn	14	62,08 $\pm$ 13,24	

Chỉ số %FVC giữa 2 nhóm liệt cơ hoàn toàn và liệt cơ không hoàn toàn không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm bệnh nhân

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy tỉ lệ nam: nữ là 7,75:1, số bệnh nhân trong độ tuổi lao động là cao nhất (65,7%) và nguyên nhân gây ra chấn thương tuỷ sống chủ yếu là do tai nạn giao thông (48,6%). Đặc điểm này nằm trong tình hình dịch tễ chung của chấn thương tuỷ sống. Theo nhiều tác giả khác, tỉ lệ nam/ nữ là 3:1 hoặc 4:1, chủ yếu trong độ tuổi lao động, còn nguyên nhân thì mỗi tác giả lại có những thống kê khác nhau. Theo thống kê tình hình chấn thương tuỷ sống tại Hoa Kỳ năm 2010,

nguyên nhân gây chấn thương phổ biến nhất là tai nạn giao thông với tỷ lệ 36,5% các trường hợp [2].

Trong số những bệnh nhân tham gia nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 2 bệnh nhân tổn thương tuỷ cổ từ C4 trở lên (chiếm 5,71%). Thông thường tổn thương tuỷ cổ cao từ C4 trở lên thường gây ra tử vong cho bệnh nhân ngay sau tai nạn hoặc trên đường vận chuyển do liệt cơ hô hấp nên những bệnh nhân này gặp được tại Trung tâm Phục hồi chức năng là rất ít. 2 bệnh nhân trên trong nghiên cứu của chúng tôi cũng phải được hỗ trợ hô hấp trong quá trình

điều trị tại khoa cho đến khi tình trạng ổn định mới có thể tập luyện, đo chức năng hô hấp.

Cột sống dễ bị tổn thương ở những vị trí di động, đặc biệt khi vùng đó sát ngay với phần kém di động [3]. Ở cổ, cột sống cổ C5, C6, C7 là hay tổn thương nhất vì đây là đoạn di động ngay trên cột sống ngực được cố định vững chắc bởi khung xương sườn. Khi chấn thương cột sống thì hiếm khi gây tổn thương tuỷ cắt ngang mà tổn thương thường lan dọc lên một vài khoanh tuỷ so với vị trí nặng nhất. Mỗi đốt tuỷ lại cao hơn đốt tuỷ cùng tên. Như vậy thì mức tuỷ C5, C6 là hay tổn thương nhất. Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, đoạn tuỷ cổ C5, C6 chiếm 68,42% trong số những bệnh nhân tổn thương tuỷ cổ.

Cũng tương tự, đốt tuỷ D11, D12 tuy không tương ứng với cột sống lưng D11, D12 là đoạn chuyển tiếp giữa vùng cột sống lưng cố định và đoạn cột sống thắt lưng di động L1, L2 nhưng do đặc điểm vùng tổn thương thường lan dọc lên một vài khoanh tuỷ nên lại thường là mức tuỷ tổn thương hay gặp nhất. Trong nghiên cứu của chúng tôi, vị trí tổn thương đoạn tuỷ D11, D12 chiếm tỉ lệ khá lớn (60%) trong số bệnh nhân tổn thương tuỷ lưng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 60% tổn thương thần kinh ASIA-A và ASIA-B, 22,9% mức ASIA-C và chỉ 17,1% ASIA-D. Kết quả của chúng tôi cũng nằm trong tình hình dịch tễ chung. Nghiên cứu của Hu X và cộng sự trên 26 bệnh nhân chấn thương tuỷ sống tại cộng đồng sau 1 năm ra viện với mức độ ASIA-D chiếm tỷ lệ cao nhất 42,3%; ASIA-C (26,9%); ASIA-A (23,1%); ASIA-B (7,6%); không có bệnh nhân nào mức độ ASIA-E [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi không gặp bệnh nhân nào có mức tổn thương nào ASIA-E bởi đây là mức tổn thương chỉ gặp được khi đánh giá bệnh nhân ra viện. Mặt khác, ASIA-E là mức tổn thương nhẹ nên bệnh nhân thường điều trị ngoại trú. Vì vậy chúng tôi sẽ không đưa mức ASIA-E vào những nhận xét về chức năng hô hấp của nhóm liệt cơ không hoàn toàn.

2. Các thông số chức năng hô hấp

Chúng tôi nhận thấy trong tất cả các nhóm chỉ số FEV1/FVC đều > 70 % nên không có nhóm bệnh nhân nào có rối loạn thông khí tắc nghẽn. Nhóm tổn thương tuỷ cổ cao (C4 trở lên) và nhóm tổn thương tuỷ cổ thấp và ngực cao (C5-D6) có rối loạn thông khí hạn chế, nhóm tổn thương tuỷ ngực thấp (D7-D12) không có rối loạn thông khí.

Đốt tuỷ cổ cao (C4 trở lên) chi phối cho cơ hô hấp của động tác hít vào mà quan trọng nhất là cơ hoành. Đốt tuỷ cổ thấp và ngực cao (C5-D6) chi phối các cơ hô hấp cho động tác hít vào gắng sức: cơ liên sườn ngoài và các cơ hô hấp phụ khác (cơ ngực lớn, cơ lưng rộng, cơ răng cửa...). Còn các đốt tuỷ ngực thấp (D7-D12) chi phối cho động tác thở ra thông qua sự co các cơ bụng và cơ liên sườn trong ép các tạng trong bụng và cơ hoành lên trên, trong đó vai trò chính là của các cơ bụng. Mặt khác, khi đo chỉ số FVC và FEV1, bệnh nhân phải thực hiện bao gồm các động tác hít vào và thở ra gắng sức nên kết quả đo phụ thuộc vào cả các cơ hít vào và cơ thở ra. Khi tổn thương tuỷ sống, các cơ này bị liệt hoặc yếu khiến cho động tác hít vào và thở ra gắng sức bị hạn chế nên FVC và FEV1 sẽ bị giảm. Tuy nhiên, do FEV1 và FVC đồng thời cùng giảm nên chỉ số FEV1/FVC vẫn bình thường (>70%), trong khi đó FVC giảm nên bệnh nhân liệt tuỷ thường không có hội chứng rối loạn thông khí tắc nghẽn mà có hội chứng rối loạn thông khí hạn chế. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Chen (1990) trên 31 bệnh nhân cho thấy chỉ số FEV1/FVC là bình thường ở tất cả các bệnh nhân và rối loạn thông khí hạn chế là điển hình ở bệnh nhân tổn thương tuỷ sống [5].

Chúng tôi nhận thấy rằng chỉ số %FVC có xu hướng tăng dần khi vị trí tổn thương tuỷ thấp dần. Cụ thể hơn khi xét %FVC thấy ở nhóm tổn thương tuỷ cổ cao (C4 trở lên) có rối loạn thông khí hạn chế mức độ vừa, nhóm tổn thương tuỷ cổ thấp và ngực cao (C5-D6) có rối loạn thông khí hạn chế mức độ nhẹ, và nhóm tổn thương tuỷ ngực thấp (D7-D12) không có rối loạn thông khí. Như vậy, nghiên cứu này cho thấy chức năng hô hấp của bệnh nhân liệt tuỷ giảm dần khi vị trí tổn thương tuỷ càng cao.

Khi tổn thương tuỷ thường tuỷ sống ở một vị trí thì đường dẫn truyền thần kinh tại vị trí đó cũng bị gián đoạn, nên chức năng của các đốt tuỷ bên dưới mức tổn thương cũng bị ảnh hưởng, cho nên vị trí tổn thương tuỷ càng cao thì mức độ ảnh hưởng đến số lượng cơ tham gia hô hấp càng nhiều, dẫn đến chức năng hô hấp càng giảm. Nghiên cứu Baydur (2001) khi lập phương trình tương quan tuyến tính giữa FVC và mức tuỷ tổn thương cũng cho các kết quả tương tự: FVC càng tăng khi vị trí tổn thương càng thấp. Đồng thời cũng cho kết quả bắt đầu từ vùng tổn thương tuỷ ngực thấp %FVC có giá trị từ 80% trở lên nghĩa là bắt đầu từ mức tổn thương này thì không có rối loạn thông khí.

Chúng tôi đánh giá gián tiếp ảnh hưởng của mức độ tổn thương tuỷ sống tới chức năng hô hấp thông qua mức độ liệt cơ hô hấp của bệnh nhân. Từ nhận xét các nhóm bệnh nhân đều không có rối loạn thông khí tắc nghẽn như trên, chúng tôi tiến hành phân loại các bệnh nhân thành hai nhóm liệt cơ hoàn toàn và không hoàn toàn, sau đó so sánh chỉ số %FVC của 2 nhóm để tìm hiểu có sự khác biệt giữa chức năng hô hấp giữa hai nhóm này hay không. Không có sự khác biệt về chức năng thông khí phổi giữa hai nhóm tổn thương tuỷ liệt cơ hoàn toàn và tổn thương tuỷ liệt cơ không hoàn toàn ($p=0,189$). Linn (2000) và Baydur (2001) khi tiến hành các nghiên cứu chức năng hô hấp trên bệnh nhân liệt tuỷ so sánh giữa các nhóm này cũng cho kết quả tương tự [6], [7]. Như vậy, việc ảnh hưởng của liệt cơ hoàn toàn hay không hoàn toàn tới chức năng hô hấp khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Hay nói cách khác, chức năng hô hấp không phụ thuộc vào mức độ liệt tuỷ.

Từ kết quả nghiên cứu này, chúng tôi cho rằng vị trí tổn thương tuỷ có ý nghĩa quyết định đến chức năng hô hấp của bệnh nhân liệt tuỷ, đồng thời cần có thái độ quan tâm như nhau về phương diện hô hấp đối với những bệnh nhân liệt tuỷ ở bất kì mức độ nào.

Dù đã đạt được một số kết quả song nghiên cứu này còn hạn chế về số lượng bệnh nhân do thời gian có hạn và trong quá trình thực hiện chúng tôi gặp khó khăn vì có những lúc trực trực về máy móc thiết bị, nên cần có thêm những nghiên cứu với thời gian, số lượng bệnh nhân nhiều hơn, nhất là với nhóm tổn thương tuỷ cổ cao (C4 trở lên) để thấy rõ được mức độ ảnh hưởng của tổn thương tuỷ tới chức năng hô hấp.

V. KẾT LUẬN

Qua quá trình nghiên cứu chức năng hô hấp ở 35 bệnh nhân chấn thương tuỷ sống có liệt tuỷ, chúng tôi rút ra những kết luận sau:

- Ở tư thế ngồi, không có bệnh nhân nào có rối loạn thông khí tắc nghẽn. Bệnh nhân tổn thương tuỷ cổ và tuỷ ngực cao (từ D6 trở lên) có rối loạn thông khí hạn chế; bệnh nhân tổn thương tuỷ ngực thấp (D7-D12) không có rối loạn thông khí. Chức năng hô hấp có xu hướng giảm dần khi vị trí tổn thương tuỷ càng cao.

- Chức năng thông khí phổi của bệnh nhân chấn thương tuỷ sống có liệt tuỷ không phụ thuộc vào mức độ tổn thương mà phụ thuộc vào vị trí tổn thương tuỷ sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thị Tuyết Lan (2005). *Hô hấp ký (spirometry)*. Nhà xuất bản y học - chi nhánh thành phố, 7 - 45.
2. National Spinal Cord Injury Statistical Center (2014). Spinal cord injury Facts and figures at a glance. *J Spinal Cord Med*, 37(1), 117-118.
3. Hà Kim Trung (2001). Phẫu thuật bệnh lý cột sống. *Tạp chí ngoại khoa*, (số 3/2001), 13-19.
4. Hu X, Zhang X, Gosney J.E, et al (2012). Analysis of functional status, quality of life and community ontegration in earthquake survivors with spinal cord injury at hospital discharge and one-year follow-up in the community. *J Rehabil Med*, 44, 200-205.
5. Chen C. F., Lien I. N., and Wu M. C. (1990). Respiratory function in patients with spinal cord injuries: effects of posture. *Paraplegia*, 28 (2), pp. 81-6.
6. Linn WS, Adkins, et al (2000). Pulmonary function in chronic spinal cord injury: a cross-sectional survey of 222 Southern California adult outpatients. *Arch Phys Med Rehabil*, 81 (6), 757-63.
7. Baydur A, Adkins RH, et al (2001). Lung mechanics in individuals with spinal cord injury: effects of injury level and posture. *J Applied Physiology*, 90 (2), 405-411.

THỰC TRẠNG KỶ THỊ, TỰ KỶ THỊ CỦA NGƯỜI NHIỄM HIV VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI QUẢNG TRỊ NĂM 2015

Nguyễn Văn Tiến¹, Trần Thị Khuyên¹, Đỗ Văn Dung²,
Đào Thị Minh Hồng³, Phạm Thị Thu Huyền¹, Trương Diệu Thu¹

TÓM TẮT¹⁴

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Liên hiệp các Hội khoa học và kỹ thuật Ninh Bình

³Trung tâm y tế dự phòng tỉnh, tỉnh Quảng Trị

Chịu trách nhiệm chính:

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Nghiên cứu được tiến hành năm 2015 tại Quảng Trị nhằm mô tả thực trạng kỳ thị, tự kỳ thị của người nhiễm HIV và một số yếu tố liên quan. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, nghiên cứu định lượng kết hợp định tính được áp dụng. Thông tin về thực trạng kỳ thị, tự kỳ thị của người nhiễm HIV và một số yếu tố liên quan được thu thập thông qua phỏng vấn sâu, thảo luận nhóm và phỏng vấn tại phòng khám ngoại trú Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS. Kết quả cho thấy, có 33% người nhiễm HIV cho rằng họ bị kỳ thị, đối xử phân biệt. Đối tượng kỳ thị chủ yếu là người xã hội chiếm 82,4% và có 49,5 % người nhiễm HIV có mặc cảm với bản thân. Trong sự tự mặc cảm của người nhiễm HIV chiếm tỷ lệ cao nhất là xấu hổ (56,9%), thấp nhất là cảm thấy xứng đáng bị trừng phạt (2%), chiếm tỷ lệ khá cao là cảm giác tội lỗi (45,1%). Có 3 mối liên quan đến sự kỳ thị của người nhiễm HIV: tình trạng kinh tế, sức khỏe hiện tại và tác dụng phụ của thuốc.

Từ khóa: Kỳ thị, tự kỳ thị, người nhiễm HIV, Quảng Trị

SUMMARY

REALITY DISCRIMINATION, SELF-STIGMA OF HIV INFECTION AND SOME FACTORS RELATED AT QUANG TRI 2015

The study was conducted in 2015 in Quang Tri to describe the stigma and self-stigma of people with HIV and a number of factors described above. Cross-sectional descriptive study, combined quantitative research qualitative pressure true. Information on the status of discrimination and self-stigma of HIV and some related factors was collected through in-depth interviews, focus group discussions and interviews at outpatient clinics Center for HIV/AIDS. Results showed that 33% of people with HIV say they are stigmatized, discriminated against. Object discrimination mainly accounted for 82.4% of social and 49.5% of people infected with HIV may have feelings to yourself. In the self-stigma of HIV is the highest proportion of shame (56.9%), the lowest was felt deserved some punishment (2%), accounting for a high proportion of the guilt (45.1%). 3 relation to the discrimination of people living with HIV: the economic situation, the current health and side effects of the drug.

Keywords: stigma, self-stigma, people infected HIV, Quang Tri

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

HIV là một căn bệnh nguy hiểm đối với con người trên toàn thế giới, nhưng có HIV không đồng nghĩa với án tử hình, mà chính sự kỳ thị của cộng đồng mới khiến người có HIV tiến gần đến cái chết nhanh hơn. Ở Việt Nam hiện nay, việc phòng, chống HIV vẫn đang diễn tiến hết sức phức tạp và hiện trạng kỳ thị, phân biệt đối

xử đối với người có HIV vẫn còn tồn tại ở mức cao. Vì nhiều lý do, cộng đồng nhận thức chưa đầy đủ, dẫn đến việc có thái độ kỳ thị, hành vi phân biệt đối xử, khiến cho người có HIV mất đi niềm hi vọng vào cuộc sống, sinh ra những tâm lý tiêu cực, thậm chí là lối sống tiêu cực (cố tình lây bệnh cho người khác để "trả thù đời"), càng gây khó khăn hơn cho việc chữa trị cho người có HIV và cản trở công tác tuyên truyền, phòng chống HIV lây lan.

Hiện nay mặc dù tuổi thọ của người nhiễm HIV đã được kéo dài nhờ điều trị thuốc ARV nhưng HIV/AIDS vẫn đang là một gánh nặng ngày càng tăng đối với sức khỏe của người dân khi chưa có vắc xin phòng ngừa và thuốc điều trị đặc hiệu, làm ảnh hưởng đến các vấn đề kinh tế - xã hội cho các cá nhân, gia đình, cộng đồng và nhiều quốc gia trên thế giới, bởi vì HIV/AIDS ngày nay được coi là một căn bệnh mạn tính. Đối với một người sống chung với HIV/AIDS có nghĩa là phải đối phó với một loạt các triệu chứng liên quan đến HIV trong thời gian dài với các bệnh nhiễm trùng cơ hội do suy giảm miễn dịch, bên cạnh đó nhiều người trong số các bệnh nhân HIV phải đối diện với các vấn đề xã hội như sự kỳ thị, nghèo đói, trầm cảm có thể ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của họ không chỉ từ khía cạnh sức khỏe thể chất, mà còn cả về sức khỏe tâm thần và xã hội [4]. Đặc biệt là sự kỳ thị, phân biệt của xã hội với người nhiễm HIV/AIDS xảy ra từ trong gia đình đến ngoài cộng đồng xã hội, từ các cơ sở tư nhân đến các cơ sở của nhà nước... bởi nhận thức của cộng đồng, xã hội về căn bệnh này chưa thấu đáo. Kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV đã để lại hậu quả khá nặng nề cho bản thân người nhiễm, gia đình người nhiễm và cả xã hội. Kỳ thị và phân biệt đối xử đã gây khó khăn cho người nhiễm trong việc làm, tiếp cận dịch vụ y tế hay dịch vụ xét nghiệm HIV; khó khăn trong việc học hành và hoà nhập cộng đồng. Càng bị kỳ thị, người nhiễm HIV/AIDS càng cố tình che giấu tình trạng bệnh tật. Đây là một trong những nguyên nhân làm cho sự lây lan HIV âm thầm trong cộng đồng càng cao. Mặt khác, sự kỳ thị và phân biệt đối xử cũng làm cản trở sự tham gia của người nhiễm vào hoạt động phòng, chống HIV/AIDS. Do đặc điểm về mặt bệnh lý như vậy làm cho người nhiễm HIV khó khăn trong việc hòa nhập với cộng đồng, ảnh hưởng nghiêm trọng đến vai trò và vị trí của bệnh nhân trong xã hội dẫn đến

Ngày duyệt bài:

chất lượng sống của người nhiễm HIV thấp hơn so với những người mắc các bệnh mãn tính khác hầu hết các lĩnh vực.

Tại Việt Nam, nghiên cứu về tình trạng kỳ thị, tự kỳ thị và những yếu tố liên quan ở những người nhiễm HIV/AIDS chưa thực hiện được nhiều. Đặc biệt tại Quảng Trị chưa có một công trình nghiên cứu nào về tình trạng kỳ thị và tự kỳ thị ở bệnh nhân nhiễm HIV. Vì vậy tình trạng đó như thế nào? Họ cảm thấy như thế nào khi bị nhiễm HIV? Đang là câu hỏi của các nhà quản lý và sự quan tâm của cộng đồng. Do đó, nghiên cứu thực trạng kỳ thị, tự kỳ thị của người nhiễm HIV và một số yếu tố liên quan tại Quảng Trị năm 2015 được tiến hành với 2 mục tiêu như sau:

1. *Mô tả thực trạng kỳ thị và tự kỳ thị của người nhiễm HIV tại tỉnh Quảng Trị năm 2015.*

2. Xác định các yếu tố liên quan đến sự kỳ thị và tự kỳ thị của người nhiễm HIV tại tỉnh Quảng Trị năm 2015.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Địa bàn nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành tại phòng khám ngoại trú Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS và các phường, xã có người nhiễm HIV đang còn sống thuộc địa bàn tỉnh Quảng Trị mà họ chưa tham gia điều trị tại phòng khám Trung tâm.

2. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS từ 18 tuổi trở lên đang sinh sống tại Quảng Trị và có danh sách quản lý của Trung tâm phòng, chống HIV đến tháng 5 năm 2016.

3. Thời gian nghiên cứu: Thời gian nghiên cứu từ tháng 4/2015 – tháng 5/2016

4. Phương pháp nghiên cứu

4.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, nghiên cứu định lượng kết hợp định tính

4.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu:

* Đối với cỡ mẫu nghiên cứu định lượng

Đối tượng thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn lựa đều được đưa vào nghiên cứu, cỡ mẫu 103 người.

* Đối với cỡ mẫu nghiên cứu định tính

- Với thảo luận nhóm: Chọn mẫu thuận tiện có chủ đích cỡ mẫu 14 bệnh nhân. Chia thành 2 nhóm, mỗi nhóm từ 7 bệnh nhân.

- Với phỏng vấn sâu: Chọn chủ đích 5 bệnh nhân.

Chọn mẫu:

* Đối với nghiên cứu định lượng

- Lấy danh sách quản lý người nhiễm HIV.

- Các điều tra viên đến phòng khám ngoại trú Trung tâm phòng, chống HIV/AIDS để tiếp cận, sàng lọc lại các bệnh nhân và lựa chọn những người đủ tiêu chuẩn để mời vào nghiên cứu.

- Đối với những người không tham gia điều trị ngoại trú nhưng có trong danh sách quản lý của Trung tâm Phòng, chống HIV/AIDS thì điều tra viên sẽ cùng cán bộ trạm Y tế đến tận hộ gia đình để thu thập thông tin.

* Đối với nghiên cứu định tính: Lựa chọn mẫu dựa vào nằm trong mẫu nghiên cứu định lượng.

5. Phương pháp phân tích số liệu

Số liệu nhập bằng phần mềm Epi - Data 3.1 và xử lý bằng phần mềm SPSS 18.0

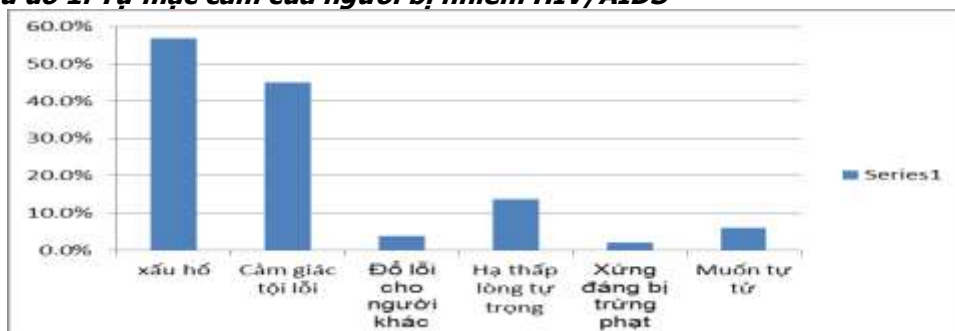
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tình trạng kỳ thị, tự kỳ thị của người nhiễm HIV

Bảng 3.1. Tình trạng kỳ thị, phân biệt đối xử và tự kỳ thị (n= 103)

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ %
Bị phân biệt đối xử		
Có	34	33,0
Không	69	67,0
Đối tượng kỳ thị phân biệt đối xử (n=34)		
Người trong gia đình	1	2,9
Xã hội	28	82,4
Cả hai đối tượng trên	5	14,7
Tự mặc cảm		
Có	51	49,5
Không	52	50,5

Qua bảng 3.1 nhận thấy, có 33% người nhiễm HIV cho rằng họ bị kỳ thị, đối xử phân biệt. Đối tượng kỳ thị chủ yếu là người xã hội chiếm 82,4% và có 49,5 % người nhiễm HIV có mặc cảm với bản thân.

Biểu đồ 1. Tự mặc cảm của người bị nhiễm HIV/AIDS

Qua biểu đồ trên nhận thấy, trong sự tự mặc cảm của người nhiễm HIV chiếm tỷ lệ cao nhất là xấu hổ (56,9%), thấp nhất là cảm thấy xứng đáng bị trừng phạt (2%), chiếm tỷ lệ khá cao là cảm giác tội lỗi (45,1%).

3.2. Những yếu tố liên quan đến sự kỳ thị và tự kỳ thị của người nhiễm HIV

Bảng 3.2. Những yếu tố liên quan trong mô hình hồi quy logistic với sự kỳ thị của người nhiễm HIV

Biến độc lập	OR (95%CI)	p
Điều kiện kinh tế		
Nghèo	1	0,01
Không nghèo	0,3 (0,1-0,8)	
Sức khỏe hiện tại		
Mệt mỏi	1	0,04
Bình thường	0,4 (0,1-0,9)	
Tác dụng phụ của thuốc		
Không	1	0,01
Có	5,0 (1,4-18,8)	

Qua bảng 3.2, kết quả phân tích hồi quy logistic cho thấy có 3 mối liên quan đến sự kỳ thị của người nhiễm HIV: những người có điều kiện kinh tế không nghèo có tỷ lệ kỳ thị bằng 0,3 lần những người có kinh tế nghèo (95% CI: 0,1-0,8); những người có sức khỏe hiện tại bình thường sự kỳ thị bằng 0,4 lần những người mệt mỏi (95% CI: 0,1-0,9); những người có tác dụng phụ của thuốc sự kỳ thị gấp 5 lần những người không có tác dụng phụ của thuốc (95% CI: 1,4-18,8), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$.

VI. BÀN LUẬN

4.1. Tình kỳ thị, tự kỳ thị của người nhiễm HIV

Sự kỳ thị, phân biệt của xã hội với người nhiễm HIV/AIDS xảy ra từ trong gia đình đến ngoài cộng đồng xã hội, từ các cơ sở tư nhân đến các cơ sở của nhà nước... bởi nhận thức của cộng đồng, xã hội về căn bệnh này chưa thấu đáo. Chính điều này đã làm giảm đi nguy cơ tiếp cận các dịch vụ dành cho người nhiễm HIV như y tế, giáo dục, việc làm[2]. Chính sự tự kỳ thị và

sợ bị kỳ thị mà mặc dù có hành vi nguy cơ cao mọi người vẫn e ngại việc xét nghiệm HIV. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 33% người nhiễm HIV cho rằng họ bị kỳ thị, đối xử phân biệt, đối tượng kỳ thị chủ yếu là người xã hội chiếm 82,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng gần với nghiên cứu của tác giả Đỗ Văn Dung tại Ninh Bình cho thấy, người nhiễm HIV/AIDS bị kỳ thị, phân biệt đối xử: tại cộng đồng là 33,7%; tại gia đình là 24,7%; tại cơ sở y tế là 13,0%; tại nơi làm việc là 16,0% và tại trường học là 15,6%[1]. HIV/AIDS là bệnh truyền nhiễm nguy hiểm dẫn đến chết người, trong khi chưa có thuốc điều trị đặc hiệu cũng như đến nay chưa có vắc xin phòng bệnh. Do thiếu hiểu biết hoặc hiểu biết không đúng, không đầy đủ về HIV/AIDS nhiều người vẫn cho rằng HIV/AIDS là bệnh rất dễ lây, kể cả qua tiếp xúc thông thường hoặc nhiều người lại cho rằng chỉ có những người tiêm chích ma túy hoặc người mua, bán dâm tức là những người cho là xấu xa mới bị nhiễm HIV/AIDS, họ coi HIV/AIDS là tệ nạn xã hội, nhiễm HIV là có tội, có lỗi. Do một thời gian dài việc truyền thông không đầy đủ

hoặc không phù hợp, truyền thông quá nhấn mạnh chú trọng đến đường lây truyền mà không giải thích rõ ràng, nhất là đường không lây của HIV. Chính việc tuyên truyền như vậy đã khiến mọi người sợ hãi, xa lánh và đó cũng là một trong các nguyên nhân dẫn đến kỳ thị và phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS. Đây là những yếu tố làm cho những người nhiễm HIV cảm thấy tự mặc cảm với bản thân. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có 49,5% người nhiễm HIV có mặc cảm với bản thân. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Đỗ Văn Dung [2], nghiên cứu này cho thấy, người nhiễm HIV/AIDS tự kỳ thị: tại cộng đồng là 37,3%; tại gia đình là 30,7%; tại cơ sở y tế là 18,8%; tại nơi làm việc là 16,3% và tại trường học là 8,8%.

Theo kết quả nghiên cứu định lượng tỷ lệ 33% người nhiễm HIV cho rằng họ bị kỳ thị, đối xử phân biệt nhưng qua thực tế tìm hiểu định tính thì tỷ lệ này có thể cao hơn vì những đối tượng chúng tôi phỏng vấn thì có nhiều trường hợp đang dấu tình trạng nhiễm HIV của mình nên chưa biết được gia đình hay xã hội có kỳ thị, đối xử phân biệt với mình hay không. Kết quả thảo luận nhóm cũng cho thấy sự kỳ thị đối xử với người nhiễm HIV vẫn đang còn diễn ra khắp nơi như: *"Em đưa con đi học nhìn về mặt các cô không muốn nhận con em, em đã đưa giấy xét nghiệm và nói nếu các cô không tin không bị nhiễm HIV thì các cô cứ đưa con em đi làm để kiểm tra và về mặt các cô nhìn em không muốn hòa nhập. Con em nhà trường vẫn chủ yếu cho ngồi riêng ở thư viện để học, Có nhiều thầy cô giáo không kỳ thị nhưng nhiều phụ huynh còn thắc mắc và không muốn cho con em học và nếu như được cộng đồng chấp nhận thì chúng tôi sẽ hòa nhập tốt"* (TLN có nghề nghiệp tự do và nhóm có điều kiện kinh tế nghèo và cận nghèo). Một ý khác của PVS: *"Nói thật lòng tui đã mắc căn bệnh này khá lâu rồi gia đình, bạn bè hàng xóm đều đồng viên và thông cảm cho tui nhưng một thành phần mà luôn đưa các thông tin không phù hợp làm tui cảm thấy khó sống đó là cán bộ y tế xã, đáng lý những người này họ phải hiểu biết hơn người dân chứ, PVS anh K nói với về mặt bức xúc, em vẫn đang dấu tình trạng của mình, chị biết đấy ở quê sự hiểu biết của họ về căn bệnh này vẫn còn hạn chế nên nếu biết em bị nhiễm HIV chắc họ sẽ kỳ thị em và gia đình em nhiều lắm, nên em xin phép không tham gia vào các hoạt động xã hội vì sợ họ biết, PVS anh B).*

4.2. Những yếu tố liên quan đến sự kỳ thị và tự kỳ thị của người nhiễm HIV/AIDS

Theo kết quả nghiên cứu, có 3 yếu tố ảnh hưởng đến sự kỳ thị của người nhiễm HIV: những người có điều kiện kinh tế nghèo có sự kỳ thị cao hơn những người không nghèo, những người có sức khỏe hiện tại bình thường có sự kỳ thị thấp hơn những người đang mệt mỏi, những người có tác dụng phụ của thuốc có sự kỳ thị cao hơn những người không có tác dụng phụ của thuốc.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, có sự khác biệt về sự kỳ thị giữa những nhóm có điều kiện kinh tế khác nhau, những người có điều kiện kinh tế không nghèo có tỷ lệ kỳ thị bằng 0,3 lần những người có kinh tế nghèo (95% CI: 0,1-0,8), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Khi không có công việc ổn định và thất nghiệp đồng nghĩa với việc không có thu nhập để trang trải cuộc sống, sống phụ thuộc vào gia đình hoặc người thân để duy trì cuộc sống hàng ngày, họ sẽ cảm thấy tự ti, mặc cảm làm cho chất lượng cuộc sống của họ không cao. Nếu như họ có việc làm việc làm ổn định và kiếm được thu nhập khá thì họ sẽ thoải mái hơn vì tự khẳng định được vị trí của mình. Những người nhiễm HIV/AIDS có tình trạng kinh tế khá giả sẽ có điều kiện chăm lo tốt hơn cho sức khỏe của mình, họ có thể chủ động tiếp cận và sử dụng dịch vụ y tế để duy trì sức khỏe của họ và nâng cao chất lượng cuộc sống, còn những người nhiễm HIV có tình trạng kinh tế nghèo thì bản thân họ cũng như gia đình họ phải tích cực lao động để khắc phục tình trạng kinh tế hiện tại và có thêm chi phí để chi trả cho các dịch vụ y tế và dịch vụ xã hội của họ.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, có sự khác biệt về sự kỳ thị giữa những người có tình trạng sức khỏe khác nhau, những người nhiễm HIV có sức khỏe hiện tại bình thường sự kỳ thị bằng 0,4 lần những người mệt mỏi (95% CI: 0.1-0.9), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy, những người có tác dụng phụ của thuốc sự kỳ thị gấp 5 lần những người không có tác dụng phụ của thuốc (95% CI: 1,4-18,8), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Trên thực tế những người có sức khỏe bình thường thì họ lao động và sinh hoạt bình thường, sự hòa nhập của họ nhiều hơn những người mệt mỏi nên họ ít mặc cảm hơn và những người xung quanh cũng khó nhận ra bệnh tình của họ. Còn

những người mệt mỏi hay có tác dụng phụ của thuốc họ thường ở nhà để dưỡng bệnh, nếu có đi làm cũng khó làm tốt công việc, khó hòa nhập với xung quanh hơn nên sự kỳ thị của họ cao hơn những người bình thường.

Để giải quyết được vấn đề kỳ thị, đối xử phân biệt người nhiễm HIV cần có sự chung tay của cả cộng đồng của gia đình và chính bản thân những người nhiễm HIV. Làm cho toàn xã hội nhận thức đúng đắn về căn bệnh này và giúp cho bản thân người nhiễm HIV hòa nhập vào cộng đồng, trở thành người có trách nhiệm, có đóng góp cho cộng đồng của mình.

V. KẾT LUẬN

Có 33% người nhiễm HIV cho rằng họ bị kỳ thị, đối xử phân biệt. Đối tượng kỳ thị chủ yếu là người xã hội chiếm 82,4% và có 49,5 % người nhiễm HIV có mặc cảm với bản thân.

Trong sự tự mặc cảm của người nhiễm HIV chiếm tỷ lệ cao nhất là xấu hổ (56,9%), thấp nhất là cảm thấy xứng đáng bị trừng phạt (2%), chiếm tỷ lệ khá cao là cảm giác tội lỗi (45,1%).

Có 3 mối liên quan đến sự kỳ thị của người nhiễm HIV: tình trạng kinh tế, sức khỏe hiện tại và tác dụng phụ của thuốc.

KHUYẾN NGHỊ

Thực trạng kỳ thị, phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS và sự tự kỳ thị của họ vẫn còn là vấn đề đáng phải quan tâm của người nhiễm HIV, gia đình, cộng đồng, xã hội và cả hệ thống chính trị. Do vậy, một trong những giải pháp quan trọng là chúng ta vẫn phải tiếp tục tăng cường, nâng cao hiệu quả công tác truyền thông thay đổi hành vi và tiếp tục duy trì các giải pháp giảm hại đối với công tác phòng, chống HIV/AIDS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Văn Dung, Vũ Thị Lan, (2016)** "Thực trạng kỳ thị, phân biệt đối xử với người nhiễm HIV/AIDS tại huyện Hoa Lư, Ninh Bình năm 2015". *Tạp chí Y học Việt Nam*, tr. 1.
2. **Lê Xuân Huy (2013)** *Nghiên cứu thực trạng kỳ thị và phân biệt đối xử đối với người nhiễm HIV/AIDS tại tỉnh Khánh Hòa năm 2013*, Tuyến tập công trình nghiên cứu khoa học 2011-2015, Viện Pasteur Nha Trang, tr. 69-75.
3. **Thủ tướng Chính phủ (2012)** *Chiến lược quốc gia Phòng, chống HIV/AIDS đến năm 2020 và tầm nhìn 2030*, Ban hành kèm theo Quyết định số 608/QĐ-TTg ngày 25 tháng 5 năm 2012 của Thủ tướng Chính phủ.
4. **Navya MA and Rashmi R Basavaraj KH. (2010)** "Quality of life in HIV/AIDS". 31 (2), pp. 75-80.
5. **Tran XB (2012)** "Quality of life outcomes of antiretroviral treatment for HIV/AIDS patients in Viet Nam". *Plos One*, 7 (e41062).

NGHIÊN CỨU TÌNH TRẠNG ĐỘT BIẾN GEN KRAS, NRAS VÀ BRAF Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG

Trần Huy Thịnh*

TÓM TẮT¹⁵

Liệu pháp điều trị trúng đích hứa hẹn là một liệu pháp điều trị mới, có hiệu quả cho các bệnh nhân ung thư đại trực tràng, tuy nhiên không phải tất cả bệnh nhân ung thư đều có đáp ứng tốt với thuốc điều trị đích. Trong nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành xác định đột biến gen KRAS, NRAS, BRAF và phân tích các dạng đột biến gen KRAS ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng. 98 bệnh nhân ung thư đại trực tràng được lựa

chọn vào nghiên cứu; DNA đã được tách chiết từ mẫu mô ung thư đại trực tràng được đúc trong paraffin, kỹ thuật giải trình tự gen đã được ứng dụng để xác định đột biến exon 2 gen KRAS, exon 2 gen NRAS và exon 15 gen BRAF. Kết quả đã phát hiện được 30,4% bệnh nhân có đột biến gen KRAS, 2,2% bệnh nhân có đột biến gen NRAS và 4,3% bệnh nhân có đột biến gen BRAF, chúng tôi không phát hiện được bệnh nhân nào có đột biến kết hợp. Nghiên cứu phát hiện được 6 dạng đột biến gen KRAS, trong đó đột biến G12D chiếm tỉ lệ cao nhất với 54%, đứng thứ 2 là đột biến G13D chiếm tỉ lệ 25%.

Từ khóa: Ung thư đại trực tràng; đột biến gen KRAS, NRAS.

SUMMARY

*Trường Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Trần Huy Thịnh
Email: huythinhda@yahoo.com
Ngày nhận bài:
Ngày phản biện khoa học:
Ngày duyệt bài:

MUTATION ANALYSIS OF KRAS, NRAS, BRAF GENE AND IDENTIFICATION OF KRAS MUTATION VARIANTS IN COLORECTAL CANCER

Activation of oncogenes downstream the EGFR gene contributes to colorectal tumor genesis and determines the sensitivity to anti-EGFR treatments. The aim of this study was to evaluate the impact of KRAS, NRAS and BRAF mutations as well as KRAS mutation variants in patients with colorectal cancer receiving first-line therapy. Method: A total of 98 patients with histologically-proven diagnosis of colorectal carcinoma were selected in this study. Genomic DNA was isolated from formalin-fixed, paraffin-embedded primary tumor tissue samples of CRC patients and screened for mutations in exon 2 of KRAS, exon 2 of NRAS gene and exon 15 of BRAF genes, using automated DNA sequencing method. Result: Overall, mutation rates were 30.4% for KRAS, 2.2% for NRAS, and 4.3% for BRAF. We did not find combined KRAS, NRAS and BRAF mutations. For KRAS mutation variants, we found 6 types of mutation in which G12D is highest mutation rate with 54%, following is G13D with 25%.

Keywords: Colorectal cancer; KRAS, NRAS, BRAF mutation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là bệnh ác tính có thể gặp ở mọi lứa tuổi và ở cả hai giới nam và nữ. Tại Việt Nam số người mắc UTĐTT có xu hướng ngày càng tăng, đứng hàng thứ năm ở cả hai giới sau ung thư phổi, dạ dày, gan và ung thư vú của nữ giới. UTĐTT là bệnh có thể phòng ngừa được thông qua các chương trình tầm soát phát hiện sớm nhằm loại bỏ các polyp hoặc khối u nhỏ. Biểu hiện lâm sàng của UTĐTT ở giai đoạn sớm không rõ ràng nên đa số người bệnh phát hiện bệnh ở giai đoạn muộn. Tỷ lệ người bệnh được chẩn đoán ở giai đoạn muộn và tỷ lệ tử vong cao cho thấy sự cần thiết của các biện pháp khám sàng lọc để phát hiện sớm và điều trị kịp thời [1]. Những phát hiện mới về cơ chế bệnh sinh ở mức độ phân tử cho thấy UTĐTT là kết quả sự tích lũy các đột biến gen của tế bào biểu mô niêm mạc [2]. Những đột biến gen làm suy giảm hoặc tăng cường quá mức các tín hiệu tế bào gây rối loạn các quá trình phát triển, phân chia, biệt hóa cũng như quá trình chết theo chương trình (apoptosis) của tế bào dẫn đến sự khởi phát và phát sinh ung thư. Rất nhiều các đột biến gen đã được phát hiện trong UTĐTT bao gồm: đột biến các gen gây ung thư, đột biến các gen ức chế khối u và đột biến các gen sửa chữa. Đột biến gen gây

ung thư KRAS, NRAS và BRAF đã được chứng minh gây kháng thuốc điều trị đích ở bệnh nhân UTĐTT. Đột biến gen KRAS được phát hiện từ 30% đến 50%, đột biến gen NRAS và BRAF được phát hiện từ 5% đến 15% các trường hợp UTĐTT [3-6]. Hiện nay, phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chính giúp loại bỏ khối u. Các loại hóa chất mới chống ung thư trong đó có hóa chất nhắm đích thụ thể EGFR góp phần cải thiện đáng kể tỷ lệ khỏi bệnh và kéo dài thời gian sống cho bệnh nhân UTĐTT. Tuy nhiên, thuốc điều trị đích thụ thể EGFR chỉ có hiệu quả cho những bệnh nhân không có đột biến gen KRAS, NRAS và gen BRAF. Từ đó, xác định tình trạng đột biến gen KRAS, NRAS và BRAF đã trở thành một chỉ định cần thiết trước khi điều trị thuốc nhắm đích EGFR cho người bệnh UTĐTT. Xuất phát từ thực tiễn đó, nghiên cứu "Xác định đột biến gen KRAS, NRAS, BRAF và phân tích các dạng đột biến gen KRAS trên bệnh nhân ung thư đại trực tràng" được thực hiện với mục tiêu sau: Xác định đột biến gen KRAS, NRAS và BRAF và phân tích các dạng đột biến gen KRAS ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

92 bệnh nhân ung thư đại trực tràng đến khám và điều trị tại bệnh viện K Trung ương và Trung tâm Ung bướu Bệnh viện Bạch Mai. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư đại trực tràng thể biểu mô tuyến bằng kết quả giải phẫu bệnh. Bệnh nhân không mắc bất kỳ một loại hình bệnh tật hay ung thư nào khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Kỹ thuật tách chiết DNA

DNA được tách chiết từ mẫu mô đúc paraffin của bệnh nhân theo qui trình phenol/chloroform sau khi đã lựa chọn được chính xác vùng tế bào ung thư. Trước khi tách chiết bằng phenol/chloroform, paraffin trong mô đúc được loại bỏ bằng xylen. Nồng độ và độ tinh sạch của DNA tách chiết được xác định trên máy Nano-Drop, những mẫu DNA đạt giá trị OD 280/OD260 $\geq 1,8$ được sử dụng để phân tích.

- Kỹ thuật giải trình tự gen

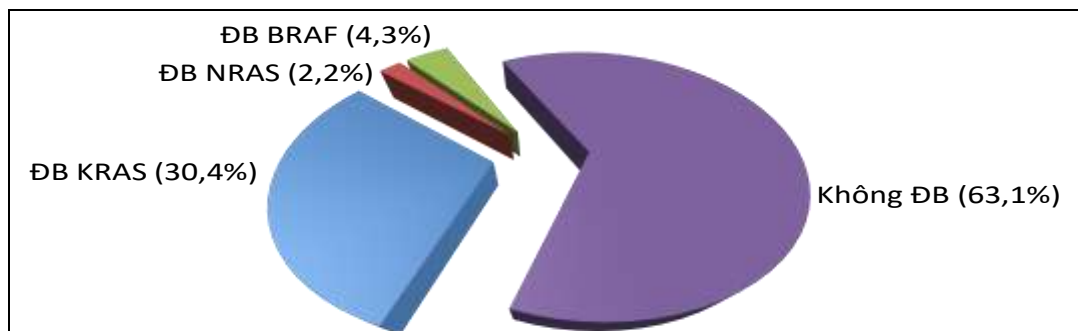
Khuyếch đại vùng codon 12, 13 của gen KRAS, exon 2 của gen NRAS và exon 15 của gen BRAF bằng kỹ thuật nested PCR, sản phẩm PCR được tinh sạch từ gel agarose, sử dụng Promega Wizard SV gel clean-up system (Promega, USA)

và sau đó được đưa vào giải trình tự bằng phương pháp BigDye terminator sequencing (*Applied Biosystems, Foster city, USA*). Trình tự gen được đối chiếu và so sánh với trình tự của gen KRAS (NG_007524), NRAS (NG_007572) và BRAF (NG_007873) trên GeneBank.

Phương pháp xử lý số liệu: Quản lý, phân tích thông tin và xử lý số liệu trên máy vi tính bằng phần mềm SPSS version 20.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Trong 92 bệnh nhân ung thư đại trực tràng được lựa chọn để thực hiện nghiên cứu, có 28/92 (30,4%) bệnh nhân mang đột biến gen KRAS và 2/92 (2,2%) bệnh nhân mang đột biến gen NRAS và 4/92 (4,3%) bệnh nhân mang đột biến BRAF. 63,1% bệnh nhân không phát hiện được đột biến và chúng tôi cũng không phát hiện thấy bệnh nhân nào có 3 đột biến kết hợp.



Hình 1. Tỷ lệ đột biến gen KRAS, BRAF và NRAS

Tỷ lệ đột biến gen KRAS trong các nghiên cứu đã được công bố rất khác nhau dao động từ 25-45% tùy từng kỹ thuật phân tích xác định đột biến. Nghiên cứu của Franklin W A và cộng sự thấy kỹ thuật Scorpions ARMS phát hiện được 43% số mẫu có đột biến gen KRAS trong khi kỹ thuật giải trình tự phát hiện được 36% số mẫu có đột biến gen KRAS [3]. Nghiên cứu của chúng tôi tương đương với một số tác giả khác như: nghiên cứu của Krol và cộng sự sử dụng kỹ thuật Scorpions ARMS cho thấy tần số đột biến gen KRAS phát hiện được là 33,9% hoặc Berg và cộng sự phát hiện đột biến gen KRAS chiếm 32% [4] [5]. Tuy nhiên, tỷ lệ đột biến gen KRAS trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn một số tác giả khác. Bằng kỹ thuật giải trình tự trực tiếp trên

204 mẫu ung thư đại trực tràng ở Ấn Độ, Bisht S phát hiện tỷ lệ đột biến của gen KRAS là 23,5%.

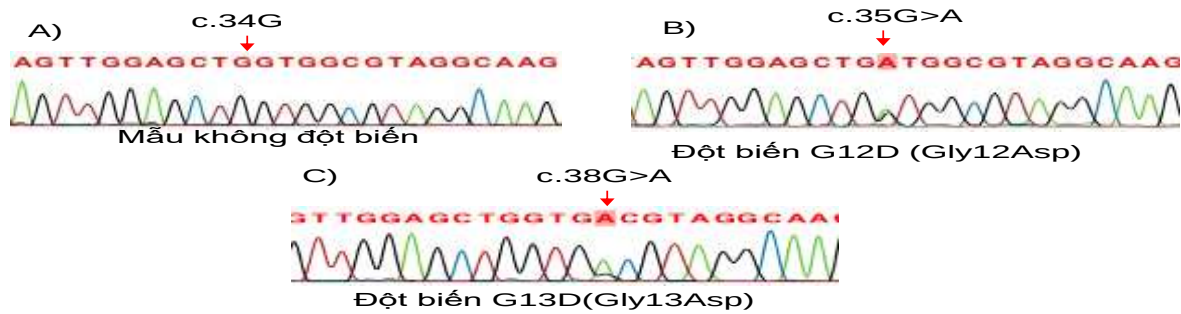
Theo các công bố trước đây tỷ lệ đột biến gen NRAS và BRAF thường thấp hơn rất nhiều so với gen KRAS [6]. Trong nghiên cứu này tỷ lệ đột biến gen NRAS và BRAF lần lượt là 2,2% và 4,3%, kết quả này cũng khá tương đồng với nghiên cứu của Kawazoe A khi nghiên cứu trên 264 bệnh nhân ung thư đại trực tràng, kết quả phát hiện được 34,1% bệnh nhân có đột biến gen KRAS, 4,2% bệnh nhân có đột biến gen NRAS và 5,4% bệnh nhân có đột biến gen BRAF [6].

Trong nghiên cứu này, khi phân tích các dạng đột biến gen KRAS, nghiên cứu phát hiện được 6 loại đột biến khác nhau (bảng 1).

Bảng 1. Tỷ lệ các dạng đột biến gen KRAS (n=28)

Loại đột biến	Codon	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ đột biến (%)
Gly12Ala (G12A)	codon 12	1	3,6
Gly12Cys (G12C)	codon 12	1	3,6
Gly12Asp (G12D)	codon 12	15	54
Gly12Ser (G12S)	codon 12	1	3,6
Gly12Val (G12V)	codon 12	3	10,2
Gly13Asp (G13D)	codon 13	7	25
Tổng số bệnh nhân		28	100

Nhận xét: Đột biến G12D chiếm tỉ lệ cao nhất với 15/28 (54%) đứng thứ 2 là đột biến G13D chiếm tỉ lệ 7/28 (25%); đứng thứ 3 là đột biến G12V chiếm tỉ lệ 3/28 (10,2%); các đột biến có tỷ lệ thấp hơn gồm: G12A; G12C; G12S mỗi loại chiếm tỉ lệ 3,6%. Đột biến gặp ở codon là chủ yếu với 75%, chỉ 25% gặp ở codon 13 (đột biến G13D).



Hình 2: Hình ảnh minh họa kết quả giải trình tự gen KRAS.

Hình ảnh giải trình tự gen của mẫu đối chứng không có đột biến (A); đột biến G12D (B); Đột biến G13D (C).
Nhận xét: Hình ảnh đại diện cho kết quả đột biến G12D tại exon 2 gen KRAS bằng kỹ thuật giải trình tự gen (B). So sánh trình tự DNA lành tính với DNA ung thư, tại vị trí nucleotid 35, exon 2: G bị biến đổi thành A, làm cho acid amin Glycin (G) tại codon 12 bị biến thành Aspartate (D), gây nên đột biến G12D.

Hình ảnh đại diện cho kết quả đột biến G13D tại exon 2 gen KRAS bằng kỹ thuật giải trình tự gen (C). So sánh trình tự DNA lành tính với DNA ung thư, tại vị trí nucleotid 38, exon 2: G bị biến đổi thành A, làm cho acid amin Glycin (G) tại codon 13 bị biến thành Aspartate (D), gây nên đột biến G13D.

Tỷ lệ về các dạng đột biến gen KRAS trong nghiên cứu của chúng tôi có khác biệt so với một số nghiên cứu trước đây. Kết quả nghiên cứu của Artale S và cộng sự cho thấy dạng đột biến G13D chiếm tỷ lệ 4/11 (36,4%) cao nhất trong các dạng đột biến gen KRAS, sự khác biệt này có thể do yếu tố chủng tộc [7], nghiên cứu của chúng tôi dạng đột biến G12D chiếm tỷ lệ cao nhất với 54%. Về tỷ lệ đột biến ở codon 12 và codon 13, nghiên cứu của chúng tôi gặp chủ yếu ở codon 12 chiếm tỉ lệ 75%, và chỉ chiếm 25% ở codon 13, kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Artale và cộng sự thấy đột biến codon 12 chiếm 63,6%, codon 13 chiếm 36,4% gen KRAS [7].

Trong nghiên cứu này, mặc dù tỷ lệ đột biến gen NRAS và BRAF thấp hơn nhiều so với đột biến gen KRAS nhưng hậu quả gây kháng thuốc điều trị đích trên lâm sàng của đột biến hai gen này tương tự nhau, vì vậy xác định đột biến cả 3 gen là cần thiết đối với mỗi bệnh nhân để bác sỹ có thể đưa ra được chỉ định điều trị chính xác nhất cho bệnh nhân.

IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu tiến hành xác định đột biến gen KRAS, NRAS và BRAF trên 92 bệnh nhân ung thư

Đã phát hiện được 30,4% bệnh nhân có đột biến gen KRAS, 2,2% bệnh nhân có đột biến gen NRAS và 4,3% bệnh nhân có đột biến gen BRAF, chúng tôi không phát hiện được bệnh nhân nào có đột biến kết hợp.

Nghiên cứu phát hiện được 6 dạng đột biến gen KRAS, trong đó đột biến G12D chiếm tỉ lệ cao nhất với 54%, đứng thứ 2 là đột biến G13D chiếm tỉ lệ 25%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hiếu N.V. (2007).** Chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư, NXB Y học; Hà Nội, 223-236.
2. **Jimeno A., W.A. Messersmith, F.R. Hirsch, et al. (2009).** KRAS mutations and sensitivity to epidermal growth factor receptor inhibitors in colorectal cancer: practical application of patient selection. *J Clin Oncol*, 7, 27, 1130-6.
3. **Franklin W.A., J. Haney, M. Sugita, et al. (2010).** KRAS mutation: comparison of testing methods and tissue sampling techniques in colon cancer. *J Mol Diagn*, 1, 12, 43-50.
4. **Krol L.C., N.A. T Hart, N. Methorst, et al. (2012).** Concordance in KRAS and BRAF mutations in endoscopic biopsy samples and resection specimens of colorectal adenocarcinoma. *Eur J Cancer*, 7, 48, 1108-15.
5. **Berg M., S.A. Danielsen, T. Ahlquist, et al. (2010).** DNA sequence profiles of the colorectal cancer critical gene set KRAS-BRAF-PIK3CA-PTEN-TP53 related to age at disease onset. *PLoS One*, 11, 5, 13978.
6. **Kawazoe A, Shitara K, Fukuoka S, Yoshino T (2015).** A retrospective observational study of clinicopathological features of KRAS, NRAS, BRAF and PIK3CA mutations in Japanese patients with metastatic colorectal cancer. *BMC Cancer*, 15, 258.
7. **Artale S., A. Sartore-Bianchi, S.M. Veronese, et al. (2008).** Mutations of KRAS and BRAF in primary and matched metastatic sites of colorectal cancer. *J Clin Oncol*, 25, 26, 4217-4219.

ẢNH HƯỞNG CỦA TÌNH TRẠNG MẤT RĂNG ĐẾN CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG NGƯỜI CAO TUỔI QUẬN CẦU GIẤY, HÀ NỘI NĂM 2015

Nguyễn Xuân Thực*, Vũ Thị Hoa**, Lộc Thị Thanh Hiền**

TÓM TẮT¹⁶

Mục tiêu: Nhận xét ảnh hưởng của tình trạng mất răng đến chất lượng cuộc sống của người cao tuổi. Đối tượng và phương pháp: Một điều tra cắt ngang được triển khai trên 160 người trên 60 tuổi tại hai phường Mai Dịch và Trung Hòa, quận Cầu Giấy Hà Nội để đánh giá sự ảnh hưởng của tình trạng mất răng đến chất lượng cuộc sống của NCT. Đối tượng nghiên cứu được phỏng vấn trực tiếp thông qua bộ câu hỏi OHIP-14, mỗi câu có 5 đáp án: chưa bao giờ, hiếm khi, thỉnh thoảng, thường xuyên, rất thường xuyên; và ghi nhận theo thang điểm tương ứng từ 0 đến 4. **Kết quả:** Với bộ câu hỏi OHIP-14, câu trả lời "chưa bao giờ" được lựa chọn nhiều nhất, trong khi, câu trả lời ít nhất là "rất thường xuyên". Trong 7 lĩnh vực của OHIP-14, cảm giác đau là lĩnh vực có điểm số trung bình cao nhất với $2,0 \pm 2,1$, sau đó là lĩnh vực hạn chế chức năng ăn nhai (điểm TB $1,0 \pm 1,5$). Ngược lại, hạn chế giao tiếp xã hội là yếu tố ít ảnh hưởng đến CLCS nhất (điểm TB $0,4 \pm 1,0$). Tình trạng mất răng ảnh hưởng đến CLCS nhiều hơn tình trạng không mất răng. Những NCT bị mất răng có trình độ học vấn dưới THPT, CLCS kém hơn những người bị mất răng có trình độ từ THPT trở lên. CLCS ở những NCT bị mất răng có nghề nghiệp chính trước đây là công chức hay viên chức tốt hơn so với những người trước đây là nông dân hay ngành nghề khác. **Kết luận:** Mất răng đã làm giảm chất lượng cuộc sống của NCT, nên điều trị và phòng bệnh sâu răng ở NCT là điều cần thiết. Những người có trình độ học vấn tốt, có thu nhập cao thì chất lượng cuộc sống cũng cao hơn so với những đối tượng khác, do đó việc truyền thông nâng cao kiến thức chăm sóc răng miệng đối với NCT cũng cần được triển khai rộng.

Từ khóa: NCT, chất lượng cuộc sống, tình trạng mất răng.

SUMMARY

THE EFFECT OF EDENTULOUS CONDITION TO QUALITY OF LIFE OF THE ELDERLY IN CAU GIAY DISTRICT, HANOI 2015

Objectives: to review the effect of edentulous condition to the elderly's quality of life. **Subjects and**

methods: a cross-sectional study was conducted on 160 people over 60 years old in two wards Mai Dich and Trung Hoa, Cau Giay district Hanoi to evaluate the effect of edentulous condition to the elderly's quality of life. The subjects were interviewed directly by OHIP-14 questionnaire, each question having 5 answers: never, rare, sometimes, regular and so often with corresponding marking scheme from 0 to 4. **Results:** with OHIP-14 questionnaire, the answer "never" was taken the most, while the least was the answer "so often". Within 7 fields of OHIP-14, feeling of pain was the field accounted the highest mean with 2.0 ± 2.1 , then the field of limited ability to eat (mean 1.0 ± 1.5). Otherwise, limited ability to social communication was the factor that gave the least effect to quality of life (mean 0.4 ± 1.0). Edentulous condition effected quality of life more than non-missing teeth condition. Quality of life of edentulous elderly with under high school level was less than the one with high school level and over. Quality of life of edentulous elderly having main occupation in the past as civil service and official was better than the other with main occupation as farmer or other profession in the past. **Conclusions:** edentulism was reduced the elderly's quality of life, so that dental caries treatment and prevention is necessary. People with good knowledge and high income had higher quality of life than the other, therefore communications to raise the knowledge of dental care for the elderly need to broaden.

Key words: the elderly, quality of life, edentulous condition.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dân số Thế giới ngày càng già hóa, số lượng và tuổi thọ của người cao tuổi (NCT) ngày càng lên cao. Chất lượng cuộc sống NCT đã trở thành mối quan tâm đối với nền y tế quốc gia. Khi tuổi tác tăng lên, chức năng các cơ quan trong cơ thể cũng ngày càng suy giảm. Tỷ lệ NCT mắc các bệnh cũng nhiều hơn so với các độ tuổi khác. Theo nghiên cứu của Viện Chính sách và Chiến lược Y tế tiến hành tại 3 tỉnh ở Việt Nam năm 2007, có 70% người cao tuổi mắc triệu chứng hay bệnh mạn tính, trong đó 42% bị đau khớp, 28% tăng huyết áp, đau lưng chiếm 21%, các bệnh về mắt chiếm tỷ lệ 25%, và bệnh không nhiễm trùng xảy ra chủ yếu ở người cao tuổi [1].

Sức khỏe răng miệng đóng góp một phần quan trọng vào sức khỏe chung của cá nhân và cộng đồng. Đây không chỉ là mối quan tâm dành

*Bệnh viện Bạch Mai

**Trường ĐHY Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Thực

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

cho lứa tuổi học đường mà còn là mối quan tâm ở người cao tuổi. Kết quả của cuộc điều tra sức khỏe răng miệng trên toàn quốc tiến hành năm 2002 cho thấy, số răng mất của người trên 45 tuổi là 6,6 cao gấp 3 lần so với số răng sâu [2]. Cũng theo Phạm Văn Việt, mất răng ở người cao tuổi Hà Nội chiếm tỷ lệ tương đối cao, 91,1% [3]. Mất răng trực tiếp làm giảm khả năng ăn nhai của người cao tuổi và gián tiếp làm ảnh hưởng tới cuộc sống của người cao tuổi.

Với tình trạng trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá chất lượng cuộc sống của NCT khi bị sâu răng với mục tiêu: **"Nhận xét ảnh hưởng của tình trạng mất răng đến chất lượng cuộc sống của người cao tuổi tại quận Cầu Giấy, Hà Nội"**.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1.1. Địa bàn nghiên cứu: phường Mai Dịch và phường Trung Hòa - Cầu Giấy- Hà Nội

2.1.2. Đối tượng nghiên cứu:

Các đối tượng không phân biệt giới tính, có độ tuổi từ 60 tuổi trở lên, đang sinh sống tại quận Cầu Giấy, thành phố Hà Nội

2.1.3. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 10/2014 đến tháng 05/2015.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu mô tả điều tra cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu: 160 người.

Chọn mẫu theo phương pháp ngẫu nhiên đơn lấy 2 phường Mai Dịch và Trung Hòa, lập danh sách NCT ở 2 phường này. Mỗi phường lấy 80 NCT cũng theo cách chọn mẫu ngẫu nhiên đơn "cổng liên cổng", đến khi đạt được cỡ mẫu theo yêu cầu của nghiên cứu.

2.2.3. Tiến hành nghiên cứu.

Đối tượng nghiên cứu được phỏng vấn trực tiếp thông qua bộ câu hỏi OHIP-14 của tác giả Slade (1997) [4] để đánh giá mức độ ảnh hưởng của mất răng đến chất lượng cuộc sống của NCT. Bộ câu hỏi OHIP-14, mỗi câu có 5 đáp án: chưa bao giờ, hiếm khi, thỉnh thoảng, thường xuyên, rất thường xuyên; và đánh giá theo thang điểm tương ứng từ 0 đến 4.

2.2.3. Phương pháp xử lý số liệu

Xử lý số liệu bằng phương pháp toán thống kê y học và các test thống kê y học với mức ý nghĩa thống kê được xác định khi $p < 0,05$

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu.

Nghiên cứu được chúng tôi tiến hành trên 160 người từ 60 trở lên với độ tuổi trung bình là 70. Tỷ lệ nữ (71,3%) cao hơn gấp 2,5 lần so với tỷ lệ nam (28,8%). Số người trong các độ tuổi 60 - 64, 65 - 74, ≥ 75 là tương đương nhau, lần lượt chiếm 31,88%, 36,88% và 31,25%. Đa số, NCT làm nông dân và các nghề khác như công nhân, nội trợ, buôn bán... (65,6%), tỷ lệ NCT trước đây là công chức, viên chức chiếm 34,4%.

Theo kết quả điều tra, tỷ lệ NCT có trình độ từ THPT trở lên tương đối cao (66,3%), tỷ lệ NCT có trình độ dưới THPT lại khá thấp (33,8%). Phần lớn, NCT đều ý thức được việc chải răng ít nhất 2 lần/ ngày (74,4%), song chủ yếu vẫn là thói quen không chải răng hoặc chỉ chải răng ngang, phương pháp chải răng này chiếm 69,4%.

3.2 Ảnh hưởng của tình trạng mất răng đến chất lượng cuộc sống của người cao tuổi.

Bảng 3.1. Tỷ lệ trả lời trước các vấn đề được nêu trong OHIP-14 của NCT

Vấn đề	Chưa bao giờ		Hiếm khi		Thỉnh thoảng		Thường xuyên		Rất thường xuyên	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Câu 1	135	84,4	10	6,2	11	6,9	3	1,9	1	0,6
Câu 2	97	60,6	23	14,4	30	19,0	10	6,3	0	0,0
Câu 3	78	48,8	29	18,1	38	24,0	14	8,8	1	0,6
Câu 4	72	45,0	29	18,1	35	21,9	20	12,5	4	2,5
Câu 5	118	73,7	21	13,1	14	8,8	5	3,1	2	1,3
Câu 6	122	76,3	20	12,5	13	8,1	5	3,1	0	0,0
Câu 7	110	68,7	17	10,6	23	14,4	8	5,0	2	1,3
Câu 8	122	76,2	14	8,8	18	11,3	5	3,1	1	0,6
Câu 9	128	80,0	19	11,9	11	6,9	2	1,2	0	0,0
Câu 10	135	84,4	17	10,6	7	4,4	1	0,6	0	0,0

Câu 11	140	87,5	11	6,8	7	4,4	2	1,3	0	0,0
Câu 12	136	85,0	14	8,7	8	5,0	2	1,3	0	0,0
Câu 13	106	66,3	27	16,9	25	16,0	2	1,3	0	0,0
Câu 14	145	90,6	11	6,9	3	1,9	1	0,6	0	0,0

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy, trong 5 câu trả lời: chưa bao giờ, hiếm khi, thỉnh thoảng, thường xuyên, rất thường xuyên, câu trả lời được lựa chọn nhiều nhất là "chưa bao giờ". Sau đó đến "hiếm khi" và "thỉnh thoảng", "rất thường xuyên" là đáp án được ít người lựa chọn nhất.

Bảng 3.2. Điểm trung bình bảy lĩnh vực CLCS của NCT

Lĩnh vực	Điểm TB ($\bar{X}$)	$\pm \Delta$	Min	Max
Ảnh hưởng cơ năng	1,0	1,4	0	6
Cảm giác đau	2,0	2,1	0	8
Tâm lý không thoải mái	0,8	1,4	0	7
Hạn chế chức năng ăn nhai	1,0	1,5	0	7
Hạn chế tâm lý	0,5	1,0	0	6
Hạn chế giao tiếp xã hội	0,4	1,0	0	6
Bất lợi về chức năng và tâm lý	0,6	1,0	0	6

Nhận xét: Theo kết quả của nghiên cứu: Cảm giác đau là lĩnh vực có điểm số trung bình cao nhất với $2,0 \pm 2,1$, theo sau đó là lĩnh vực hạn chế chức năng ăn nhai (điểm TB $1,0 \pm 1,5$). Ngược lại, hạn chế giao tiếp xã hội là yếu tố ít ảnh hưởng đến CLCS nhất (điểm TB $0,4 \pm 1,0$).

Bảng 3.3. Ảnh hưởng của tình trạng mất răng đến CLCS của NCT

		Mất răng ($\bar{X} \pm \Delta$)	Không mất ($\bar{X} \pm \Delta$)
Điểm TB CLCS	Ảnh hưởng cơ năng	$1,0 \pm 0,1$	$0,6 \pm 0,1$
	Cảm giác đau	$2,2 \pm 0,2$	$1,5 \pm 0,3$
	Tâm lý không thoải mái	$0,8 \pm 0,1$	$0,8 \pm 0,3$
	Hạn chế chức năng ăn nhai	$1,1 \pm 0,1$	$0,5 \pm 0,2$
	Hạn chế tâm lý	$0,6 \pm 0,1$	$0,3 \pm 0,1$
	Hạn chế giao tiếp xã hội	$0,5 \pm 0,1$	$0,2 \pm 0,1$
	Bất lợi về chức năng và tâm lý	$0,7 \pm 0,1$	$0,2 \pm 0,1$
	Chung	$0,5 \pm 0,0$	$0,3 \pm 0,1$

Nhận xét: Kết quả cho thấy, điểm TB CLCS ở người mất răng cao hơn so với những người không mất răng ở tất cả các lĩnh vực. Điểm cao nhất là lĩnh vực cảm giác đau ($2,2 \pm 0,2$) và thấp nhất là hạn chế giao tiếp xã hội ($0,5 \pm 0,1$).

Điểm TB CLCS tất cả các lĩnh vực ở những người mất răng là $0,5 \pm 0,0$ cao hơn so với những người không mất răng (điểm TB $0,3 \pm 0,1$). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ ($p = 0,03$) (*T-test*).

Bảng 3.4. Ảnh hưởng của học vấn và nghề nghiệp đến CLCS của NCT bị mất răng ở quận Cầu Giấy, Hà Nội

		Điểm TB ($\bar{X}$)	$\pm \Delta$	p-value
Trình độ học vấn	Dưới THPT	0,6	0,5	0,13
	Từ THPT trở lên	0,5	0,6	
Nghề nghiệp chính trước đây	Nông dân và khác	0,6	0,6	0,01
	Công chức/Viên chức	0,4	0,3	

(*T-test cho 2 nhóm độc lập*).

Nhận xét: Từ bảng trên ta thấy, điểm TB CLCS của những NCT bị mất răng có trình độ học vấn dưới THPT ($0,6 \pm 0,5$) cao hơn so với những người có học vấn từ THPT trở lên ($0,5 \pm 0,6$), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Đồng thời, điểm TB CLCS của những NCT trước đây

làm nông dân hay ngành nghề khác bị mất răng ($0,6 \pm 0,6$) cao hơn so với những NCT mất răng là công chức, viên chức về hưu ($0,4 \pm 0,3$). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. *Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.*

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 160 người NCT, tại hai phường Mai Dịch và Trung Hòa của quận Cầu Giấy, thành phố Hà Nội, trong đó số lượng NCT nữ là 114 chiếm 71,2%, nam là 46 chiếm 28,8%. Phương pháp nghiên cứu mà chúng tôi lựa chọn là phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên đơn (cổng liên cổng), NCT nữ thường ở nhà buôn bán, trông cháu, nội trợ, trong khi đó NCT nam lại thích hội họp bạn bè, chơi thể thao, hay vắng mặt ở nhà, điều này có thể giải thích lý do vì sao tỷ lệ nữ trong nghiên cứu cao hơn tỷ lệ nam.

Hiện tại trên thế giới có nhiều tranh cãi về việc phân độ tuổi cho người già trên 60 tuổi. Một số nghiên cứu chia làm 3 nhóm tuổi là 55 - 65, 65 - 75 và hơn 75, một số nghiên cứu khác chia làm 4 nhóm là 60 - 64, 65 - 69, 70 - 74 và hơn 75 tuổi, tuy nhiên, không có tài liệu nào khẳng định độ chính xác của các phân loại này. Trong phạm vi đề tài, chúng tôi chia người cao tuổi thành 3 nhóm như sau: Nhóm 1: Những đối tượng có độ tuổi từ 60 - 64 tuổi. Nhóm 2: Những đối tượng có độ tuổi từ 65 - 74 tuổi. Nhóm 3: Những đối tượng trên 75 tuổi.

Cách phân loại trên nhằm mục đích so sánh tình trạng răng miệng giữa nhóm ở giai đoạn bắt đầu của tuổi già (60 - 64), với nhóm được WHO đánh giá là đại diện cho tuổi già (65 - 74) và nhóm ở giai đoạn sau của tuổi già (trên 75 tuổi) [5]. Phân loại này cũng được Trương Mạnh Dũng và Đỗ Huy Dương áp dụng trong nghiên cứu của mình. Theo cách phân loại này, tỷ lệ giữa ba độ tuổi này là tương đương nhau, điều này tạo điều kiện thuận lợi khi so sánh các tiêu chí giữa các nhóm tuổi.

Đa số các đối tượng tham gia nghiên cứu đều có trình độ học vấn từ THPT trở lên, do vậy, khả năng tiếp thu, nhận thức kiến thức cũng như kỹ năng thực hành của các đối tượng trong nghiên cứu tốt hơn. Tuy nhiên, NCT làm nghề nông và các nghề khác như công nhân, nội trợ, thủ công... lại là chủ yếu. Hầu hết NCT đều thực hiện chải răng ít nhất 2 lần/ngày (74,4%), song thói quen chỉ chải răng ngang vẫn phổ biến (chiếm 69,4%). Khi hỏi một số đối tượng, mặc

dù họ biết chỉ chải răng ngang là không tốt, nhưng hành vi này không thay đổi được, họ thấy gặp khó khăn trong việc chải dọc.

4.2. *Ảnh hưởng của tình trạng mất răng đến chất lượng cuộc sống của người cao tuổi.*

Chất lượng cuộc sống cho NCT ngày càng được quan tâm nhiều hơn khi tỷ lệ NCT đang tiếp tục gia tăng trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Nghiên cứu chúng tôi sử dụng bảng câu hỏi OHIP-14, dành riêng cho nha khoa để đánh giá CLCS cũng như ảnh hưởng của tình trạng mất răng đến CLCS của NCT. OHIP-14 là bộ rút gọn của OHIP-49 được Slade đưa ra năm 1997. Bộ câu hỏi gồm 14 câu hỏi, tương ứng với 7 lĩnh vực: Ảnh hưởng cơ năng, cảm giác đau, tâm lý không thoải mái, hạn chế chức năng ăn nhai, hạn chế tâm lý, hạn chế giao tiếp xã hội, bất lợi chức năng tâm lý. Các câu hỏi được trả lời bằng tần suất gây khó chịu với 5 mức độ, tương ứng với các mã: 0: Chưa bao giờ, 1: Hiếm khi, 2: thỉnh thoảng, 3: Thường xuyên, 4: Rất thường xuyên [4]. Chúng tôi đã tiến hành phỏng vấn 160 NCT tham gia nghiên cứu bằng bộ câu hỏi OHIP -14. Theo bảng 3.1, đa số NCT của nhóm nghiên cứu đều trả lời chưa bao giờ khi được hỏi về ảnh hưởng vấn đề răng miệng lên cuộc sống hay cảm giác hằng ngày, câu trả lời rất thường xuyên được lựa chọn ít nhất.

Bảng 3.2 thể hiện điểm trung bình bảy lĩnh vực CLCS của nhóm nghiên cứu. Theo bảng này, cảm giác đau là lĩnh vực có số điểm trung bình cao nhất ($2,04 \pm 2,08$), sau đó là hạn chế chức năng ăn nhai ($1,03 \pm 1,58$), và yếu tố ít bị ảnh hưởng đến CLCS nhất là hạn chế giao tiếp xã hội ($0,42 \pm 1,07$). Kết quả này tương tự với kết quả của Wang NJ và Dahl KE tiến hành năm 2011 tại Na Uy năm 2011 trên đối tượng là những người có độ tuổi từ 68 - 77 [6]. Điều này có thể được giải thích: đau là cảm giác liên quan trực tiếp đến thể xác và tinh thần, được cảm nhận một cách rõ rệt nhất, được quan tâm hàng đầu và thường gây lo lắng, khó chịu cho con người; hạn chế giao tiếp ít bị ảnh hưởng, có thể do mất răng chủ yếu là các răng hàm, mất răng cửa có thể ở nhóm đối tượng đã nhiều tuổi, họ không quan tâm đến vấn đề thẩm mỹ, họ cũng cho rằng mất răng ở lứa tuổi này là bình thường.

Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi, những NCT bị mất răng có điểm trung bình CLCS của từng lĩnh vực cũng như cho tất cả các lĩnh vực cao hơn so với những người không bị mất răng (Bảng 3.3). Điều này tương đương với kết quả nghiên cứu của Wang NJ và Dahl KE tiến hành năm 2011 ở Na Uy [6] và Sumaiya khi nghiên cứu về CLCS của NCT tại Bangladesh năm 2010 [7]. Nghiên cứu chỉ ra, điểm trung bình CLCS ở những người còn nhiều răng thấp hơn ở những người còn ít răng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Như vậy, tình trạng mất răng ảnh hưởng nhiều đến CLCS của NCT hơn tình trạng không mất, đặc biệt là cảm giác đau, gây khó chịu cho NCT.

Đánh giá sâu hơn CLCS của những người mất răng có trình độ học vấn hay nghề nghiệp khác nhau, chúng tôi có được kết quả như bảng 3.4. Điểm TB CLCS của những người mất răng có trình độ học vấn dưới THPT cao hơn so với những người mất răng có trình độ học vấn từ THPT trở lên. Điều này có thể được giải thích do: sự hiểu biết và trình độ học vấn kém, chăm sóc SKRM không được quan tâm, các vấn đề răng miệng của cá nhân không được kiểm soát tốt, gây ảnh hưởng đến cuộc sống thường ngày, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Đồng thời, theo kết quả thu được trong bảng 3.4, những NCT bị mất răng với nghề nghiệp chính trước đây là công chức hay viên chức, CLCS ít bị ảnh hưởng hơn những người trước đây làm nông dân hay ngành nghề khác. Với sự phát triển của thời đại, đi làm ở nhà nước, giúp họ tiếp cận dễ dàng và nhanh chóng với nền nha khoa hiện đại, có nhiều điều kiện để quan tâm hơn đến SKRM của bản thân, do vậy, các vấn đề về răng miệng được ngăn ngừa và kiểm soát tốt hơn, CLCS cũng được cải thiện phần nào. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

III. KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi có một số kết luận sau:

- Bộ câu hỏi OHIP-14, mỗi câu có 5 đáp án: Chưa bao giờ, hiếm khi, thỉnh thoảng, thường xuyên, rất thường xuyên, câu trả lời "chưa bao giờ" được lựa chọn nhiều nhất, trong khi, câu trả lời ít nhất là "rất thường xuyên".
- Trong 7 lĩnh vực của OHIP-14, cảm giác đau là lĩnh vực có điểm số trung bình cao nhất

với $2,0 \pm 2,1$, sau đó là lĩnh vực hạn chế chức năng ăn nhai (điểm TB $1,0 \pm 1,5$). Ngược lại, hạn chế giao tiếp xã hội là yếu tố ít ảnh hưởng đến CLCS nhất (điểm TB $0,4 \pm 1,0$).

- Tình trạng mất răng ảnh hưởng đến CLCS nhiều hơn tình trạng không mất răng.

- Những NCT bị mất răng có trình độ học vấn dưới THPT, CLCS kém hơn những người bị mất răng có trình độ từ THPT trở lên. CLCS ở những NCT bị mất răng có nghề nghiệp chính trước đây là công chức hay viên chức, tốt hơn so với những người trước đây là nông dân hay ngành nghề khác.

KIẾN NGHỊ

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi có một số khuyến nghị sau:

- Nâng cao sức khỏe răng miệng bằng cách tuyên truyền, hướng dẫn cho người cao tuổi cách chăm sóc sức khỏe răng miệng: Vệ sinh răng miệng đúng cách, khám răng định kỳ...
- Cần tiến hành những nghiên cứu tiếp theo với quy mô lớn hơn, để có tầm nhìn sâu sắc hơn về sự ảnh hưởng của sức khỏe răng miệng nói chung và tình trạng mất răng nói riêng đến chất lượng cuộc sống của người cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thị Mai Oanh, Đàm Việt Cường, Dương Huy Lương và Khương Anh Tuấn (2007)**, Một số phát hiện chính của nghiên cứu đánh giá tình hình chăm sóc sức khỏe cho người cao tuổi ở Việt Nam, *Viện Chiến lược và Chính sách Y tế*.
2. **Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ân và Trịnh Đình Hải (2002)**, Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc, *Nhà xuất bản Y học, Hà Nội*, 12-18.
3. **Phạm Văn Việt (2004)**, Nghiên cứu tình trạng, nhu cầu chăm sóc sức khỏe răng miệng và đánh giá kết quả hai năm thực hiện nội dung chăm sóc răng miệng ban đầu ở người cao tuổi tại Hà Nội, *Luận văn tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội*.
4. **Slade GD. (1997)**, Derivation and validation of a short-form oral health impact profile, *Community Dent Oral Epidemiol*, 25(4), 284-290.
5. **Petersen PE và các cộng sự (2010)**, Global oral health of older people – Call for public health action, *Community Dent Health*, 27, 257-268.
6. **Wang NJ Dahl KE, Holst D, Ohm K (2011)**, Oral health-related quality of life among adults 68-77 years old in Nord-Trøndelag, Norway, *Int J Dent Hyg*, 9(1), 87-92.
7. **Sumaiya Zabin Eusufzai (2011)**, A study of teeth status and oral health related quality of life among elderly in Purbagram village, Narayanganj district, Bangladesh, *Mahidol University, Thailand*.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH CỦA BỆNH NHÂN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG L4L5 TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC NĂM 2015

Nguyễn Lê Bảo Tiến*, Đinh Ngọc Sơn*, Võ Văn Thanh*

TÓM TẮT¹⁷

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của thoát vị đĩa đệm CSTL L4L5.

Phương pháp: Nghiên cứu tiền cứu mô tả lâm sàng.

Kết quả: 100% bệnh nhân có triệu chứng đau lan kiểu rễ, 100% bệnh nhân có nghiệm pháp Lasegue (+) trong đó có 82,5% bệnh nhân có Dejesine (+), Lasegue chéo gặp ở 47,5% trường hợp. Trong nghiên cứu không có bệnh nhân nào mất vững CSTL trước phẫu thuật, có 1 trường hợp có gãy eo được phát hiện trước phẫu thuật (2,5%). Trên phim cộng hưởng từ: Về thể thoát vị, chủ yếu gặp thoát vị thể dưới khớp 65%. Về mức độ thoát vị, bong đĩa đệm hay gặp nhất với 85%. Về mức độ thoái hóa đĩa đệm, thoái hóa đĩa độ 3 chiếm 50%, độ 4 chiếm 37,5%, độ 2 chiếm 12,5%, không gặp thoái hóa đĩa độ 1 và độ 5 nào.

Kết luận: Hình ảnh thoát vị đĩa đệm trên phim cộng hưởng từ rất quan trọng giúp chúng ta đánh giá đúng vị trí và thể thoát vị giúp cho phẫu thuật viên đưa ra chiến lược phẫu thuật hợp lý và xác định điểm vào phù hợp.

Từ khóa: lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh, thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng.

SUMMARY

CLINICAL AND IMAGING CHARACTERISTICS OF THE HERNIATED DISC OF THE LUMBAR SPINE AT THE VIETNAMESE GERMAN HOSPITAL IN 2015

Objective: To describe clinical features and imaging of the herniated disc of the lumbar spine L4 L5. **Method:** A prospective study of the clinical description. **Results:** 100% of patients with symptoms of pain spreading roots style, 100% of patients have the legal experience Lasegue (+) of which 82.5% had Dejesine (+), 47.5% Lasegue cross met at school box. In the study patients without lumbar spine instability before surgery, 1 case of fracture was discovered waist before surgery (2.5%). On MRI: About possible hernia, hernias can primarily seen below joints 65%. On the degree of herniation, disc flaking most common, with 85%. On the degree

of disc degeneration, disc degeneration accounts for 50% grade 3, grade 4 accounted for 37.5%, accounting for 12.5% grade 2, not having degenerative disc 1 and Level 5 the public.

Conclusion: The image on the movie disc herniation MRI is important in helping us to appreciate the hernia position and can help surgeons make reasonable surgical strategy and determine appropriate points.

Keywords: clinical, *diagnostic imaging*, *disk herniation of the lumbar spine*.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm là sự dịch chuyển tổ chức đĩa đệm vượt quá giới hạn giải phẫu sinh lý của vòng xơ. Khối thoát vị có thể là: nhân nhày, sụn, bản xương sụn thậm chí cả vòng xơ đĩa đệm. Bệnh thường gặp ở tuổi 30 - 50 gây ảnh hưởng tới người lao động. Ở Mỹ, theo A.Touftexia mỗi năm có 31 triệu người đau lưng trong đó có 2 triệu người phải nghỉ việc. Theo Nguyễn Thị Ngọc Lan, đau thần kinh tọa chiếm 11,2% số bệnh nhân vào điều trị tại khoa cơ - xương - khớp Bệnh viện Bạch Mai (1991-2000), đứng thứ 2 sau viêm khớp dạng thấp [1].

Điều trị thoát vị đĩa đệm CSTL từ trước đến nay chủ yếu là điều trị nội và điều trị phẫu thuật. Điều trị phẫu thuật được đặt ra khi thoát vị đã vỡ chèn ép vào rễ thần kinh gây triệu chứng đau tương ứng và những trường hợp có thoát vị điều trị nội khoa sau 3 tháng không có kết quả. Trong điều trị phẫu thuật, mổ mở có bề dày lịch sử và được áp dụng nhiều nhất, tuy nhiên mổ mở có nhiều hạn chế như đường mổ dài, tổn thương phần mềm lớn, mất máu nhiều, có thể gây mất vững cột sống, vì vậy mà tại các nước phát triển phẫu thuật mổ mở chỉ còn áp dụng trong những trường hợp thoát vị đã vỡ, thể thoát vị ở vị trí khó hoặc thoát vị kèm theo mất vững cột sống, hẹp ống sống, hội chứng đuôi ngựa. Trong khi đó phẫu thuật nội soi qua lỗ liên hợp lấy nhân thoát vị trong thoát vị đĩa đệm đường vào là đường bên qua lỗ liên hợp, hầu như không làm thương tổn đến giải phẫu của cột sống, và sẹo sơ dính rất ít vì đường mổ nhỏ khoảng 0,7 cm, bệnh nhân chỉ cần tê tại chỗ, trong quá trình phẫu thuật bệnh nhân tỉnh hoàn toàn do đó phẫu

*Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lê Bảo Tiến

Email: drtienvnspine@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

thuật viên có thể đánh giá ngay được hiệu quả của phẫu thuật, người bệnh chỉ phải nằm viện 1-2 ngày và có thể tham gia các hoạt động xã hội trong vòng 4 tuần. Trên thế giới phẫu thuật nội soi qua lỗ liên hợp lấy nhân thoát vị được ứng dụng rộng rãi tại các nước phát triển như Mỹ, Nhật, Đức... Tại Việt Nam phẫu thuật nội soi qua lỗ liên hợp lấy nhân thoát vị được ứng dụng đầu tiên tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2007, và đầu năm 2008 tại bệnh viện Việt Đức đã triển khai thường quy. Từ năm 2007 đến nay cũng có nhiều công trình nghiên cứu liên quan đến thoát vị đĩa đệm CSTL nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá riêng nào về thoát vị đĩa đệm CSTL L4L5 để đưa ra phương thức phẫu thuật phù hợp. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: "*Mô tả đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của thoát vị đĩa đệm CSTL L4L5*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 40 bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị đĩa đệm L4L5 có chỉ định phẫu thuật và được phẫu thuật bằng phương pháp NS qua LLH từ 3/2014 đến 1/4/2015

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu mô tả lâm sàng.

2.3. Thu thập số liệu: Số liệu được thu thập vào bệnh án đã được xây dựng sẵn. Bệnh nhân được theo dõi và đánh giá kết quả trong quá trình điều trị tại bệnh viện Việt Đức. Khám lại bệnh nhân sau khi kết thúc nghiên cứu.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu được nhập và phân tích theo phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.9. Hình ảnh X-Quang CSTL

Các triệu chứng	Số lượng	Tỉ lệ
Mất đường cong CSTL	22	55%
Hẹp khe LTD	18	45%
Không mất vững CSTL	40	100%
Gãy eo CSTL	1	3,8%

100% bệnh nhân trong nghiên cứu được cho chụp X-Quang CSTL thẳng nghiêng trước phẫu thuật, có 55% bệnh nhân có mất đường cong sinh lý CSTL, triệu chứng hẹp khe LTD trước phẫu thuật gặp 45% số bệnh nhân, 1 bệnh nhân gãy eo chiếm tỉ lệ 3,8% và không gặp bệnh nhân nào có mất vững CSTL.

Hình ảnh cộng hưởng từ CSTL

Thế thoát vị đĩa đệm trên phim cộng hưởng từ lát cắt ngang

Biểu đồ 1. Thế thoát vị trên phim CHT cắt ngang

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong 40 bệnh nhân được nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $43,79 \pm 13,09$, tuổi thấp nhất là 18, tuổi cao nhất là 64 tuổi. Tuổi từ 30-60 tuổi gặp nhiều nhất với 75%, trên 60 tuổi gặp 7.5%. Từ 18- 30 tuổi gặp 17,5%. Tỉ lệ nam/ nữ là 1,85/1. Tỉ lệ bị bệnh của nhóm lao động nặng/ nhóm lao động nhẹ là 1.67/1.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Lượng giá mức độ hạn chế vận động CSTL theo thang điểm ODI thấy 100% bệnh nhân ảnh hưởng đến chức năng cột sống trong đó có 10% số bệnh nhân mất chức năng CSTL và điểm ODI trung bình trước phẫu thuật là $66 \pm 9,67$ điểm.

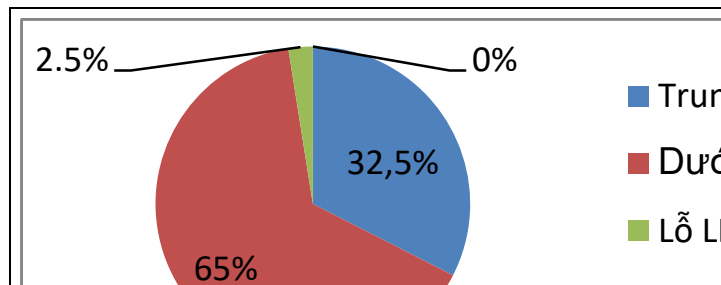
Trong nhóm nghiên cứu 100% bệnh nhân đến vì triệu chứng đau lan xuống chân kiểu rễ. Trong số đó có 0% bệnh nhân đau kiểu rễ L4 và 90% bệnh nhân có đau kiểu rễ L5 và 10% đau kiểu rễ S1.

Trong nhóm nghiên cứu 100% bệnh nhân được khám có triệu chứng Lasegue (+), Lasegue chéo có 47,5% bệnh nhân (+) và 82,5% bệnh nhân có triệu chứng Dejesine (+), Điểm đau Valleix có 22% bệnh nhân (+). Có 67,5 % bệnh nhân có rối loạn cảm giác. Không có trường hợp nào có rối loạn vận động. Trong số 47,5% bệnh nhân có Lasegue chéo (+) có 100% bệnh nhân có Vas chân trên 7 điểm, và có 100% bệnh nhân có dấu hiệu Dejesine (+).

Như vậy triệu chứng Lasegue là dấu hiệu rõ nhất để chuẩn đoán về mặt lâm sàng bệnh nhân có thoát vị đĩa đệm CSTL và triệu chứng Lasegue chéo đánh giá mức độ đau của bệnh nhân.

3.3. Đặc điểm chẩn đoán hình ảnh

Hình ảnh X – Quang CSTL



Trong nhóm nghiên cứu thoát vị thể dưới khớp gặp nhiều nhất với 65% thể ngoài lồng liên hợp (LLH) không gặp trường hợp nào và thể trung tâm là 32,5% và thể LLH là 2,5%.

Mức độ thoát vị đĩa đệm

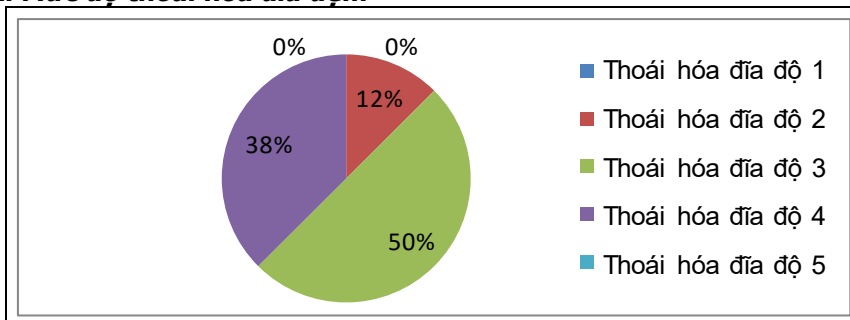
Bảng 3.11. Mức độ thoát vị đĩa đệm

	Số lượng	Tỷ lệ
Bong đĩa đệm	35	87,2%
Khôi tự do	0	0%
Khôi di trú	5	12,5%
Tổng	40	100

Trong nhóm nghiên cứu bong đĩa đệm gặp nhiều nhất với tỉ lệ 87,5% , tỉ lệ thoát vị di trú là 12,5% , và không gặp thoát vị khôi tự do. Trong số 5 bệnh nhân có thoát vị di trú thì 100% là di trú gần ở vị trí Zone 3.

Phân bố thoát vị theo mức độ thoái hóa đĩa đệm

Biểu đồ 2. Mức độ thoái hóa đĩa đệm



Trong nhóm nghiên cứu thoát hóa đĩa độ 3 gặp 50% số bệnh nhân, thoái hóa đĩa độ 4 gặp 37,5% và thoái hóa đĩa độ 2 gặp 12,5% độ 1 và độ 5 không gặp trường hợp nào.

IV. BÀN LUẬN

4.2. Đặc điểm lâm sàng

Người bệnh thường đến bệnh viện với triệu chứng đau CSTL lan xuống chân theo đường đi của rễ TK (đau kiểu rễ TK). Trong nghiên cứu chúng tôi có kết quả 100% bệnh nhân có triệu chứng đau kiểu rễ thần kinh. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả đau CSTL gặp ở 87,5%.

Theo Peng và Yeo [2], một trong những nguyên nhân chủ yếu là gây đau lưng do tổn thương đĩa đệm. Khi bao xơ chưa rách hoàn toàn, áp lực nội đĩa tăng cao tác động vào chỗ bao xơ bị rách , bị tổn thương do vi chấn thương sẽ tác động lên thụ thể cảm giác vùng bao xơ gây nên triệu chứng đau lưng. Khi thoát vị đã vỡ ra khỏi bao thì áp lực nội đĩa giảm nhanh và đau lưng vì thể cũng giảm. Bên cạnh đó, khi xuất

hiện triệu chứng chèn ép rễ cũng làm giảm bớt sự chú ý của bệnh nhân về đau lưng. Việc giảm chức năng cột sống được thể hiện rõ ở bảng ODI trước mổ. Về mức độ giảm chức năng cột sống điểm ODI trung bình trước phẫu thuật là 66 ± 9.57 là mức cần phải can thiệp.

Triệu chứng kinh điển trong thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng là đau kiểu rễ chi phối và kèm theo là vùng rối loạn cảm giác của rễ đó. Khi khối thoát vị chèn ép nhiều có thể gây liệt vận động. Tuy nhiên, qua các nghiên cứu trên thực nghiệm và trên người cho thấy, nếu chỉ cơ chế chèn ép đơn thuần sẽ chỉ tạo ra triệu chứng rối loạn cảm giác và rối loạn vận động, trong khi đó hiện tượng đau vùng rễ chi phối là do cơ chế viêm tạo ra. Các nghiên cứu gần đây cho thấy vai trò của các yếu tố cytokines, prostaglandin

E2, interleukin-6 trong nhân nhày của đĩa, khi vỗ sẽ kích thích, viêm rễ. Hiện tượng này giải thích tại sao có những trường hợp rất đau chân nhưng hình ảnh cộng hưởng từ thoát vị lại nhỏ, và không gây rối loạn vận động cũng như cảm giác. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả 100% bệnh nhân có nghiệm pháp Lasegue (+) và có đau kiểu rễ TK, bệnh nhân được lượng hóa mức độ đau theo thang điểm VAS, 47,5% bệnh nhân có nghiệm pháp Lasegue chéo (+), 82,5% bệnh nhân có dấu hiệu Dejesine (+) và 30% bệnh nhân có ấn điểm đau Valleix (+), trong đó có 67,5% bệnh nhân có triệu chứng tê bì vùng da do rễ TK chi phối. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của Vũ Quang Bích [3], Võ Xuân Sơn [4]. Trong nghiên cứu gặp 90% bệnh nhân có triệu chứng đau rễ L5, điều này được giải thích do thoát vị trong nghiên cứu thường gặp là thể dưới khớp, khi đó thoát vị chỉ chèn ép vào 1 rễ TK và vị trí thoát vị ở đĩa L4L5 cũng tương ứng với đường ra của rễ L5, 10% số bệnh nhân đau kiểu rễ S1 là do thoát vị trung tâm, nên khi đó thoát vị sẽ chèn ép vào vị trí của rễ S1.

4.2. Đặc điểm về chẩn đoán hình ảnh

Hình ảnh X – quang: Trong nghiên cứu 100% bệnh nhân được chụp X-Quang CSTL thẳng nghiêng và cúi ưỡn, không có bệnh nhân nào có mất vững cột sống, có 22 bệnh nhân có mất đường cong sinh lý cột sống chiếm 55%. Nghiên cứu có 26 bệnh nhân được chụp X-Quang CSTL chếch $\frac{3}{4}$ trong đó gặp 1 bệnh nhân có gãy eo chiếm 3,8%. Trong những trường hợp có gãy eo CS kèm theo thoát vị và không có dấu hiệu mất vững thì phẫu thuật nội soi qua LLH được lựa chọn, vì ít tổn thương cấu trúc giải phẫu của bệnh nhân, không gây mất vững CSTL.

Chụp cộng hưởng từ: Trong nghiên cứu 100% chụp cộng hưởng từ CSTL trong đó thể thoát vị dưới khớp là gặp nhiều nhất 26 bệnh nhân chiếm 65 %. Nghiên cứu cho thấy bong đĩa đệm gặp nhiều nhất với 35 bệnh nhân chiếm 87,5%, sau đó đến di trú gặp 5 bệnh nhân chiếm 12,5% . Lồi đĩa đệm và khối tự do không gặp trường hợp nào. Nghiên cứu của tác giả khác cho kết quả như sau, nghiên cứu của Trần Trung (2008) trên 100 bệnh nhân cho thấy thoát vị mức độ bong đĩa đệm gặp 41,7% lồi đĩa đệm gặp 33,8%. Nghiên cứu của cho biết lồi đĩa đệm và tự do không gặp trường hợp nào, bong đĩa đệm gặp 93,8%, di trú gặp 6,3%.

Hình ảnh thoát vị đĩa đệm trên phim cộng hưởng từ rất quan trọng giúp chúng ta đánh giá đúng vị trí và thể thoát vị giúp cho phẫu thuật

viên đưa ra chiến lược phẫu thuật hợp lý và xác định điểm vào phù hợp

Mức độ thoái hóa đĩa đệm trên phim cộng hưởng từ: Trên lát cắt dọc cộng hưởng từ trong nghiên cứu có 20 bệnh nhân thoái hóa đĩa độ 3 chiếm 50%, 15 bệnh nhân thoái hóa đĩa độ 4 chiếm 37,5%, 5 bệnh nhân thoái hóa đĩa độ 2 chiếm 12,5% và 0 có bệnh nhân nào thoái hóa đĩa độ 1 và độ 5. Trong đó thoái hóa đĩa độ 2 và độ 3 khi đó nhân nhày còn nhiều nước chiều cao đĩa đệm không bị giảm.

V. KẾT LUẬN

Thoát vị đĩa đệm L4L5 thường gặp ở tuổi 30 – 60 tuổi với 75%, độ tuổi trung bình $43,79 \pm 13,09$, tỉ lệ nam/ nữ là 1,85/1 và gặp ở nhóm lao động nặng nhiều hơn với 62,5%. Triệu chứng thường gặp là triệu chứng đau lan kiểu rễ với tỉ lệ 100% và triệu chứng đau CSTL với tỉ lệ 87,5%, lệch vẹo CS ít gặp hơn với tỉ lệ 55%, bệnh nhân thường đau kiểu rễ L5 với tỉ lệ 90%. 100% bệnh nhân có nghiệm pháp Lasegue (+) trong đó có 82,5% bệnh nhân có Dejesine (+), Lasegue chéo gặp ở 47,5% trường hợp

Trong nghiên cứu không có bệnh nhân nào mất vững CSTL trước phẫu thuật, có 1 trường hợp có gãy eo được phát hiện trước phẫu thuật (2,5%). Trên phim cộng hưởng từ: Về thể thoát vị, chủ yếu gặp thoát vị thể dưới khớp 65% sau đó là thể trung tâm với 32,5% , thể LLH gặp ở 2,5% và không gặp trường hợp nào ngoài LLH. Về mức độ thoát vị, bong đĩa đệm hay gặp nhất với 85%, di trú gặp 12,5% và lồi đĩa đệm gặp ở 2,5% bệnh nhân. Về mức độ thoái hóa đĩa đệm , thoái hóa đĩa độ 3 chiếm 50% độ 4 chiếm 37,5%, độ 2 chiếm 12,5%, không gặp thoái hóa đĩa độ 1 và độ 5 nào.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Thạch, Nguyễn Văn Chương , Nguyễn Thị Ngọc Lan & Và Cộng Sự (2011), *Báo cáo tổng hợp kết quả khoa học công nghệ đề tài: " Nghiên cứu thực trạng, các yếu tố nguy cơ và các phương pháp điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống-Đề tài độc lập cấp nhà nước"*. Hà nội.
2. C. W. Peng, W. Yeo & S. B. Tan (2009), "Percutaneous endoscopic lumbar discectomy: clinical and quality of life outcomes with a minimum 2 year follow-up", Journal of orthopaedic surgery and research, 4: p. 20.
3. Vũ Quang Bích (2006), *Phòng và chữa các chứng bệnh đau lưng*, Nhà xuất bản Y học, HN
4. Võ Xuân Sơn (2011), *"Hồi cứu 100 trường hợp mổ thoát vị đĩa đệm thắt lưng bằng nội soi qua"*

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY TOÀN BỘ KHỚP GỐI ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA NẶNG KHỚP GỐI

Đào Xuân Thành¹, Nguyễn Quốc Dũng²

TÓM TẮT¹⁸

Đặt vấn đề: Khớp gối là một trong số các khớp thường bị ảnh hưởng nhất bệnh lý khớp gối. Thay khớp gối toàn phần cho các trường hợp thoái hóa khớp gối nặng vẫn gặp phải các thách thức to lớn như chất lượng kém xương, vẹo, cứng khớp và bệnh lý khớp gối nguyên phát. Mục đích của nghiên cứu của chúng tôi là đánh giá kết quả lâm sàng thay khớp gối toàn phần trong theo dõi trung hạn. **Phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu 56 khớp gối nhân tạo có cắt bỏ dây chằng chéo sau được thay lần đầu cho 50 bệnh nhân thoái hóa khớp gối mức độ nặng. Đánh giá kết quả dựa trên điểm số của Knee Society. **Kết quả:** Thời gian trung bình theo dõi sau phẫu thuật là 2,5 năm. 96% bệnh nhân đã có sự cải thiện về mức độ đau so với trước phẫu thuật. Biên độ vận động trung bình khớp gối sau phẫu thuật là 115,5°. 100 phần trăm bệnh nhân đạt được gấp gối từ 90° trở lên. Điểm số đầu gối trung bình cải thiện 40,15-88,1. và điểm số chức năng khớp gối được cải thiện 40,4-83,0. **Kết luận:** nghiên cứu này chứng minh rằng thay khớp gối toàn bộ có cắt bỏ dây chằng chéo sau cải thiện đáng kể triệu chứng đau và chức năng khớp gối ở bệnh nhân thoái hóa khớp gối nặng trong trung hạn. **Từ khóa:** thoái hóa khớp gối, thay khớp gối toàn bộ.

SUMMARY

RESULTS OF TOTAL KNEE REPLACEMENT IN PATIENTS WITH SEVERE OSTEOARTHRITIS

Background: Knee is among the most commonly affected joints in osteoarthritis. Total Knee Arthroplasty in the severe osteoarthritis presents unique challenges, such as the poor bone quality, valgus fixed deformities and flexion contractures and the disease process itself. The purpose of our study is to look out for clinical outcomes in midterm follow up total knee replacement in patients with severe

osteoarthritis. **Method:** This is a retrospective study of 56 consecutive primary TKR with posterior cruciate sacrificed in 50 patients with severe osteoarthritis. Evaluation was based on the Knee Society scores. **Results:** The mean duration of follow up of patient was 2.5 years. 96% of patients showed improvement in their preoperative pain. The mean range of movement was 115.5°. 100 percent of patients achieved a ROM of 90 degrees and above. The mean knee score improved from 40.15 to 88.1. and Knee society functional score improved from 40.4 to 83.7. **Conclusion:** This study demonstrates that posterior-stabilized knee endoprotheses can significantly reduce pain and improve knee joint function in patients with severe osteoarthritis with the good mid-term results.

Keywords: osteoarthritis, total knee replacement.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp là tổn thương của toàn bộ khớp, bao gồm tổn thương sụn là chủ yếu, kèm theo tổn thương xương dưới sụn, dây chằng, các cơ cạnh khớp và màng hoạt dịch. Bệnh đặc trưng bởi các rối loạn về cấu trúc và chức năng của một hoặc nhiều khớp (và cột sống). Tổn thương diễn biến chậm tại sụn kèm theo các biến đổi hình thái, biểu hiện bởi hiện tượng hẹp khe khớp, tân tạo xương (gai xương) và xơ xương dưới sụn. Khớp gối là khớp chịu lực và có chức năng vận động cơ học nhiều nên thoái hóa khớp gối rất thường gặp. Biểu hiện lâm sàng của bệnh là đau và hạn chế vận động gây ảnh hưởng đến sinh hoạt của người bệnh, nên ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và gây tổn hại về kinh tế. Bệnh lý khớp gối ngày càng gặp phổ biến như thoái hoá khớp tiên phát, thoái hoá khớp thứ phát sau chấn thương, thấp khớp, viêm khớp... ảnh hưởng đến chức năng vận động và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Có nhiều phương pháp để điều trị bệnh lý thoái hóa khớp gối như điều trị nội khoa kết hợp phục hồi chức năng, giảm cân, nội soi cắt lọc làm sạch khớp, cắt xương chỉnh trục, thay khớp gối một phần, nhiều phần hoặc toàn phần. Trên thế giới phẫu

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Khoa Phẫu thuật khớp BV TW Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Đào Xuân Thành

Email: daoxuanthanh@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

thuật thay khớp gối toàn phần đã được tiến hành từ thập kỷ 70 [1],[2] và đã đem lại chất lượng cuộc sống tốt cho những bệnh nhân thoái hóa khớp gối. Ngày nay với sự phát triển của khoa học kỹ thuật cho ra đời nhiều thể hệ khớp mới có những ưu điểm vượt trội, cùng với sự tiến bộ về gây mê hồi sức, kỹ thuật phẫu thuật có sự trợ giúp của các phương tiện hiện đại như định vị vi tính trong mổ, sử dụng cánh tay robot để cắt gọt xương chính xác hơn, đã góp phần làm cho phẫu thuật thay khớp gối ngày càng phổ biến và đạt được nhiều thành công. Ở Việt Nam phẫu thuật thay khớp gối toàn phần được tiến hành hơn 10 năm nay và tập trung ở các trung tâm lớn trong đó có bệnh viện Bạch Mai. Nhằm góp phần đánh giá bước đầu kết quả của phẫu thuật thay khớp gối toàn phần, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật thay toàn bộ khớp gối điều trị thoái hóa khớp gối.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bao gồm tất cả các bệnh nhân (BN) được phẫu thuật thay khớp gối toàn phần tại Bệnh viện Bạch Mai từ 03/2012 đến 9/2015. Có đầy đủ hồ sơ bệnh án, phim chụp x-quang trước và sau phẫu thuật. BN có triệu chứng lâm sàng: đau nặng đau dai dẳng, ảnh hưởng đến vận động và chất lượng cuộc sống, không đáp ứng với các thuốc điều trị thông thường. Trên phim chụp x-quang trước mổ có bằng chứng thoái hóa khớp nguyên phát hoặc thứ phát độ 4 theo Kellgren-Lawrence với các biểu hiện hẹp khe khớp, gai xương, khuyết hủ xương, đặc xương...BN không có chống chỉ định phẫu thuật do các nguyên nhân khác như Tim mạch, Hô hấp...BN không có biểu hiện nhiễm khuẩn, đồng ý phẫu thuật thay khớp gối toàn phần sau khi đã được giải thích kỹ. BN đến khám lại đầy đủ theo hẹn.

Tiêu chuẩn loại trừ: Loại khỏi nghiên cứu những BN không có đầy đủ các tiêu chuẩn trên.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, theo dõi dọc.

Các bước tiến hành:

- Chúng tôi tiến hành lựa chọn các bệnh nhân thoái hóa khớp gối độ 4 theo Kellgren-Lawrence có chỉ định phẫu thuật thay khớp gối toàn phần.

- Khám lâm sàng, làm các xét nghiệm cận lâm sàng phục vụ cho phẫu thuật.

- Thực hiện phẫu thuật thay khớp gối toàn phần theo qui trình thống nhất theo phương pháp cắt bỏ dây chằng chéo sau.

- Điều trị và tập phục hồi chức năng sau phẫu thuật.

- Hẹn khám lại bệnh nhân theo hẹn sau phẫu thuật 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng...

- Phân tích và sử lý số liệu thu thập được.

Các chỉ tiêu nghiên cứu: tuổi, giới

- *Lâm sàng:* Các triệu chứng cơ năng, các triệu chứng thực thể, đánh giá trực chỉ.

- *X-quang:* đặc điểm thoái hóa, gai xương, trục xương...

- *Kết quả phẫu thuật:*

o Kết quả gần: liên vết mổ, X-quang sau mổ.

o Kết quả xa: thời gian theo dõi trung bình, mức độ tập phục hồi chức năng, mức độ đau gối sau phẫu thuật theo thang điểm VAS (Visual Analog Scale for Pain), kết quả chung và kết quả đánh giá chức năng sau mổ đánh giá theo thang điểm Knee Society Scoring system gồm 2 phần Knee Score (KS) và Knee Society Functional Score (KFS) được đánh giá trước và sau mổ. Đánh giá kết quả theo tổng số điểm

- Rất tốt 80-100 điểm

- Tốt 70-79 điểm

- Khá 60-69 điểm

- Xấu <60 điểm

- *Đánh giá X-quang khớp gối:* vị trí, nút xương, gãy xương quanh khớp, lỏng khớp, cốt hóa...

- *Tai biến và biến chứng:* Tai biến trong phẫu thuật bao gồm chảy máu, tổn thương mạch máu, thần kinh, gãy xương, đứt dây chằng bên, đặt sai vị trí các thành phần khớp nhân tạo. Biến chứng sau phẫu thuật: tắc mạch, nhiễm trùng, trật khớp, lỏng khớp, gãy xương, tổn thương gân bánh chè, đứt dây chằng bên, cốt hóa...

Phân tích và sử lý số liệu: Các số liệu thu thập sẽ được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ

Chúng tôi đã tiến hành thay khớp gối toàn phần và kiểm tra lại sau phẫu thuật được 50 bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn với tổng số 56 khớp, có 6 bệnh nhân được thay cả 2 bên khớp gối.

Độ tuổi trung bình của BN là $59,27 \pm 15,98$ tuổi, thấp nhất là 23, cao nhất là 83. Số BN từ 60 tuổi trở lên chiếm 66%. Số BN nữ thay khớp gối nhiều hơn BN nam. Tỷ lệ nữ/nam là 4,56/1.

Bảng 1. Phân loại các bệnh lý gây thoái hóa khớp gối

Loại bệnh lý	Số khớp	Tỷ lệ %
THK nguyên phát	39	69,6%
Viêm khớp dạng thấp	10	17,8%
Viêm MHD thể lỏng nốt sẩn tố	3	5,4%
Viêm cột sống dính khớp	2	3,6%
Gút	1	1,8%
Lupus	1	1,8%
Tổng số	56	100

Kết quả gần sau mổ:

- 100 % liền vết mổ thì đầu. Thời gian nằm viện trung bình là 11 ngày. Thời gian nằm viện ngắn nhất là 7 ngày, dài nhất là 40 ngày.

- 100% các trường hợp được chụp X-quang sau phẫu thuật đều đạt được yêu cầu kỹ thuật.

Tai biến trong mổ: Không có trường hợp nào tổn thương mạch máu, thần kinh, đứt dây chằng bên, gãy xương đùi, xương chày hay đặt sai vị trí khớp nhân tạo.

Biến chứng sau mổ: Chúng tôi không gặp các biến chứng như nhiễm trùng, thuyên tắc

mạch, trật khớp, gãy xương sau mổ. Các biến chứng như lỏng khớp, mòn khớp, biến dạng khớp,... chúng tôi cũng chưa gặp do thời gian theo dõi chưa dài và cần tiếp tục theo dõi thêm. Có 2 trường hợp đau mắt trước gối tại khớp bánh chè đùi (chiếm 3,6%) phẫu thuật 6 tháng, sau đó triệu chứng này có giảm nhưng không mất hoàn toàn trong những lần kiểm tra sau.

Kết quả xa sau mổ: Thời gian theo dõi sau mổ: thời gian theo dõi trung bình sau mổ là 2,5 năm, ít nhất là 1 năm, lâu nhất là 4,5 năm.

Bảng 2. Biên độ vận động khớp

Biên độ gấp	Số khớp	Tỷ lệ %
<90°	0	0
90°-110°	20	36
>110°	36	64
Tổng số	56	100

Nhận xét: Biên độ vận động gấp gối trung bình là 115,5 ± 5,2, 100% số BN có biên độ gấp gối trên 90°.

Bảng 3. Hạn chế duỗi gối sau mổ

Hạn chế duỗi	Số khớp	Tỷ lệ %
Không hạn chế	53	94,6
<10°	1	1,8
>10°	2	3,6
Tổng số	56	100

Nhận xét: có 52 khớp gối (chiếm 94,6%) không hạn chế duỗi gối sau mổ. Có 01 trường hợp mất duỗi gối dưới 10°, trường hợp này bị viêm cột sống dính khớp trước mổ gối co rút gấp nhiều. 2 trường hợp mất duỗi trên 10° trong đó 1 trường hợp viêm cột sống dính khớp, 1 trường hợp viêm khớp dạng thấp đều bị co rút khớp gối nặng trước phẫu thuật.

Bảng 4. Mức độ đau

	Không đau	Đau ít	Đau nhẹ	Đau vừa	Đau nhiều	Tổng số
Số BN	38	10	2	0	0	50
Tỷ lệ %	76	20	4	0	0	100

Nhận xét: Trong kết quả nghiên cứu có 48 BN không đau hoặc đau ít chiếm 96%, không ảnh hưởng đến sinh hoạt và lao động.

Bảng 5. Điểm KS trước mổ

	Số khớp	Tỷ lệ %
Rất tốt	0	0
Tốt	0	0
Khá	6	10,7
Kém	50	89,3
Tổng số	56	100

Nhận xét: Điểm trung bình KS trước mổ là $40,15 \pm 9,16$, điểm thấp nhất là 24, cao nhất là 68.

Bảng 6. Điểm KS sau mổ

	Số khớp gối	Tỷ lệ %
Rất tốt	45	80,4
Tốt	8	14,2
Khá	3	5,4
Kém	0	0
Tổng số	56	100

Nhận xét: Điểm trung bình KS sau mổ là $88,1 \pm 9,81$ thấp nhất là 68, cao nhất là 98. Tỷ lệ tốt và rất tốt là 94,6%.

Bảng 7. Điểm KFS trước mổ

	Số khớp gối	Tỷ lệ %
Rất tốt	0	0
Tốt	0	0
Khá	6	10,7
Kém	50	89,3
Tổng số	56	100

Nhận xét: Điểm trung bình KFS trước mổ là $40,4 \pm 8,52$, điểm thấp nhất là 20, cao nhất là 63.

Bảng 8. Điểm KFS sau mổ

	Số khớp gối	Tỷ lệ %
Rất tốt	44	78,6
Tốt	9	16
Khá	3	5,4
Kém	0	0
Tổng số	56	100

Nhận xét: Điểm trung bình KFS sau mổ là $83,0 \pm 8,75$, điểm thấp nhất là 65, cao nhất là 92. Tỷ lệ BN tốt và rất tốt là 94,6 %.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Kết quả gần sau mổ

Liên vết mổ: 100% các trường hợp liên vết mổ kỹ đầu và cắt chỉ sau 14 ngày. Không có BN nào nhiễm khuẩn, chúng tôi dùng chủ yếu kháng sinh nhóm Cephalosporin và kết hợp một kháng sinh khác quinolone hoặc aminozid. Ngoài công tác vô khuẩn trong phẫu thuật, chúng tôi sử dụng kháng sinh trước ngay trước khi rạch da.

Thời gian nằm viện trung bình là 11 ngày, ngắn nhất là 7 ngày, dài nhất là 40 ngày. Một số bệnh nhân nằm lâu trong viện do tính cả thời gian tập phục hồi chức năng sau phẫu thuật, trong đó có 2 bệnh nhân phải bó bột và làm nẹp ép duỗi để có thể duỗi thẳng sau phẫu thuật do các BN này bị co rút cứng gấp đến 90 độ trước phẫu thuật.

Kết quả chụp X-quang: 100% các trường hợp được chụp X-quang sau phẫu thuật và vị trí đều đạt yêu cầu của phẫu thuật. Trong nhóm nghiên cứu chỉ có 1 trường hợp nào thay mặt khớp xương bánh chè. Vấn đề này đã được bàn luận nhiều, một mặt là do xương bánh chè của bệnh nhân nữ thường nhỏ và mỏng, không đủ yêu cầu để thay bánh chè, mặt khác chúng tôi

chỉ định thay mặt khớp xương bánh chè khi kiểm tra trong phẫu thuật có sự va chạm và trượt không hợp lý của khớp bánh chè đùi. Trường hợp bệnh nhân thay mặt bánh chè là BN bị viêm cột sống dính khớp có xương bánh chè biến dạng, phì đại to, ảnh hưởng đến độ gấp duỗi của khớp nhân tạo.

4.2 Kết quả xa sau mổ

Thời gian theo dõi sau phẫu thuật trung bình là 2,5 năm, khoảng thời gian này không phải là nhiều đối với BN thay khớp gối, do vậy những kết quả của chúng tôi thu được chỉ là đánh giá kết quả ban đầu. Tầm vận động khớp trung bình sau mổ 115° là tương đối tốt, các bệnh nhân đều gấp từ 90° trở lên, đảm bảo các chức năng tối thiểu như đi lên xuống cầu thang, đạp xe đạp... Tuy nhiên một số yếu tố như khớp biến dạng nhiều, tầm vận động kém trước mổ, tập phục hồi chức năng muộn hoặc không tuân thủ các qui trình tập phục hồi chức năng có thể dẫn đến kết quả kém hơn nhiều. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự các kết quả của các tác giả khác trong và ngoài nước. Nghiên cứu của Oliviu RC và cộng sự trên 139 BN với 164 khớp gối được thay bằng 2 loại khớp gối đơn và đa bán

kính, có hy sinh dây chằng chéo sau. Kết quả cho thấy không có sự khác biệt về biên độ vận động và mức độ đau sau phẫu thuật giữa 2 loại khớp [3]. Amin AK và cộng sự chỉ thấy có sự khác biệt về kết quả phẫu thuật thay khớp gối toàn phần giữa 2 nhóm bệnh nhân béo phì và không béo phì [4]. Jacobs WC và cộng sự nghiên cứu đa trung tâm về kết quả thay khớp gối toàn phần có và không giữ lại dây chằng chéo sau nhận thấy biên độ vận động của nhóm không giữ lại dây chằng chéo sau tăng trung bình hơn 8,1 độ so với nhóm giữ lại dây chằng chéo sau. Tác giả kết luận rằng kết quả này là do thay khớp gối toàn phần với kỹ thuật giữ lại dây chằng chéo sau là tương đối khó, cần đạt được sức căng và cân bằng của các dây chằng còn lại của khớp gối để đạt được biên độ vận động khớp gối nhân tạo tốt nhất [5]

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 bệnh nhân hạn chế duỗi sau phẫu thuật, trong đó 2 bệnh nhân viêm cột sống dính khớp đều bị đau và co rút nặng trước phẫu thuật. Sau phẫu thuật cả 2 BN đều hết đau nhưng chỉ có 1 bệnh nhân cải thiện được duỗi gối mặc dù biên độ duỗi không được hoàn toàn, bệnh nhân còn lại do không tập phục hồi chức năng và không chịu mang bột ép duỗi sau phẫu thuật, đồng thời trước đó bệnh nhân đã có can thiệp kéo dài gân vùng khoeo nên mức độ xơ hóa cao khiến cho gối bị co rút gần như trước phẫu thuật. Tuy nhiên khả năng đi lại của bệnh nhân được cải thiện do hết đau hoàn toàn. 1 BN khác cũng có kết quả duỗi hạn chế trên 10° do bệnh lý viêm khớp dạng thấp, chân gập cứng trước phẫu thuật trên 90°, BN bị ảnh hưởng đau của các khớp cổ chân, ngón chân, không chịu mang bột và nẹp ép duỗi, cũng không tập phục hồi chức năng nên chỉ hết đau và duỗi không hoàn toàn. Cả 3 bệnh nhân nói trên đều chỉ có kết quả khá sau phẫu thuật và chủ yếu do cải thiện không còn đau khớp gối.

Mức độ đau: Chúng tôi sử dụng thang điểm VAS để đánh giá mức độ đau sau mổ. Trong nhóm nghiên cứu có 76% BN không đau, 20% đau ít, có 2 BN đau nhẹ, không có bệnh nhân đau vừa và đau nhiều phải dùng thuốc giảm đau. Nói chung tất cả các BN đều cải thiện triệu chứng đau rõ rệt sau mổ và cảm thấy hài lòng.

4.3 Kết quả phục hồi chức năng

Theo thang điểm KS: điểm trung bình trước mổ là $40,15 \pm 9,16$, điểm trung bình sau mổ là $88,1 \pm 9,81$ (khác biệt có ý nghĩa thống kê,

$p < 0,05$). Theo thang điểm KFS: điểm trung bình trước mổ là $40,4 \pm 8,52$, điểm trung bình sau mổ là $83,0 \pm 8,75$ (khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$).

Chúng tôi nhận thấy sự thay đổi đáng kể về kết quả phẫu thuật cũng như phục hồi chức năng sau mổ. Đa số BN thấy hài lòng với kết quả phẫu thuật. Kết quả theo thang điểm KFS chúng tôi có tỷ lệ rất tốt là 78,6%, tốt 16%, khá 5,4%. Tỷ lệ này thấp hơn với tác giả khác Ranawat 83% rất tốt [1], Scott 88% rất tốt [5] do đa số BN chúng tôi gặp thường đến viện ở giai đoạn muộn, biến dạng khớp gối nhiều, đặc biệt là nhóm BN viêm đa khớp dạng thấp, viêm cột sống dính khớp, đồng thời do hoàn cảnh khách quan việc phục hồi chức năng cho người bệnh không được đồng bộ. Một số BN được tập phục hồi chức năng tại viện trong thời gian nằm viện, một số xin chuyển về địa phương tiếp tục tập luyện và không thể kiểm soát vấn đề tập luyện, điều này cũng ảnh hưởng không nhỏ đến kết quả chức năng của khớp gối sau phẫu thuật.

Shaival Dalal và cộng sự nghiên cứu hồi cứu 100 ca thay khớp gối toàn phần liên tiếp cho 61 bệnh nhân viêm khớp dạng thấp (49 nữ, 12 nam) với tuổi trung bình là 58,4 năm. Thời gian theo dõi trung bình là 3,7 năm với kết quả 97% bệnh nhân nhận thấy sự cải thiện về mức độ đau so với trước phẫu thuật. Biên độ vận động tăng từ 78,3 lên 109,27 trong đó 70% bệnh nhân đạt được biên độ vận động trên 100 độ. Các biến dạng trục đều được chỉnh lại tốt. Điểm số KS từ 35,22 tăng lên 83,01, điểm WOMAC từ 52,01 lên 81 và điểm số KFS được cải thiện từ 36,4 lên 75,1[7].

Biến chứng: Có 2 khớp gối (chiếm 3,6%) bị đau khớp chèn - dùi khi lên xuống cầu thang sau mổ trong 6 tháng đầu. Mặc dù chúng tôi đã cố gắng làm sạch tối đa các chồi xương và dùng dao điện đốt các sợi thần kinh cảm giác quanh chu vi xương bánh chè trong mổ, tuy nhiên đây cũng là một triệu chứng gây khó chịu cho bệnh nhân. Với thời gian theo dõi trung bình sau mổ là 2,5 năm, xa nhất là 4,5 năm, chúng tôi chưa gặp trường hợp nào bị lỏng khớp, mòn khớp, biến dạng khớp. Nhiễm trùng là biến chứng rất nặng nề đối với mỗi phẫu thuật thay khớp. Chúng tôi gặp không gặp trường hợp nào bị nhiễm trùng khớp gối sau phẫu thuật có lẽ do sự đồng bộ về công tác vô khuẩn. Những năm gần đây điều kiện vô trùng tốt, kỹ thuật mổ ngày càng hoàn

thiện, thời gian phẫu thuật được rút ngắn nên chúng tôi không gặp biến chứng này nữa.

Trương Trí Hữu (2010) báo cáo 1 trường hợp BN nữ tử vong sau suy hô hấp cấp do thuyên tắc huyết khối mạch phổi. Để dự phòng biến chứng thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch sâu và tắc mạch phổi, chúng tôi chủ động sử dụng Lovenox 40mg/0,4ml tiêm dưới da ngay sau mổ hoặc Xarelto 10mg cho tất cả các BN không có chống chỉ định, duy trì mỗi ngày 1 ống cho đến khi BN đi lại được, đồng thời hướng dẫn BN gác cao chân, co cơ chủ động và tập vận động sớm. Trong nghiên cứu của chúng tôi chưa gặp biến chứng này.

V. KẾT LUẬN

Thay khớp gối toàn phần là một lựa chọn tốt nhằm giảm đau và phục hồi khả năng vận động cho các bệnh nhân thoái hóa khớp gối mức độ nặng. Cần phối hợp điều trị bệnh lý nội khoa của bệnh nhân với phục hồi chức năng sau phẫu thuật để đạt được kết quả tốt nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ranawat CS, Flynn WF Jr, Saddler S, Hansraj KK, Maynard MJ.** Long-term results of the total condylar knee arthroplasty. A 15-year survivorship study. Clin Orthop Relat Res. 1993 Jan;(286):94-102.
2. **Cloutier JM, Sabouret P, Deghrar A.** Total knee arthroplasty with retention of both cruciate ligaments. A nine to eleven-year follow-up study. J Bone Joint Surg Am. 1999 May;81(5):697-702.
3. **Roman Ciprian OLIVIU, Ancuța ZAZGYVA, Sâmpălean SEPTIMIU, Nagy ÖRS, Pop Tudor SORIN.** Mid-term results of total knee replacement with single-radius versus multi-radius posterior-stabilized implants. Acta Orthop Traumatol Turc 2016;50(2):125-131.
4. **Amin AK, Clayton RA, Patton JT, Gaston M, Cook RE, Brenkel IJ.** Total knee replacement in morbidly obese patients. Results of a prospective, matched study. J Bone Joint Surg Br. 2006 Oct;88(10):1321-6.
5. **Jacobs WC, Clement DJ, Wymenga AB.** Retention versus sacrifice of the posterior cruciate ligament in total knee replacement for treatment of osteoarthritis and rheumatoid arthritis. Cochrane Database Syst Rev. 2005 Oct 19;(4):CD004803.
6. **Scott WN, Rubinstein M, Scuderi G.** Results after knee replacement with a posterior cruciate-substituting prosthesis. J Bone Joint Surg Am. 1988 Sep;70(8):1163-73.
7. **Shaival Dalal, Aditya Banta, Zulfikar Patel, Kalpesh Mehta, Haresh Bhalodiya, Mohit Patel.** Mid-Term Results of Total Knee Replacement in Patients with Rheumatoid Arthritis. IOSR Journal of Nursing and Health Science (IOSR-JNHS) Volume 4, Issue 5 Ver. II (Sep. - Oct. 2015), PP 34-37.

TÌM HIỂU NGUYÊN NHÂN VÀ CÁC BIỂU HIỆN LÂM SÀNG ĐAU BỤNG TÁI DIỄN Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Việt Hà*

TÓM TẮT¹⁹

Mục tiêu: xác định nguyên nhân và mô tả các biểu hiện lâm sàng của đau bụng tái diễn ở trẻ em. **Đôi tượng và phương pháp:** nghiên cứu tiến cứu mô tả trên 402 trẻ được chẩn đoán đau bụng tái diễn theo tiêu chuẩn Apley. **Kết quả:** Tỷ lệ mắc đau bụng tái diễn ở trẻ trai/gái là 1,1/1. Tuổi của trẻ là $6,7 \pm 2,4$ tuổi. Thời gian từ khi đau bụng đến khi khám là $9,9 \pm 7,1$ tháng. Số ngày trẻ có đau bụng/tuần là $3,5 \pm 1,6$

ngày. Thời gian cơn đau bụng là $14,9 \pm 11,6$ phút. Tỷ lệ trẻ có đau bụng mức độ nhẹ và vừa lần lượt là 28,4 và 40,3%. 47,7% trẻ kèm theo ợ hơi, ợ chua. 16,9% trẻ có sút hoặc không tăng cân kể từ khi đau bụng. Tỷ lệ trẻ đau bụng tái diễn do viêm, loét mạn tính dạ dày tá tràng, táo bón mạn tính chức năng và đau bụng chức năng lần lượt là 63,5%, 13,7% và 16,4%. **Kết luận:** Đau bụng tái diễn do viêm loét dạ dày tá tràng, táo bón và đau bụng chức năng là chủ yếu với mức độ đau nhẹ và trung bình làm cho thời gian chẩn đoán bệnh kéo dài.

Từ khóa: đau bụng, đau bụng chức năng, tiêu chuẩn Apley, trẻ em.

SUMMARY

*Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Việt Hà
Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

EVALUATION OF CAUSES AND CLINICAL CHARACTERISTICS OF RECURRENT ABDOMINAL PAIN IN CHILDREN AT THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Objective: To describe causes and clinical manifestations of recurrent abdominal pain in children. **Materials and Methods:** a prospective study was carried on 402 children diagnosed recurrent abdominal pain by Apley criteria at Gastroenterology out-clinics, National children's Hospital. **Results:** The boy: girl ratio was 1.1/1. The mean age was 6.7 ± 2.4 years. Mean time for final diagnosis was 9.9 ± 1.1 months. The average days per week children presented with abdominal pain was 3.5 ± 1.6 . Mean duration for each abdominal pain episode was 14.9 ± 11.6 minutes. The prevalence of mild and moderate abdominal pain was 28.4 and 40.2%, respectively. 47.7% had heartburn. 16.7% had weight loss. The main cause of recurrent abdominal pain was gastritis and peptic ulcer (63.5%); functional abdominal pain (16.4%) and chronic constipation (13.7%). **Conclusion:** The main cause of recurrent abdominal pain in children was gastritis, functional abdominal pain and chronic constipation. The time for final diagnosis was prolonged because of high rate of mild and moderate abdominal pain among study children.

Keywords: abdominal pain, functional abdominal pain, Apley criteria, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau bụng tái diễn là biểu hiện hay gặp và là một vấn đề khó khăn trong thực hành lâm sàng khiến trẻ phải đi khám nhiều lần tại các phòng khám Nhi khoa [1]. Nguyên nhân của đau bụng tái diễn khá đa dạng, có thể là tổn thương thực thể như các bệnh lý tiêu hóa, tiết niệu, bệnh phụ khoa và các bệnh lý thần kinh hay các nguyên nhân cơ năng liên quan đến các rối loạn chức năng ruột, tâm thần ở nhóm trẻ lớn [2]. Biểu hiện lâm sàng của đau bụng tái diễn rất phong phú, trẻ có thể biểu hiện bằng các cơn đau bụng tái phát, triệu chứng rầm rộ, gây ảnh hưởng nhiều đến các sinh hoạt bình thường của trẻ, hay chỉ là những cơn đau âm ỉ, hoặc mơ hồ, tái phát gây lo lắng cho trẻ và gia đình [2,3]. Mục tiêu quan trọng khi khám một bệnh nhi đau bụng tái diễn là không nhầm lẫn một đau bụng do nguyên nhân thực thể với một đau bụng cơ năng, phân biệt tình trạng đau bụng có tính chất

cấp cứu với đau có thể trì hoãn được để từ đó đưa đến các quyết định hợp lý trong lựa chọn phương pháp điều trị cho trẻ [2]. Xuất phát từ vấn đề này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu là xác định nguyên nhân và mô tả các biểu hiện lâm sàng của đau bụng tái diễn ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân đến khám và điều trị tại phòng khám chuyên khoa Tiêu hóa và Khoa Tiêu hóa Bệnh viện Nhi trung ương từ tháng 1/2014 đến tháng 6/2014 được chẩn đoán đau bụng tái diễn theo tiêu chuẩn Apley [1]: có trên 3 cơn đau bụng trong trong một tháng và kéo dài trên 3 tháng, ảnh hưởng tới những hoạt động bình thường của trẻ như đi học đầy đủ, tham gia các hoạt động xã hội, thể thao. Tất cả các trẻ đều được khám và làm đầy đủ các xét nghiệm theo chỉ định của bác sỹ. Phương pháp nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang. Trẻ được khám và cha mẹ trả lời bộ câu hỏi phỏng vấn theo mẫu đã được thiết kế trước. Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong số 402 trẻ được chẩn đoán đau bụng tái diễn theo tiêu chuẩn Apley tỉ lệ mắc đau bụng tái diễn ở trẻ trai/trẻ gái là 1,1/1 (53% và 47%). Tuổi trung bình của các trẻ bị đau bụng tái diễn là $6,7 \pm 2,4$ tuổi (3 – 15 tuổi). Tỷ lệ mắc đau bụng tái diễn cao nhất ở nhóm tuổi từ 6-11 tuổi, chiếm 57,8%. Nhóm trẻ 3-5 tuổi và 12 – 15 tuổi chiếm tỷ lệ lần lượt là 38,2% và 3,9%.

Nguyên nhân thường gặp nhất gây đau bụng tái diễn là viêm loét dạ dày tá tràng (63,5%). Đau bụng cơ năng và táo bón mạn tính chiếm 16,4% và 13,7%. Các nguyên nhân khác gặp với tỷ lệ thấp: nhiễm khuẩn tiết niệu (2,5%), động kinh thể bụng (1,9%), u nang ống mật chủ và sỏi mật đều gặp với tỷ lệ 1%.

Bảng 3.1. Đặc điểm về thời gian của các cơn đau ở trẻ đau bụng tái diễn

Đặc điểm về thời gian của cơn đau bụng		n	%
Thời gian từ khi trẻ bắt đầu đau bụng tới khi đến khám	3 - < 6 tháng	180	44,7
	6 – 12 tháng	171	42,6
	> 12 tháng	51	12,7
Số ngày trẻ có biểu hiện đau bụng	1 ngày/tuần	58	14,4

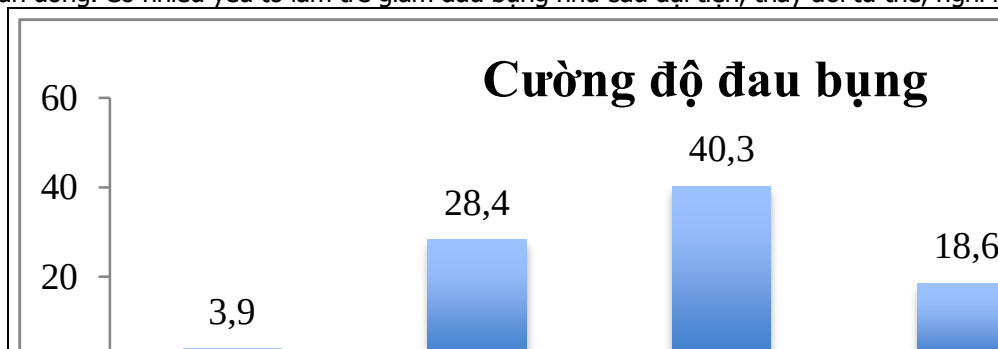
trong một tuần	2 ngày/ngày/tuần	120	29,8
	≥3 ngày/tuần	224	55,8
Thời gian trung bình mỗi cơn đau	< 5 phút	64	15,9
	5 – 15 phút	225	55,9
	> 15 phút	113	28,2

Nhận xét: Thời gian từ khi trẻ bắt đầu đau bụng tới khi đến khám là $9,9 \pm 7,1$ tháng. Số ngày trẻ có biểu hiện đau bụng trong một tuần là $3,5 \pm 1,6$ ngày. Thời gian của mỗi cơn đau bụng trung bình là $14,9 \pm 11,6$ phút.

Bảng 3.2. Đặc điểm về các cơn đau ở trẻ đau bụng tái diễn

Đặc điểm của cơn đau bụng		n	%
Vị trí đau bụng	Thượng vị	142	35,3
	Quanh rốn	241	60,0
	Khắp bụng	19	4,7
Các yếu tố làm tăng cảm giác đau	Ăn uống	257	63,9
	Lúc đói	6	1,5
	Vận động	9	2,3
	Không xác định	130	32,3
Các yếu tố làm giảm đau	Giảm khi ăn uống	40	9,9
	Thay đổi tư thế	100	24,9
	Sau đại tiện	149	37,0
	Nghỉ ngơi	89	22,1
	Không có yếu tố giảm đau	24	6,1

Nhận xét: Vị trí đau bụng hay gặp nhất là quanh rốn (60%). 63,9% trẻ ghi nhận có biểu hiện tăng đau khi ăn uống. Có nhiều yếu tố làm trẻ giảm đau bụng như sau đại tiện, thay đổi tư thế, nghỉ ngơi.



Hình 3.1. Đánh giá cường độ đau bụng theo thang điểm đau McGrath

Nhận xét: Cường độ đau vừa và nhẹ là chủ yếu trong đó đau vừa chiếm 40,2% và đau ít chiếm 28,4%

Bảng 3.3. Các triệu chứng đi kèm

Triệu chứng		n	Tỉ lệ %
Nôn	Ra thức ăn	146	36,3
	Ra máu	12	2,9
Ợ hơi, ợ chua		192	47,7
Đại tiện	Táo bón	55	13,7
	Phân đen	16	4,0
	Phân lẫn máu	8	2,0
Gầy sút, chậm tăng cân		68	16,9
Cân nặng giảm so với tuổi		39	9,7
Thiếu máu		16	4,0

Nhận xét: Triệu chứng đi kèm gặp với tỷ lệ cao nhất là ợ hơi, ợ chua và nôn. 16,9% trẻ có biểu hiện gầy sút hoặc không tăng cân kể từ khi bị đau bụng

Bảng 3.4. Kết quả các xét nghiệm chẩn đoán nguyên nhân

Kết quả xét nghiệm	n/N	%
Công thức máu có biểu hiện thiếu máu	16/402	4
Siêu âm: U nang ống mật chủ	4/402	1
Sỏi mật	4/402	1
Hạch mạc treo >1cm	39/402	9,7
Đài bể thận giãn >10mm	7/402	1,7
Bạch cầu niệu (++)	10/402	2,5
Nội soi dạ dày: Viêm dạ dày tá tràng	220/402	54,7
Viêm + loét hành tá tràng	35/402	8,8
<i>H. pylori</i> (+)	174/255	68,2
Mô bệnh học dạ dày có tổn thương viêm mạn tính	255/402	63,5
Xquang có hình ảnh đại tràng dài	10/55	18,1
Điện não đồ có hình ảnh sóng động kinh	8/64	12,5

Nhận xét: 13,4% bệnh nhân đau bụng tái diễn có bất thường trên siêu âm. 63,5% bệnh nhân bị viêm loét dạ dày tá tràng trên nội soi tiêu hóa và mô bệnh học trong đó 68,2% bệnh nhân có kết quả *H. pylori* dương tính. 12,5% bệnh nhân có sóng động kinh trên điện não đồ.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu được phân tích trên 402 trẻ được chẩn đoán đau bụng tái diễn. Không có sự khác biệt về tỷ lệ đau bụng tái diễn giữa trẻ trai và trẻ gái. Phần lớn các nghiên cứu trên thế giới cho thấy tỷ lệ đau bụng tái diễn ở trẻ gái có xu hướng cao hơn so với trẻ trai [2, 4, 5] trong khi tỷ lệ đau bụng tái diễn ở nhóm trẻ gái cao gấp 2 lần trẻ trai được ghi nhận trong nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc Tuyết [6].

Tuổi trung bình của trẻ có đau bụng tái diễn trong nghiên cứu của chúng tôi là $6,7 \pm 2,4$ tuổi. Nhóm tuổi 6 – 11 tuổi mắc đau bụng tái diễn chiếm tỷ lệ cao nhất là 57,8%. Kết quả từ các nghiên cứu trong và ngoài nước [3, 6, 7] cho thấy đau bụng tái diễn gặp với tỷ lệ cao nhất ở 2 nhóm trẻ 4- 6 tuổi và 7-12 tuổi. Nghiên cứu của Chitkara [2] cho thấy lứa tuổi thường gặp đau bụng tái diễn nhất là từ 5-10 tuổi, tỷ lệ mắc đau bụng tái diễn có xu hướng giảm dần ở cả 2 giới khi trẻ ngoài 11 - 15 tuổi. Tỷ lệ trẻ mắc đau bụng tái diễn giảm 57,8% ở nhóm trẻ 6 – 11 tuổi, xuống còn 3,9% ở nhóm trẻ trên 12 tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như kết quả của các nghiên cứu trong và ngoài nước [2-6].

Kết quả từ bảng 3.1 cho thấy thời gian trung bình từ khi trẻ có biểu hiện đau bụng đến khi tới khám là $9,9 \pm 7,1$ tháng trong đó 44,7% trẻ bị đau bụng tái diễn trong khoảng thời gian 3 – 6 tháng. Theo nghiên cứu của Naveen, 50% trẻ đau bụng tái diễn kéo dài 6 – 12 tháng trước khi tới khám [4]. Thời gian trung bình mỗi cơn đau

bụng là 14,9 phút trong đó 55,9% trẻ có thời gian của mỗi cơn đau bụng trong khoảng 5 – 15 phút. Theo Berger, thời gian của một cơn đau trong đau bụng tái diễn có thể dao động từ một vài phút đến hai, ba ngày tùy thuộc vào nguyên nhân gây bệnh [7].

Đánh giá tần suất cơn đau bụng bằng số ngày trẻ có cơn đau bụng trung bình trong mỗi tuần. Số liệu từ bảng 3.1 cho thấy trung bình mỗi tuần trẻ có đau bụng trong $3,5 \pm 1,6$ ngày trong đó 55,8% trẻ có biểu hiện đau với tần số trên 3 ngày/tuần. Ramchandani cho rằng tần suất xuất hiện cơn đau thay đổi theo từng trường hợp và mức độ đau [3]. Berger nhận thấy rằng phần lớn các cơn đau ở trẻ bị đau bụng tái diễn xuất hiện không thường xuyên, chỉ một phần nhỏ là có những cơn đau xảy ra hàng ngày [7].

Kết quả từ bảng 3.2 cho thấy vị trí đau bụng hay gặp nhất là vùng quanh rốn chiếm 60%, 63,9% các trường hợp đau gia tăng khi trẻ ăn uống và yếu tố giúp trẻ giảm cơn đau là nghỉ ngơi, ăn uống, sau khi đi đại tiện, hay có tư thế giảm đau. Tỷ lệ trẻ đau bụng vùng quanh rốn trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như kết quả của các nghiên cứu trên thế giới [4,5,7]. Các nghiên cứu về đau bụng tái diễn ở trẻ em không ghi nhận các yếu tố làm tăng và giảm đau [2, 4, 7].

Sử dụng thang điểm hình khuôn mặt McGrath để đánh giá cường độ cơn đau của trẻ cho thấy tỷ lệ trẻ có đau bụng vừa và nhẹ chiếm tỉ lệ lần lượt là 40,2% và 28,4% (biểu đồ 3.1). 8,8% trẻ biểu hiện các cơn đau ở mức độ nặng làm trẻ phải kêu khóc. Theo nghiên cứu của

Devanarayana, 58,4% trẻ có biểu hiện đau bụng ở mức độ nhẹ đến trung bình. Naveen ghi nhận thấy 56,35% trẻ có đau bụng ở mức độ trung bình và 20,81% trẻ có đau bụng mức độ nhẹ [4].

Đau bụng tái diễn có thể biểu hiện cơn đau bụng đơn độc hay phối hợp với các triệu chứng lâm sàng khác. Các triệu chứng kèm theo đau bụng được trình bày trong bảng 3.3. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt so với nghiên cứu của các tác giả khác trên thế giới. Theo nghiên cứu của Devanarayana, 43% trẻ có biểu hiện nhức đầu, 35% trẻ chán ăn, 23% trẻ có đau khớp. Tỷ lệ trẻ có các biểu hiện nôn và buồn nôn lần lượt là 18% và 22%. Berger ghi nhận thấy 28,4% trẻ có kèm theo nôn và 17,9% trẻ có biểu hiện đau đầu [7]. Naveen nhận thấy 40% có biểu hiện chán ăn, 14,21% trẻ có kèm theo vàng da, tỷ lệ trẻ có nôn và đau nhức cơ thể đều là 6,09% [4].

Để tiến hành chẩn đoán nguyên nhân đau bụng tái diễn, chúng tôi đã tiến hành làm các xét nghiệm cận lâm sàng (bảng 3.4). Trong đó, có 63,5% trẻ bị viêm loét dạ dày tá tràng, 13,7% trẻ táo bón, 1,9% động kinh bụng, 1% u nang ống mật chủ và 1% sỏi mật, 2,5% trẻ bị nhiễm khuẩn tiết niệu còn lại 16,4% là đau bụng cơ năng. Tỷ lệ trẻ đau bụng do các nguyên nhân thực thể trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Buch nhưng có sự khác biệt về từng nguyên nhân cụ thể. Trong nghiên cứu của Buch, 82,4% trẻ đau bụng do các nguyên nhân thực thể trong đó 67% là do nhiễm ký sinh trùng đường ruột. Tỷ lệ trẻ đau bụng do nguyên nhân cơ năng trong nghiên cứu

của chúng tôi thấp hơn kết quả nghiên cứu của Naveen [4].

V. KẾT LUẬN

Đau bụng tái diễn là biểu hiện thường gặp ở nhóm trẻ lứa tuổi học đường với mức độ đau nhẹ và trung bình làm cho thời gian chẩn đoán bệnh kéo dài. Nguyên nhân đau bụng tái diễn ở trẻ em chủ yếu là các bệnh lý thực thể như viêm loét dạ dày tá tràng, táo bón.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bufler.P, Gross. M, Uhlig HH. *Recurrent abdominal pain in childhood*. Dtsch Arztebl Int, 2011, 108(17); 295-304.
2. Chitkara DK, Rawat DJ, Talley NJ, *The epidemiology of childhood recurrent abdominal pain in Western countries: a systematic review*. Am J Gastroenterol, 2005;1868-1875.
3. Ramchandani PG, Fazel M, Stein A, Wiles N et al. *The impact of recurrent abdominal pain: predictors of outcome in a large population cohort*. Acta Paediatr. 2007 May;96(5):697-701.
4. Naveen Kumar R, Rajeshawri R, Venkatesh P et al, *Clinical and epidermilogical aspects of the recurrent abdominal pain in children*. International Journal of Pharma and Bio Sciences. 2013. 2(2): 287-304
5. Ritu Gupta, Ravinder K. Gupta *Recurrent Abdominal Pain in Preschool Children*, JK Science, 2004. 6(1): 31-33
6. Phạm Thị Ngọc Tuyết, Võ Công Đồng, Phạm Lê An và cộng sự, *Đau bụng tái diễn ở học sinh trung học cơ sở quận 1, thành phố Hồ Chí Minh: tỷ suất hiện mắc năm 2003 và các cách xử trí của bệnh nhân, cha mẹ, nhân viên y tế*. Y học thành phố Hồ Chí Minh, 2004 tập 8, 177-181
7. Berger M Y, Gieteling M J, Benninga M A, *Chronic abdominal pain in children*, BMJ 2007;334-997

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT GỠ KÍN ĐẦU NGOÀI XƯƠNG ĐÒN BẰNG NỆP MÓC

My Duy Tiến*, Nguyễn Văn Thái**

TÓM TẮT²⁰

*Khoa CTCH Bệnh viện 175

**Trường ĐHYK Phạm Ngọc Thạch TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: My Duy Tiến

Email: drtien175@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Gãy đầu ngoài xương đòn là gãy hay gặp do chấn thương trực tiếp gây nên. Với phân loại Neer II thì đây là loại gãy không vững cần được điều trị phẫu thuật kết hợp xương vững chắc. Nẹp móc là một trong các dụng cụ cố định xương được chúng tôi chọn để nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến cứu trên 55 bệnh nhân tại Bệnh viện Quân y 175 Từ 6/2012 đến tháng 3/2016. Các bệnh nhân được mổ sớm nhất là sau chấn thương 2 ngày, muộn nhất là 10 ngày. Tất cả đều được đặt

nẹp móc cố định. 100% bệnh nhân lành xương, thời gian lành xương trung bình là 3 - 6.5 tháng. Tất cả 55 bệnh nhân đều được mổ tháo dụng cụ với thời gian từ 5.5 đến 10 tháng. Chức năng vận động khớp vai đánh giá theo thang điểm Constant - Murrey tốt. Biến chứng hay gặp là làm mòn mỏm cùng vai do móc của nẹp vì vậy nên tháo nẹp vít khi xương đã lành.

SUMMARY

EVALUATION OF HOOK PLATE FIXATION FOR LATERAL CLAVICLE FRACTURE

Fracture of lateral head of the clavicle mainly cause by direct blow. Neer II lateral clavicle fractures are unstable fractures therefore must be rigidly fixed. Hook plate is chosen in our research. This is a prospective research performed in Military hospital 175 from 6/2012 to 3/2016. The patients were operated 2 to 10 days post trauma. Hook plates were used in all cases. 100% patients archive bone heals. Plates were removed 5.5 to 10 months after surgery. Functional outcome using Constant- Murrey scale are good. Most common complication is acromion erosion caused by hook of the plate therefore plate should be removed when bone heal.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy đầu ngoài xương đòn là tổn thương thường gặp. Nguyên nhân chủ yếu do tai nạn giao thông, tai nạn lao động với một lực chấn thương mạnh trực tiếp hoặc gián tiếp vào vùng đầu ngoài xương đòn.

Phân loại của Neer về gãy đầu ngoài xương đòn được nhiều tác giả chấp nhận vì có tính ứng dụng cao trong chẩn đoán và điều trị. Tổn thương chia thành 3 loại, trong đó Neer II là loại gãy mất vững.

Theo Neer loại I, III điều trị bảo tồn đạt kết quả tốt, còn loại II điều trị bảo tồn khớp giả chiếm 28% - 45%, vì đầu ngoài xương đòn dẹt, xấp, gần khớp cùng đòn, là nơi bám tận của nhiều cơ khỏe vùng vai và các dây chằng để giữ vững đầu ngoài xương đòn, khớp cùng đòn, đây là một thành phần của đai vai, tầm vận động của khớp vai rất rộng. Vì thế, khi gãy ổ gãy thường có di lệch lớn và tổn thương dây chằng kết hợp nên bất động ổ gãy vững chắc là rất khó khăn. Vì thế, điều trị phẫu thuật cho gãy xương vùng này là cần thiết nhằm:

- Phục hồi lại giải phẫu và sinh lý của đầu ngoài xương đòn.

- Phục hồi sớm chức năng của các khớp vùng vai.

Gãy Neer II có nhiều phương pháp kết hợp xương đã được thực hiện như: bất động ngoài, xuyên đinh néo ép, nẹp tạo hình, vít quạ đòn,

nẹp móc, mỗi phương pháp, mỗi loại dụng cụ đều có các ưu khuyết điểm của nó.

Qua nghiên cứu y văn và trên thực tế chúng tôi nhận thấy nẹp móc có những lợi điểm là vừa bất động xương lại ít biến chứng. Móc của nẹp đặt vào dưới phía sau mẫu cùng vai và chiều cong của thân nẹp ôm sát bờ trên theo chiều cong sinh lý phía ngoài xương đòn. Ở Việt Nam mới có loại nẹp này và đã được sử dụng ở nhiều nơi trong đó có Bệnh viện Quân y 175. Để đánh giá ưu, nhược điểm của nẹp móc trong kết xương cho gãy đầu ngoài xương đòn ở người Việt Nam, chúng tôi làm nghiên cứu này với 2 mục tiêu:

1. *Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gãy kín đầu ngoài xương đòn bằng nẹp móc. Từ đó đưa ra chỉ định điều trị phẫu thuật cho gãy đầu ngoài xương đòn.*

2. *Xác định biến chứng của phẫu thuật kết xương bằng nẹp móc cho gãy đầu ngoài xương đòn.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 55 bệnh nhân gãy đầu ngoài xương đòn Neer II được phẫu thuật kết xương bằng nẹp móc từ tháng 6/2012 đến tháng 3/2016 tại Bệnh viện Quân y 175 theo các tiêu chuẩn sau:

- Tuổi 16 trở lên.
- Gãy kín đầu ngoài xương đòn với phân loại II theo Neer.

- Không có chống chỉ định về vô cảm và phẫu thuật.

- Đồng ý tham gia phẫu thuật, được đăng ký hồ sơ theo dõi và đánh giá kết quả điều trị.

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả - tiến cứu. Tất cả các bệnh nhân được lập hồ sơ bệnh án, tái khám định kỳ và thu thập số liệu.

3. Phương pháp mổ:

3.1, Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân nằm ngửa, đệm gối dưới vai có xương đòn gãy, tay bên xương gãy để dọc thân người hoặc cánh tay dọc thân người, khuỷu gấp 90°, bàn tay để trên bụng. Hoặc tư thế nửa nằm nửa ngồi (Beach chair).

3.2, Vô cảm: Tê tủy thần kinh cánh tay.

3.3, Các bước phẫu thuật:

Bước 1: Rửa da hình vòng cung ôm dọc theo bờ trước trên đầu ngoài xương đòn và mẫu cùng vai, chiều dài tùy thuộc vào vị trí, tính chất ổ gãy. Bóc tách tổ chức dưới da, mở rộng lên trên và xuống dưới để bộc lộ điểm bám của cơ delta, cơ thang.

Bước 2: Bóc tách phần cơ delta và cơ thang bám vào 2 đầu xương gậy để bộc lộ ổ gãy, lấy hết máu tụ, làm sạch 2 đầu xương gậy và các mảnh rời (nếu có), thám sát điểm bám dây chằng quạ đòn. Nắn chỉnh ổ gãy về vị trí giải phẫu. Xuyên cố định tạm ổ gãy bởi một đinh Kirschner từ mẫu cùng hay đầu ngoài qua ổ gãy vào đầu gần.

Bước 3: Vén cân cơ thang lên trên, bóc tách phần mềm phía sau khớp cùng đòn để tìm góc của gai vai - mẫu cùng vai. Đo độ sâu của gai vai - mẫu cùng vai. Đặt nẹp có chiều sâu móc nẹp tương ứng độ sâu mẫu cùng vừa đo sao cho móc của nẹp nằm dưới mẫu cùng và trong góc vừa bộc lộ. Nắn chỉnh sao cho chiều cong của nẹp phù hợp với chiều cong sinh lý của đầu ngoài xương đòn, bắt vít đầu trong của nẹp vào đầu gần ổ gãy, rút đinh Kirschner. Kiểm tra lại vị trí 2 đầu xương gậy và các mảnh rời (nếu có), bắt các vít còn lại. Có thể cố định tăng cường cho mảnh rời bằng vòng chỉ thép. Với gãy Neer IIB khâu dính lại điểm bám của dây chằng nón vào màng xương mặt dưới xương đòn vùng củ nón. Kiểm tra tầm vận động của khớp vai và độ vững của ổ gãy.

Bước 4: Rửa sạch vết mổ, dẫn lưu, tái tạo lại phần mềm. Khâu chồng cân cơ thang vào cân cơ Delta theo kiểu gấp nếp vạt áo để cơ ôm chặt 2 đầu xương gậy. Khâu dưới da và đóng da bằng các mũi khâu rời. Sát trùng bằng ép vết mổ.

3.4, Tập vận động phục hồi chức năng

- Sau mổ: Mang đai vai chi trên 2 - 3 tuần. Tập gồng cơ, vận động các khớp bàn tay, cổ tay, khuỷu.
- Sau 3 tuần: Vận động chủ động nhẹ có trợ giúp. Tập lại các hoạt động phục vụ cá nhân hàng ngày (ăn uống, đánh răng, tắm rửa...).
- Sau 8 tuần: Tập các bài vận động mạnh cho cơ delta, cơ thang. Các bài tập lấy lại tầm vận động khớp vai hoàn toàn.
- Sau 12 tuần: Tập dần trở lại công việc nghề nghiệp.
- Sau 16 tuần: Làm việc, chơi thể thao như trước khi tổn thương.

4. Đánh giá kết quả điều trị

4.1, Kết quả gần:

- Diễn tiến tại vết mổ.
- Kết quả nắn chỉnh ổ gãy, vị trí móc nẹp - nẹp sau phẫu thuật.
- Biến chứng trong phẫu thuật, biến chứng sớm sau phẫu thuật.
- VAS, Constant - Murley.

4.2, Kết quả xa: ở các lần tái khám và lần khám cuối sau lấy nẹp.

- Tình trạng sẹo sau phẫu thuật.
- Thời gian theo dõi.
- Mức độ liền xương.
- VAS, Constant.
- Mức độ hài lòng của bệnh nhân...

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung:

1.1, Giới tính: Nam (78.2 %), Nữ (21.8%). Tỷ lệ Nam/Nữ 3.58/1. Tỷ lệ này tương đương với kết quả của Hsin Yu Lin, nhưng cao hơn so với Xin Gu, Abdalla và thấp hơn so với Flinkkila.

1.2, Tuổi: ≤ 20 : (3.6%), 21- 39: (58.2%), 40- 59: (32.7%), ≥ 60 : (5.5%).

Chủ yếu gặp ở tuổi lao động. Tuổi trung bình của chúng tôi nhỏ hơn các tác giả nước ngoài.

1.3, Nghề nghiệp: Lao động chân tay (45.5%), Lao động trí óc (50.9%), Nghề khác (3.6%).

2. Đặc điểm lâm sàng:

2.1, Nguyên nhân: Tai nạn giao thông (92.7%), Tai nạn lao động (1.8%), Tai nạn sinh hoạt (1.8%), Tai nạn thể thao (1.8%), Tai nạn khác (1.8%). Tỷ lệ này tương đương các tác giả khác.

2.2, Cơ chế chấn thương: Trực tiếp (100%), Gián tiếp: 0.

2.3, Phân loại: Neer IIA (3.6%), Neer IIB (96.4%). Tỷ lệ này đối lập với các tác giả nước ngoài.

2.4, Tổn thương phối hợp: Có (18.2%), Không (81.8%). Trong đó Chấn động não (3.6%), Chấn thương hàm mặt (3.6%), Chấn thương ngực kín (9.2%), có tràn dịch màng phổi (1.8%).

3. Kết quả điều trị:

3.1, Thời điểm phẫu thuật: Trung bình: 1.97 (ngày). Trong đó: Trước 48 giờ (63.6%), Trước 1 tuần (27.3%), Sau 1 tuần (9.1%).

3.2, Thời gian phẫu thuật: Trung bình là 46.91 ± 6.49 phút. (30 - 65 phút).

3.3, Thời gian liền xương: Trung bình là: 4.31 ± 0.12 tháng. (3 - 6.5 tháng).

3.4, Thời gian lấy dụng cụ: Trung bình là: 7.57 ± 0.11 tháng. (5.5 - 10 tháng).

3.5, Thời gian theo dõi: Trung bình là 7.87 ± 0.14 tháng. (6 - 10 tháng).

3.6, Tiến triển vết mổ: Liền sẹo kỳ đầu (98.2%), Nhiễm trùng nông (1.8%).

3.7, Điểm VAS: Trung bình trước PT (7.18 ± 0.14), sau PT (4.58 ± 0.21), sau PT 1 - 3 tháng (1.49 ± 0.17), sau PT 4 - 6 tháng ($0.27 \pm$

0.11), sau PT 7 - 9 tháng (0.13 ± 0.06), lần khám cuối là 0.

3.8, Biên độ vận động khớp vai trước khi lấy dụng cụ.

- Khả năng làm việc tầm cao: Qua đầu (90.9%), Ngang đầu (7.3%), Ngang cổ (1.8%).
- Tay đưa ngang: $61 - 90^\circ$ (1.8%), $91 - 120^\circ$ (9.1%), $121 - 150^\circ$ (36.4%), $> 150^\circ$ (52.7%).
- Tay đưa ra trước: $61-90^\circ$ (1.8%), $91-120^\circ$ (9.1%), $121-150^\circ$ (38.2%), $> 150^\circ$ (50.9%).

• Tay xoay trong: Bình thường (72.7%), Hạn chế (25.5%), Khó (1.8%).

• Tay xoay ngoài: Bình thường (78.2%), Hạn chế (20.0%), Khó (1.8%).

3.9. Điểm Constant - Murley: Trước PT chúng tôi không đo do sợ biến chứng của đầu xương gãy. Trung bình sau PT (64.56 ± 0.69 điểm), sau PT 1 - 3 tháng (71.29 ± 0.78 điểm), sau PT 4 - 6 tháng (78.67 ± 0.84 điểm), sau PT 7 - 9 tháng (82.45 ± 0.69) và đạt 86.25 ± 0.58 điểm ở lần khám cuối.

3.10. Điểm Constant- Murley ở lần khám cuối

Constant Murley	Rất tốt (90- 100 đ)	Tốt (80- 89 đ)	Khá (70- 79 đ)	Xấu (< 70 đ)
Số lượng	15	33	6	1
Tỷ lệ (%)	27.3	60.0	10.9	1.8
Điểm TB	90	86	79	66

Phép kiểm Anova: $p < 0.001$

3.11, XQ sau phẫu thuật: Móc nẹp đúng vị trí (100%), Liên xương sau phẫu thuật (100%).

3.12, XQ ổ gãy sau phẫu thuật: Về vị trí giải phẫu (87.3%), Lệch một vỏ xương (12.7%).

3.13, Mòn mấu cùng vai trên XQ: Có (29.1%), Không (70.9%).

3.14, Mức độ hài lòng của bệnh nhân: Hài lòng (78.2%), Tương đối hài lòng (20.0%), Không hài lòng (1.8%).

V. KẾT LUẬN

❖ Kết luận 1: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật

- ✓ 100% bệnh nhân liền xương sau phẫu thuật, thời gian liền xương trung bình là 4.31 ± 0.12 .
- ✓ Mức độ đau của bệnh nhân giảm rõ theo thời gian giữa các lần tái khám sau phẫu thuật. Các bệnh nhân hết đau ở lần khám cuối sau khi lấy bỏ dụng cụ.
- ✓ Mức độ cải thiện của bệnh nhân theo thời gian thể hiện rõ qua điểm đánh giá Constant - Murley (trung bình 86.25 ± 0.58 ở lần khám cuối). Trong đó 27.3% đạt kết quả rất tốt (trung bình 90 điểm), 60% đạt kết quả tốt (trung bình 86 điểm), 10.9% đạt kết quả khá (điểm trung bình 79 điểm) và 1.8% có kết quả xấu (đạt 66 điểm).
- ✓ Sự phục hồi chức năng về tầm vận động khớp vai và các hoạt động hàng ngày của bệnh nhân diễn tiến tốt, nhất là sau khi lấy bỏ nẹp móc.

✓ 78.2% bệnh nhân hài lòng, 20.0% bệnh nhân tương đối hài lòng, và 1 bệnh nhân không hài lòng với kết quả điều trị phẫu thuật.

❖ Kết luận 2: Biến chứng của phẫu thuật kết xương bằng nẹp móc:

- ✓ Móc của nẹp bào mòn mấu cùng vai (29.1%).
- ✓ Gây hạn chế vận động khớp vai. Trong đó:
 - Hạn chế đưa tay ra trước (49.1%).
 - Hạn chế đưa tay ngang (47.3%).
 - Hạn chế xoay trong cánh tay (27.3%).
 - Hạn chế xoay ngoài cánh tay (21.8%).

Tuy nhiên, các hạn chế cử động này rất ít, không ảnh hưởng đến lao động và sinh hoạt.

Từ những kết luận trên chúng tôi nhận thấy nẹp móc là dụng cụ dùng để kết hợp gãy đầu ngoài xương đòn với phân loại Neer II rất phù hợp với người Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Balaji Sambandam, Rajat Gupta, Santosh Kumar, et.al (2014), Fracture of Distal end clavicle: A review, *Journal of Clinical Orthopaedic and Trauma*, 5, pp. 65 - 73.
2. Tapio Flinkkila, Akseli Heikkila, Kai Sirnio, et.al (2015), TightRope versus clavicle hook plate fixation for unstable distant clavicle fracture, *Eur J Ortho Surg Traumatol*, 25, pp. 465 - 469.
3. Xin Gu, Biao Cheng, Jian Sun, Kun Tao (2014), Arthroscopic evaluation for omalgia patients undergoing the clavicular hook plate fixation of distant clavicle fractures, *Journal of orthopaedic surgery and research*, 9(46).
4. Tsai Hsueh Leu, Wei Pin Ho, Tai Yuan Chang, et.al (2012), Clavicular hook plate: A

- better implant choi for fixation of unstable distant clavicular fracture, *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 4(5), pp. 270 - 274.
5. **Hsin Yu Lin, Poo Kuang Wong, Wei Pin Ho, et.al (2014)**, Clavicular hook plate may induce subacromial shoulder impingement and torator cuff lesion - dynamic sonography evaluation, *Journal of orthopaedic surgery and research*, 9(6).
 6. **Abdalla S, Abu Senna (2012)**, Hook plate fixation for dislaced neer type II lateral clavicle fracture, *AAMJ*, 10(3), pp.189 - 207.
 7. **Sylvia A Stegeman, Hakan Nacak, Koen HI Huvennaars, et.al (2013)**, Surgical treatment of Neer type II fracture of the distal clavicle, *Acta Orthopaedic*, 84(2), pp.184 - 190.

THỰC TRẠNG SÂU RĂNG Ở TRẺ MẮC TIM BẨM SINH TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG VÀ BỆNH VIỆN TIM HÀ NỘI NĂM 2016

Trần Thị Mỹ Hạnh*, Lương Minh Hằng*, Nguyễn Thị Mai*

TÓM TẮT²¹

Nghiên cứu được thực hiện trên 86 trẻ (từ 1-12 tuổi) bị mắc bệnh tim bẩm sinh (TBS) đang điều trị tại bệnh viện Nhi trung ương và bệnh viện Tim Hà Nội năm 2016. **Mục tiêu:** mô tả thực trạng bệnh sâu răng của 86 trẻ trên. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp mô tả cắt ngang. Trẻ được khám và phỏng vấn để xác định tỷ lệ sâu răng, chỉ số sâu mất trám răng sữa (smtr), răng vĩnh viễn (SMTR). **Kết quả:** 73,25% trẻ mắc bệnh TBS đang điều trị tại bệnh viện Nhi trung ương và bệnh viện Tim Hà Nội năm 2016 bị sâu răng, trong đó tỷ lệ sâu của nhóm răng sữa là 62,12% và tỷ lệ sâu của nhóm răng hỗn hợp là 95,65%. Chỉ số SMTR ở răng sữa và răng vĩnh viễn là 6,91 và 0,62. Tỷ lệ tổn thương được điều trị (M+T)/SMT chiếm tỷ lệ rất nhỏ ở răng sữa và răng vĩnh viễn tương ứng 19,61% và 11,76%. Các mặt răng có tỷ lệ sâu răng cao nhất là mặt má, mặt cắn. Mặt lưỡi có tỷ lệ sâu răng thấp nhất. **Kết luận:** Tỷ lệ sâu răng của nhóm nghiên cứu cao 73,25% trẻ bị sâu, tỷ lệ răng được điều trị thấp.

SUMMARY

DENTAL CARIES IN CHILDREN SUFFERED FROM CONGENITAL HEART DISEASES AT NATIONAL HOSPITAL OF PEDIATRICS AND HANOI HEART HOSPITAL IN 2016

The study was conducted on 86 children who were suffered from congenital heart diseases having been treated at National hospital of Pediatrics and Hanoi Heart hospital (aged from 1 to 12 years old). **Purpose:** To evaluate the frequency of dental caries

on these patients. **Research methodology:** cross-sectional study. These patients were examined and interviewed to identify their dental caries prevalence, the DMFT/dmft index. **Results:** 73,25% children who has been treated at National hospital of Pediatrics and Hanoi Heart hospital in 2016, had dental caries including the prevalence of dental caries on primary teeth was 62,12% and on permanent teeth was 95,65%. DMFT and dmft index were 0,62 and 6,91 respectively. The prevalence of treated lesions account for a small proportion on primary and permanent teeth were 19,61% and 11,76%. The most frequent dental surfaces suffering from caries were buccal as well as occlusal ones. **Conclusions:** the frequency of dental caries on these patients was high at 73,25%, the proportion of treated teeth was low.

Key words: dental caries prevalence.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sâu răng là một trong những bệnh răng miệng phổ biến nhất ở Việt Nam cũng như trên thế giới, theo thống kê của WHO năm 1997 khoảng 90% dân số mắc bệnh sâu răng [1]. Mặc dù y học ngày càng phát triển, các phương tiện chẩn đoán cũng như điều trị bệnh sâu răng ngày càng hiện đại nhưng tỷ lệ sâu răng vẫn còn cao, đặc biệt là sâu răng ở trẻ em. Năm 2010, kết quả điều tra của viện đào tạo Răng Hàm Mặt - trường đại học Y Hà Nội tại 5 tỉnh thành trong cả nước cho thấy tỷ lệ sâu răng sữa của học sinh 4 - 8 tuổi 81,6% [2]. Như vậy tỷ lệ sâu răng, đặc biệt là sâu răng sữa vẫn rất cao và chưa có sự thay đổi đáng kể, gây ra những hậu quả mà khắc phục lại khó khăn.

Sâu răng không những ảnh hưởng tới sức khỏe toàn thân mà còn là nguyên nhân gây ra các bệnh nội khoa nghiêm trọng, trong đó có bệnh tim mạch, đặc biệt là tim bẩm sinh. WuT

* Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y HN
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Mỹ Hạnh
Email: hanhbacsy@hotmail.com
Ngày nhận bài:
Ngày phản biện khoa học:
Ngày duyệt bài:

đã giải thích sâu răng gây ra các yếu tố viêm, tạo thuận lợi hình thành cục máu đông, là nguyên nhân gây bệnh tim mạch [3].

Bệnh tim mạch vẫn là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tử vong của người bệnh trên toàn thế giới. Ở Việt Nam theo các báo cáo của viện Nhi tỷ lệ tim bẩm sinh là khoảng 1,5% trẻ vào viện và khoảng 30 - 55% trẻ vào khoa tim mạch [4]. Vì vậy ảnh hưởng của sâu răng và biến chứng lên bệnh nhân tim bẩm sinh là rất nghiêm trọng và cấp bách nên hiểu biết và chăm sóc sức khỏe răng miệng cho đối tượng này ngay từ ban đầu rất cần thiết. Do vậy chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: **Mô tả thực trạng sâu răng ở nhóm trẻ bị tim bẩm sinh tại một số bệnh viện ở Hà Nội năm 2016.**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Trẻ mắc bệnh TBS đang điều trị tại bệnh viện Nhi trung ương và bệnh viện Tim Hà Nội năm 2016.

- *Tiêu chuẩn lựa chọn:* Trẻ được chẩn đoán bị mắc bệnh TBS từ 1 – 12 tuổi, bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa, đủ sức khỏe và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Trẻ không đủ sức khỏe, không tự nguyện tham gia nghiên cứu, trẻ không hợp tác, trẻ mắc các bệnh toàn thân phối hợp khác

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Địa điểm: Khoa Nội Nhi bệnh viện Tim Hà Nội, khoa Tim mạch Nhi bệnh viện Nhi TW.

- Thời gian: Từ 9/ 2015 đến 5/2016

2.3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên bệnh nhân mắc bệnh TBS từ 1-12 tuổi tại địa điểm nghiên cứu.

2.4. Phương pháp chọn mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cắt ngang

$$n = Z_{(1-\alpha/2)}^2 \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

- n là cỡ mẫu tối thiểu
- p là tỉ lệ trẻ mắc bệnh TBS bị bệnh răng miệng, ước tính $p = 0,85$; $1-p = 0,15$

- α là mức ý nghĩa thống kê, chọn $\alpha = 0,05$, tra bảng $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$

- d là sai số biên của ước lượng, ở đây ta chọn $d = 0,08$

Vậy cỡ mẫu tối thiểu cần có là 76 bệnh nhân, trong nghiên cứu thực tế chúng tôi đã khám 86 bệnh nhân.

2.5. Các biến số nghiên cứu

Trẻ sau khi khám sẽ được đánh giá tình trạng sâu răng dựa vào các chỉ số: tỷ lệ sâu răng, chỉ số smtr(SMTR). Sâu răng được chẩn đoán theo tiêu chuẩn chẩn đoán sâu răng theo ICDAS. Tỷ lệ sâu răng được tính bằng tổng số trẻ có răng sâu chia cho số trẻ em được khám. Tuy nhiên, để đánh giá tình trạng sâu răng của các nước, các khu vực và trên toàn cầu WHO sử dụng chỉ số smtr(SMTR). Chỉ số smtr(SMTR) là tổng số răng sâu, răng mất do sâu, răng trám do sâu trên tổng số trẻ được khám. Ngoài ra chúng tôi còn tính chỉ số răng sâu trên các mặt của răng.

2.6. Phân tích số liệu

Các số liệu thu thập được của nghiên cứu được xử lý theo các thuật toán thống kê y học trên máy tính bằng phần mềm IBM SPSS 20 để tính toán các thông số thực nghiệm: trung bình, độ lệch chuẩn. Các biến số định tính được trình bày theo tỉ lệ %. Số liệu được trình bày bằng bảng và biểu đồ minh họa.

Giá trị $p < 0.05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu

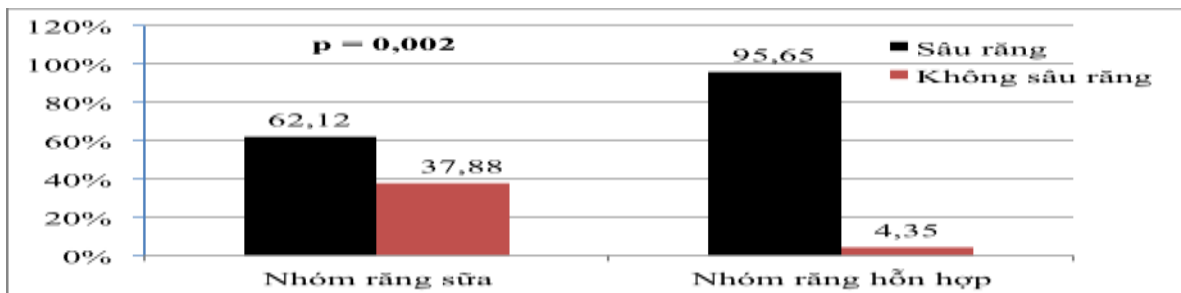
- Tiến hành nghiên cứu đảm bảo tính y đức.
- Thông tin thu thập chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.
- Khách quan trong đánh giá, phân loại.
- Trung thực trong xử lý số liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng sâu răng ở trẻ bị tim bẩm sinh

Trong 86 đối tượng nghiên cứu mắc bệnh TBS có 63 trẻ bị sâu răng (chiếm 73,25%), tỷ lệ nữ chiếm 50,79%, nam chiếm 49,21%. Sự khác biệt về giới không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Trong đó có tỷ lệ sâu răng nhóm trẻ có bộ răng hỗn hợp 95,65% cao hơn nhóm trẻ có bộ răng sữa 62,12%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (kiểm định Fisher's Exact).

Biểu đồ 1: Phân bố sâu răng theo nhóm trẻ có bộ răng sữa và răng hỗn hợp



3.2. Tỷ lệ sâu răng ở trẻ bị TBS theo chỉ số smtr(SMTR)

Bảng 1: Phân bố chỉ số Sâu - Mất - Trám

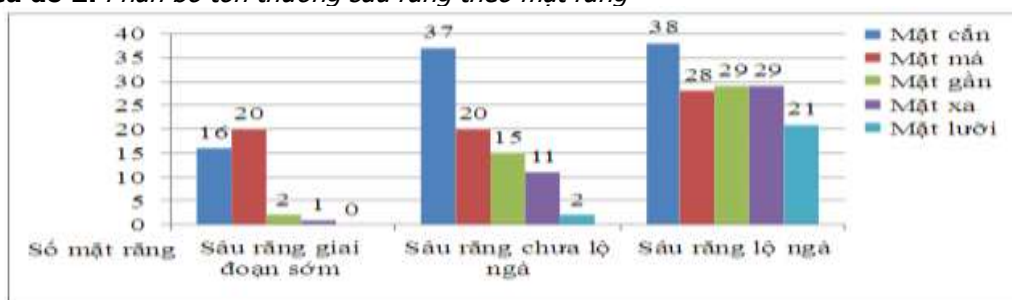
Nhóm răng		S	M	T	SMT	M+T	S/SMT (%)	(M+T)/S MT (%)
Răng sữa	Răng	6,67	0,13	0,10	6,91 ± 6,46	10	80,39	19,61
	Mặt răng	13,73	0,67	0,12	14,52 ± 17,74			
Răng vĩnh viễn	Răng	0,55	0	0,67	0,62 ± 1,42	2	88,24	11,76
	Mặt răng	0,67	0	0,67	0,74 ± 2,05			

Nhận xét:

- Chỉ số smtr răng sữa là $6,91 \pm 6,46$, SMTR răng vĩnh viễn là $0,62 \pm 1,42$.
- Tỷ lệ tổn thương được điều trị (M+T)/SMT chiếm tỷ lệ rất nhỏ ở răng sữa và răng vĩnh viễn tương ứng 19,61% và 11,76%.

3.3. Mức độ tổn thương sâu răng theo các mặt răng

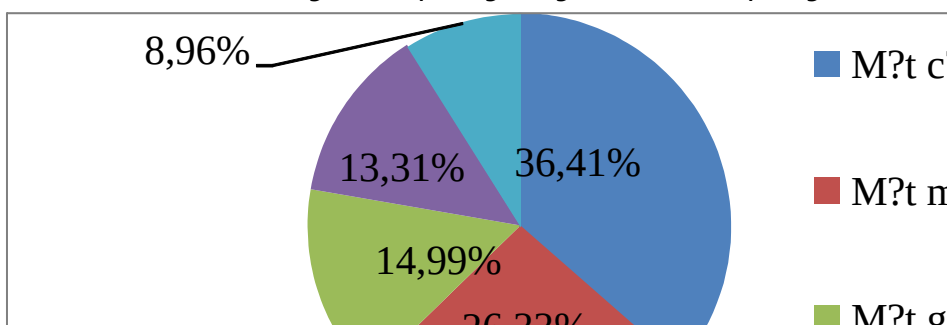
Biểu đồ 2: Phân bố tổn thương sâu răng theo mặt răng



Nhận xét:

- Đối với sâu răng giai đoạn sớm thì mặt má hay gặp nhất nhưng đến giai đoạn sâu răng chưa lộ ngà răng, sâu lộ ngà răng thì tỷ lệ mặt răng hay gặp nhất lại là mặt cắn, sau đó là đến mặt má.
- Mặt răng có tỷ lệ thấp nhất trong sâu răng giai đoạn sớm, sâu chưa lộ ngà răng, sâu lộ ngà răng đều là mặt lưỡi.

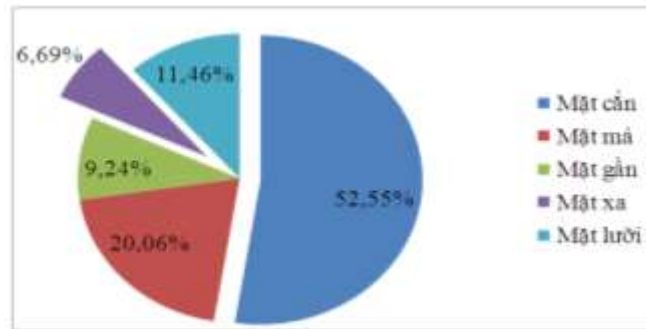
Biểu đồ 3: Phân bố tổn thương theo mặt răng trong nhóm trẻ có bộ răng sữa



Nhận xét:

- Trong nhóm trẻ có bộ răng sữa tỷ lệ sâu mặt cắn cao nhất 36,41%, thấp nhất là mặt lưỡi 8,96%

Biểu đồ 4: Phân bố tổn thương theo mặt răng trong nhóm trẻ có bộ răng hỗn hợp



Nhận xét: Trong nhóm trẻ có bộ răng hỗn hợp tỷ lệ sâu mặt cắn cao nhất 52,55%, thấp nhất là mặt xa 6,69%.

IV. BÀN LUẬN

Điểm nổi bật của nhóm đối tượng là nhóm trẻ bị tim bẩm sinh nên cha mẹ thường quan tâm vấn đề bệnh toàn thân của trẻ mà bỏ qua vấn đề răng miệng, việc tăng cường dinh dưỡng bằng các bữa ăn phụ mà không được chăm sóc răng miệng đúng cách là một trong những yếu tố nguy cơ. Trẻ thường xuyên phải nằm và điều trị tại các bệnh viện vì vậy vấn đề chăm sóc răng miệng cũng thường không được chú ý. Nghiên cứu của chúng tôi còn nhiều hạn chế do cỡ mẫu còn chưa lớn và phân bố trẻ trong các nhóm tuổi không đồng đều.

Tỷ lệ sâu răng trong nghiên cứu 73,25%. Tỷ lệ này cao hơn so với tỷ lệ sâu răng 42,2% của Rai K năm 2009 [6] và thấp hơn tỷ lệ sâu răng 85,58% của Phạm Thị Thu Thủy năm 2012 [7], sở dĩ có sự khác biệt này do nghiên cứu của Rai K cách đây gần 15 năm và điều kiện kinh tế xã hội khác xa nhau giữa Việt Nam và Ấn Độ, còn nghiên cứu của Phạm Thị Thu Thủy có nhóm đối tượng có phân bố độ tuổi rộng và đồng đều hơn nghiên cứu của chúng tôi.

Trong 63 trẻ sâu răng, tỷ lệ sâu răng ở nam và nữ là tương đương nhau (70,45% và 76,19%). Ở cả nam và nữ tỷ lệ sâu răng cao gấp 2,73 lần (73,25%/26,75%) so với không sâu răng. Theo nghiên cứu của Phạm Thị Thu Thủy nam và nữ sâu răng tương đương nhau (87,5% và 84%) và tỷ lệ trẻ sâu răng cao gấp 5,99 lần (85,71%/14,29%) trẻ không sâu răng [7]. Sự khác biệt này có thể do lứa tuổi đối tượng trong nghiên cứu của Phạm Thị Thu Thủy là trẻ từ 3 - 12 tuổi, còn nghiên cứu của chúng tôi từ 1 - 12 tuổi bao gồm thêm một phần trẻ ít có nguy cơ

sâu răng hơn do răng sữa giai đoạn đầu chưa tiếp xúc lâu dài với các yếu tố gây sâu răng.

Tỷ lệ sâu răng nhóm răng hỗn hợp 95,65% cao hơn nhóm răng sữa 62,12% , cho thấy răng sâu trong thời kỳ răng sữa không được điều trị tiếp diễn đến thời kỳ răng hỗn hợp, mặc dù có sự thay răng làm cho một số răng sâu mất đi do sự thay răng sinh lý nhưng lại có sâu thêm các răng vĩnh viễn nên tỷ lệ sâu răng trong thời kỳ răng hỗn hợp vẫn rất cao.

Chỉ số smtr răng sữa $6,91 \pm 6,46$ đều cao hơn các nghiên cứu khác cả trong và ngoài nước. Có sự khác biệt này do cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ trẻ có bộ răng sữa hoàn thiện và giai đoạn răng hỗn hợp trong giai đoạn mới bắt đầu thay răng vĩnh viễn chiếm phần lớn, hơn nữa điều kiện kinh tế xã hội, các chương trình chăm sóc, dự phòng và điều trị các bệnh răng miệng của mỗi nhóm đối tượng nghiên cứu khác nhau dẫn đến tình trạng sức khỏe toàn thân và sức khỏe răng miệng khác nhau. Đặc biệt trong nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy có tới 41,57% gia đình điều kiện khó khăn, 41,57% cha mẹ đều làm nông nghiệp nên tỷ lệ sâu răng trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu khác.

Chỉ số SMTR răng vĩnh viễn $0,62 \pm 1,42$ trong nghiên cứu thấp hơn so với nghiên cứu của Phạm Thị Thu Thủy và Franco, sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu chúng tôi đa phần trẻ mới mọc được răng cửa vĩnh viễn và răng hàm lớn vĩnh viễn vì vậy thời gian tiếp xúc với các yếu tố gây sâu răng còn ngắn nên tỷ lệ sâu răng có thể thấp. Trong nghiên cứu của Franco năm 1996 là hai nghiên cứu đã từ thời

gian dài trước đây nên các phương tiện dự phòng, chăm sóc răng miệng chưa được quan tâm đúng mực, chưa phát triển như ngày nay, mối quan tâm của xã hội và cha mẹ trẻ bị tim bẩm sinh với các vấn đề chăm sóc răng miệng chưa thực sự được chú ý.

Tỷ lệ tổn thương được điều trị (M+T)/SMT chiếm tỷ lệ rất nhỏ ở răng sữa và răng vĩnh viễn tương ứng 19,61% và 11,76%, cho thấy mức độ sâu răng được điều trị là rất thấp. So sánh với nghiên cứu của Phạm Thị Thu Thủy [7] có tỷ lệ trẻ được trám răng sữa là 5,62% tương đương với nghiên cứu của chúng tôi.

Các mặt răng có tỷ lệ cao nhất trong sâu giai đoạn sớm, sâu chưa lộ ngà răng, sâu lộ ngà răng tương ứng là mặt má, mặt cắn. Các mặt răng có tỷ lệ thấp nhất trong sâu giai đoạn sớm, sâu chưa lộ ngà răng, sâu lộ ngà răng đều là mặt lưỡi.

Trong nhóm trẻ có bộ răng sữa tỷ lệ sâu mặt cắn lớn nhất 36,41%, thấp nhất là mặt lưỡi 8,96% và trong nhóm trẻ có bộ răng hỗn hợp tỷ lệ sâu mặt cắn lớn nhất 52,55%, thấp nhất là mặt xa 6,69%. Sở dĩ có sự khác biệt này do mặt lưỡi là nơi có sự tự làm sạch của lưỡi và nước bọt nhiều hơn các mặt khác nên với trẻ chưa có khả năng và ý thức chăm sóc răng miệng tốt thì giúp cho mặt lưỡi ít sâu hơn.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ sâu răng của trẻ bị tim bẩm sinh là 73,25%, tỷ lệ sâu răng ở nam và nữ là tương đương nhau, (70,45% và 76,19%).

- Chỉ số Sâu - Mất - Trám răng vĩnh viễn là $0,62 \pm 1,42$, chỉ số sâu - mất - trám răng sữa là $6,91 \pm 6,46$.

- Tỷ lệ tổn thương được điều trị (M+T)/SMT chiếm tỷ lệ rất nhỏ ở răng sữa và răng vĩnh viễn tương ứng 19,61% và 11,76%.

- Các mặt răng có tỷ lệ sâu răng cao nhất là mặt má, mặt cắn. Mặt lưỡi có tỷ lệ sâu răng thấp nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (1997), *Global data on dental caries levels for 12 years and 35 - 44 years*, Geneva 5 - 8, 38.
2. Trương Mạnh Dũng và Vũ Mạnh Tuấn (2010), *Khảo sát thực trạng bệnh sâu răng - bệnh quanh răng và một số yếu tố thực hành chăm sóc răng miệng ở học sinh 4 - 8 tuổi tại một số tỉnh thành Việt Nam năm 2010*, viện đào tạo răng hàm mặt - trường đại học Y Hà Nội, tr. 4 - 20.
3. Meurman JH, Janket SJ, Qvarnstrom M, Nuutinen P (2003), Dental infections serums inflammatory markers in patients with and without, *severe heart disease*, Oral Surcy Mid Oral Pathol Oral Radiol Endod, 2003 Dec, **96** (6): 695 - 700.
4. Nguyễn Gia Khánh (2013), *Bài giảng nhi khoa tập 2*, nhà xuất bản Y học, tr. 15,24.
5. Trương Mạnh Dũng (2014), *Nha Khoa cộng đồng tập 1*, nhà xuất bản Y học, tr.189 - 196.
6. Rai K, Supriya S, Hegde AM (2009), Oral health status of children with congenital heart disease and the awareness, attitude and knowledge of their parents, *J Clin Paediatric Dent*, **33**: 315 - 318.
7. Phạm Thị Thu Thủy (2012), Thực trạng sâu răng và viêm lợi của trẻ em mắc bệnh tim mạch ở bệnh viện Nhi Trung Ương, *Luận án tốt nghiệp bác sĩ y khoa trường đại học Y Hà Nội*, tr. 47.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ QUẪM MI TRÊN BẰNG PHƯƠNG PHÁP DỊCH CHUYỂN HÀNG CHÂN LÔNG MI

Nguyễn Quốc Đạt*

TÓM TẮT²²

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm lâm sàng quặm mi trên do sẹo và đánh giá kết quả của phương pháp phẫu thuật dịch chuyển hàng chân lông mi. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiến cứu, mô tả và theo dõi dọc. Phẫu thuật dịch chuyển hàng chân lông

mi có kèm theo lạnh đông hoặc không có lạnh đông cho 64 bệnh nhân với 118 mắt bị quặm sẹo mi trên; thời gian theo dõi là 6 tháng. **Kết quả:** tỷ lệ mắc bệnh cao nhất ở lứa tuổi từ 56 tuổi đến trên 75 tuổi chiếm 81,25%, quặm độ III, IV chiếm tỉ lệ 76,27%, quặm độ II chiếm tỷ lệ 23,73%. 78 mắt được phẫu thuật dịch chuyển hàng chân lông mi đơn thuần và 40 mắt có kết hợp lạnh đông. Kết quả sau mổ: độ vĩnh lông mi sau 1 tuần phẫu thuật là 100% có độ vĩnh mi tốt, sau 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng độ vĩnh mi tốt giảm còn 95,76% và độ vĩnh mi trung bình là 4,24%. **Kết luận:** phẫu thuật dịch chuyển hàng lông mi có hoặc không kết hợp lạnh đông có thể sử dụng cho những trường hợp quặm nặng (độ III, IV) hoặc quặm tái

* Bệnh viện Mắt Đà Nẵng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quốc Đạt

Email: doctordat@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

phát, tình trạng sụp bị mất tương đối (loại trừ những trường hợp teo sụp hơn 1/2 cần phải ghép sụp).

Từ khóa: Quặm mí trên do sẹo, phẫu thuật dịch chuyển hàng chân lông mí.

SUMMARY

THE RESULTS OF SURGICAL METHOD OF THE EYE ANTERIOR LAMELLA REPOSITION

Purpose: To comment on clinical properties of the upper eyelid cicatricial entropion due to scar and evaluate the results of surgical method of the eye anterior lamella reposition. **Methods:** A longitudinally prospective non-control descriptive study. The surgery of the eyelashes reposition with or without cryotherapy for 64 patients with 118 cicatricial entropions of eyes. The follow-up duration is 6 months. **Results:** The highest rate of the upper eyelid cicatricial entropion from the age of 56 to 75 of up are 81,25%. The cicatricial entropion in grades III and IV are 76,27%, and grade 2 is 23.73%. There were 78 eyes operated the anterior lamellar reposition without cryotherapy, and 40 eyes combined with cryotherapy. The result of postoperation: the perfect everted eyelashes rate was 100% after 1 week, this rate reduced to 95,76% after 1, 3 and 6 months, and 4,2% was changed to the middle grade.

Conclusions: The surgery of the eyelash row reposition with or without cryotherapy can be used for severe cicatricial entropion (grade III and IV) and recurrent entropion. This includes cases of a part defection of the tarsus (not including cases of the atrophy more than a half of the tarsus because tarsal graft should be done).

Key words: upper eyelid cicatricial entropion, The surgery of the eyelash row reposition.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Quặm là tình trạng bất thường của mí mắt làm cho bờ mí quay vào trong, khiến cho lông mí cọ vào bề mặt nhãn cầu gây kích thích mãn tính kết giác mạc, là tác nhân gây viêm loét giác mạc. Trước những năm 1960, quặm do di chứng của bệnh mắt hột là nguyên nhân số một gây mù lòa ở Việt Nam. Qua nhiều năm với sự nỗ lực của ngành y tế, cùng với sự đi lên của đất nước, đời sống nhân dân và hệ thống cung cấp nước sạch được cải thiện, điều kiện dân trí nâng cao, ý thức vệ sinh phòng bệnh cho nhân dân đã làm cho bệnh mắt hột được giảm dần theo thời gian kéo theo tỷ lệ biến chứng quặm giảm từ 20% (trước 1960) xuống còn 1,75% (1990) và 1,15% (1996). Quặm có thể gây ra các biến chứng như viêm kết giác mạc kéo dài, màng máu giác mạc, sẹo giác mạc. Loét giác mạc do quặm có thể dẫn đến thủng giác mạc, gây viêm nội nhãn ảnh hưởng đến chức năng thị giác và thẩm mỹ. Vì

vậy, phát hiện và điều trị quặm sớm là rất quan trọng, góp phần cải thiện tình trạng bề mặt nhãn cầu, chẩn đoán và điều trị những bệnh lý ở giác mạc hiệu quả hơn. Để tiến hành điều trị quặm, chúng ta có rất nhiều phương pháp phẫu thuật quặm khác nhau tùy thuộc vào từng thể loại, mức độ, vị trí và biến chứng của quặm như Panas, Trabut, Cuénod-Nataf...

Tại Đà Nẵng, mặc dù bệnh mắt hột gần như đã được thanh toán, nhưng tỷ lệ bệnh nhân đến khám và điều trị quặm vẫn cao, cho đến nay chưa có đề tài nào nghiên cứu về bệnh quặm mí, cũng như phương pháp điều trị quặm hiệu quả đối với từng thể loại quặm. Chính vì vậy, để chọn lựa phương pháp nào là thích hợp đối với quặm mí trên, chúng tôi tiến hành đề tài: "*Kết quả điều trị quặm mí trên bằng phương pháp phẫu thuật dịch chuyển hàng chân lông mí tại Bệnh viện Mắt Đà Nẵng*". Nhằm mục tiêu: "*Nhận xét đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị quặm mí trên do sẹo bằng phương pháp phẫu thuật dịch chuyển hàng chân lông mí*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu:

Chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu 64 bệnh nhân với 118 mắt bị quặm mí trên do sẹo mắt hột và bỏng mắt, đến nhập viện và điều trị tại Khoa Chấn thương và tạo hình Bệnh viện Mắt Đà Nẵng từ tháng 6 năm 2010 đến tháng 2 năm 2012

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân bị quặm mí trên có tình trạng sụp mí teo nhỏ <1/2 chiều cao hoặc mất sụp.

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

Theo phương pháp nghiên cứu tiền cứu, tất cả những bệnh nhân quặm mí.

Phương tiện khám: Bảng thị lực vòng hở Landolt, nhãn áp kế Schiotz, máy sinh hiển vi, máy chụp ảnh, thuốc nhuộm Fluorescein, phiếu theo dõi.

Thăm khám và phân loại quặm: Bệnh nhân được thăm khám đánh giá toàn bộ tình trạng mí mắt: đánh giá mức độ thừa da mí, bờ mí, lông mí (có lông mí phụ hay không), vị trí đường xám, lỗ tuyến, bề mặt sụp kết mạc mí, tình trạng sụp mí (độ dày của sụp, chiều cao của bản sụp). Phân loại mức độ quặm theo tiêu chuẩn của tổ chức y tế thế giới, lập kế hoạch phẫu thuật, phẫu thuật và theo dõi tất cả bệnh nhân trong suốt quá trình nghiên cứu. Thu thập số liệu thực tế của từng bệnh nhân được ghi nhận qua hồ sơ

bệnh án điều trị nội trú và sổ khám theo dõi ngoại trú về sau (1 tuần, 2 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng).

Phương tiện phẫu thuật: Bộ dụng cụ phẫu thuật trung phẫu, máy lạnh đông, máy đốt điện, kính lúp và đèn trán (tùy từng phẫu thuật viên)

Phương pháp phẫu thuật: Chúng tôi áp dụng phương pháp phẫu thuật dịch chuyển hàng chân lông mi với những bước cơ bản sau:

- Tê mi trên tại chỗ bằng medicain 2%
- Dùng dao 15 rạch da tại nếp mi, cắt bỏ bớt da mi thừa nếu có.

- Dùng dao 15 rạch bờ mi dọc theo đường xám, khoảng giữa hàng chân lông mi và hàng lỗ tuyến Meibomians cố gắng không làm tổn thương lông mi lành. Phẫu tích sâu qua đường xám giữa bản sụn và cơ vòng cung mi. Bộc lộ toàn bộ mặt trước của bản sụn. Lúc này mi được chia thành 2 lá: lá trước (da và cân cơ) lá sau (sụn và kết mạc).

- Cắt buồng cơ Muller khỏi bờ trên sụn, phẫu tích lên trên giữa kết mạc và cơ Muller khoảng

5-10mm, đốt cầm máu cung mạch, cốt để bản sụn dài thêm ra được 3-4mm.

- Nếu còn lông mi ở lá sau (lông xiêu), đặt conformer bảo vệ giác mạc, lạnh đông bờ mi của lá sau để diệt nang lông nhiệt độ khoảng -20°C

- Đặt lá trước lùi lên trên so với lá sau khoảng 2-4mm, cố định hành lông mi lên bản sụn mi bằng chỉ vicryl 6.0 hoặc 7.0

- Cố định lá trước với lá sau 3 mũi rời ở bờ trên của sụn

- Đóng da mi bằng chỉ vicryl 7.0

Đánh giá kết quả giải phẫu

Chúng tôi đánh giá độ vĩnh của lông mi theo tiêu chuẩn của Tôn Thị Kim Thanh

Tốt: Lông mi không cọ vào giác mạc và vĩnh ra ngoài.

Trung bình: Lông mi không chạm vào giác mạc nhưng có xu hướng đổ vào trong

Xấu: Còn lông mi chạm vào giác mạc.

Xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng chương trình Epi info 2002.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- **Tình hình bệnh nhân**

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo giới, tuổi

Giới/Tuổi	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65	66-75	>75	Tổng số (%)
Nam	1	0	1	2	5	6	9	24 (37,5)
Nữ	2	0	3	3	13	8	11	40 (62,5)
Tổng số	3	0	4	5	18	14	20	64 (100)
Tỉ lệ %	4,69	0	6,25	7,81	28,13	21,87	31,25	100

Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ mắc bệnh cao nhất ở lứa tuổi cao niên từ 56 tuổi đến trên 75 tuổi chiếm đến 81,25%, trong đó bệnh nhân ở tuổi trên 75 chiếm 31,25%.

Mức độ quặm mi

Bảng 2. Mức độ quặm mi (n = 118)

Mức độ quặm mi	n	Tỷ lệ (%)
Quặm độ I	0	0
Quặm độ II	28	23,73
Quặm độ III	55	46,61
Quặm độ IV	35	29,66
Tổng	118	100

Qua bảng 2 chúng tôi thấy quặm độ III chiếm tỷ lệ cao nhất 46,61%, tiếp đến là quặm độ IV chiếm tỷ lệ 29,66%, quặm độ II chiếm tỷ lệ 23,73%, không có trường hợp nào quặm độ I.

Tình trạng mắt trước và sau phẫu thuật

Bảng 3. Tình trạng mắt trước và sau phẫu thuật

Triệu chứng thực thể	Trước PT(%)	Sau phẫu thuật			
		1 tuần	1 tháng	3 tháng	6 tháng
Lông mi cọ vào giác mạc	118(100)	0	0	0	0
Khô mắt	26(22,03)	11(9,32)	6(5,08)	4(3,39)	0
Viêm giác mạc	19(16,10)	11(9,32)	6(5,08)	1(0,85)	0
Loét giác mạc	1(0,85)	1(0,58)	1(0,58)	0	0
Sẹo giác mạc	24(20,34)	24(20,34)	24(20,34)	25(21,19)	25(21,19)

Không tr/chứng	0	77(65,25)	84(71,19)	89(75,42)	93(78,81)
----------------	---	-----------	-----------	-----------	-----------

Lông mi cạ lên giác mạc chiếm tỷ lệ cao 100%, tiếp đến là tình trạng khô mắt chiếm 22,03%, sẹo giác mạc chiếm 20,34% và viêm giác mạc chiếm 16,10%. Qua bảng 3, cho thấy các dấu hiệu tổn thương của quặm lên bề mặt giác mạc tại các thời điểm sau phẫu thuật so với trước phẫu thuật có sự thay đổi đáng kể. Trước phẫu thuật bệnh nhân có các dấu hiệu tổn thương của quặm trên giác mạc là 100%, sau phẫu thuật 1 tuần là 34,75%, sau 1 tháng 28,81%, sau 3 tháng 24,58% và 6 tháng là

21,19%. Sự thay đổi tổn thương tại các thời điểm sau phẫu thuật không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Sự thay đổi tổn thương trước và sau mổ lại có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Nhưng tổn thương này có chủ yếu ở mắt quặm độ III và IV

Phẫu thuật: Chúng tôi có 118 mắt được phẫu thuật, có 78 mắt được phẫu thuật dịch chuyển hàng chân lông mi đơn thuần chiếm 66,10% và 40 mắt được phẫu thuật dịch chuyển hàng chân lông mi kết hợp lạnh đông chiếm tỷ lệ 33,90%

Kết quả giải phẫu sau phẫu thuật (độ vĩnh lông mi)

Bảng 4. Kết quả về độ vĩnh của lông mi tại các thời điểm (n=118)

Độ vĩnh lông mi	1 tuần		1 tháng		3 tháng		6 tháng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Tốt	118	100	113	95,76	113	95,76	113	95,76
Trung bình	0	0,00	5	4,24	5	4,24	5	4,24
Xấu	0	0,00	0	0,00	0	0,00	0	0,00

Từ bảng 4, kết quả của độ vĩnh lông mi sau 1 tuần phẫu thuật là 100% có độ vĩnh mi tốt, sau 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng độ vĩnh mi tốt giảm còn 95,76% và độ vĩnh mi trung bình là 4,24%. Chúng tôi không có trường hợp nào có độ vĩnh mi xấu. 5 trường hợp lông mi có xu hướng đâm vào trong nhưng không chạm tới giác mạc. Sự khác biệt về kết quả phẫu thuật tại các thời điểm theo dõi không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$).

Biến chứng sau phẫu thuật: Biến chứng sau phẫu thuật, chúng tôi có 3 mắt bị chảy máu sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ 2,54%, không có trường hợp nào bị nhiễm trùng vết mổ và mi nhắm không kín. Chúng tôi không xử trí gì chỉ cần băng ép 1 ngày sau hết chảy máu

IV. BÀN LUẬN

Từ trước đến nay khi xử trí quặm mi chúng ta thường áp dụng các phương pháp như Panas, Trabut, Cuénod-Nataf... và đã giải quyết đáng kể tất cả các thể loại quặm góp phần vào công tác phòng chống mù lòa do bệnh mắt hột ở nước ta nhiều năm ở thế kỷ trước. Các phẫu thuật trên đã được áp dụng tới tận tuyến xã, phường. Cho đến nay, chúng ta đã có thể đánh giá và phân loại quặm với những cơ chế bệnh sinh khác nhau, như quặm thoái hóa (involucional) thường gặp ở tuổi già là do nhão mi theo chiều ngang và mắt bám của các cơ kéo mi (thường gặp ở mi dưới). Trái lại quặm mi trên thường gặp nhiều là quặm sẹo (nguyên nhân do mắt hột, bồng mắt,

hội chứng steven- Johnson...). Sẹo làm cơ kéo kết mạc và sẹo ở sụn gây teo hoặc phì đại sụn mi làm biến dạng sụn, lá sau bị rút ngắn khiến bờ mi quay vào trong. Khái niệm về sự rút ngắn của lá sau so với lá trước là điểm quan trọng để bàn về quặm sẹo. Quá trình sẹo cơ rút xảy ra ở kết mạc mi và sụn mi làm lá sau ngắn lại, hơn nữa sự viêm nhiễm mãn tính của bờ mi gây rối loạn bài tiết của các tuyến bờ mi, quá trình sừng hóa ở bờ mi, tất cả những rối loạn trên làm bờ mi từ góc vuông biến thành góc tù, kết mạc ăn lan ra trước, lông mi mọc lộn xộn, đâm vào bề mặt nhãn cầu. Mục đích điều trị quặm sẹo là phục hồi chiều dài trở lại bình thường của lá sau. Có nhiều phương pháp phẫu thuật như quay đầu sụn, ghép niêm mạc, ghép sụn tự thân, bẻ sụn...

Qua nhiều năm phẫu thuật quặm chúng tôi nhận thấy rằng phẫu thuật panas hay Cuénod-Nataf đều cùng mục đích làm dài lá sau nhưng chính bản thân phẫu thuật này làm tổn thương đến sụn nhiều. Chúng tôi khám trên những bệnh nhân đã được phẫu thuật quặm, nhưng quặm tái phát thấy sụn teo lại và dày lên, mi cong lên hình dấu mũ, mắt nhắm không kín, nhiều trường hợp mất cả sụn nhưng lông mi vẫn đâm vào mắt. Chúng tôi cho rằng phẫu thuật dịch chuyển hàng lông mi cùng mục đích làm dài lá sau nhưng có thể bảo vệ được kết mạc và sụn mi không bị tổn thương thêm do phẫu thuật cắt sụn.

Về kỹ thuật: Phẫu thuật đòi hỏi bác sỹ nhãn khoa có chuyên khoa sâu về chỉnh hình, nắm vững về giải phẫu ứng dụng mi mắt, có dụng cụ

phẫu thuật chuyên biệt cho phẫu thuật thẩm mỹ, máy lạnh đông, máy đốt điện.

Khám lâm sàng đánh giá bờ mi, lông mi, bề mặt kết mạc sụn mi, mức độ da mi thừa, phân định mức độ quặm để lập kế hoạch chọn lựa phẫu thuật. Bệnh nhân đến với chúng tôi từ các nơi đều là những trường hợp quặm nặng từ độ III đến độ IV hơn 1/3 số đó đã được mổ quặm từ nhiều năm trước.

Về kỹ thuật phẫu thuật: Chúng tôi cho rằng đường rạch ban đầu đi qua đường xám phải cố gắng bảo vệ được hàng chân lông mi lành, khi phẫu tích mi thành hai lá bộc lộ được toàn bộ bề mặt sụn mi đến bờ trên của sụn mi để bộc lộ cơ Muller, việc giải phóng cơ Muller khỏi kết mạc

cũng làm cho lá sau dài thêm được 3-4mm. Đặt lùi lá trước so với lá sau từ 2-4mm (tùy theo mức độ quặm và tình trạng lông mi) để không cho những lông mi mọc quay vào trong đâm vào giác mạc. Phần sụn để hở có thể tự lành hoàn toàn sau vài ngày đến một tuần. Sau 3 tháng tái khám chúng tôi chỉ thấy một đường sẹo mờ ở bờ mi, toàn bộ lông mi mọc trên đường rạch. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ thành công trên 95%, có 5 trường hợp có lông mi mọc trên đường rạch nhưng hướng quay vào trong không chạm vào giác mạc, trong phẫu thuật những trường hợp có hàng lông mi phụ, hoặc một vài lông mi phụ đều được diệt nang lông bằng lạnh đông chiếm tỉ lệ gần 34 % trường hợp.

So sánh kết quả điều trị quặm sẹo với các tác giả khác

Bảng 5. So sánh kết quả phẫu thuật quặm sẹo sau 3 tháng với các phương pháp khác

Tác giả	n	Thành công (KQ tốt + trung bình)	Tái phát (KQ xấu)
Nguyễn Thị Hồng Hoa (2003) (Phương pháp Sapejko cải tiến)	53	96,7%	3,3%
Vũ Mạnh Hà (2008) (Rạch sụn 2 lớp+xoay bờ mi)	50	88%	12%
Seiff Stuart R (1999) (Rạch+xoay sụn và lớp sau)	22	81,82%	18,18%
Ti Seng-Ei (2001) (Mổ quặm ghép màng ối)	25	88%	12%
Trần Thảo Vy (2009) (Phương pháp Panas)	60	80,95%	19,05%
Chúng tôi	118	100%	0,00%

Về biến chứng: biến chứng trong và sau phẫu thuật của chúng tôi thường gặp là chảy máu. Chúng tôi cho rằng biến chứng này không có gì đáng ngại chỉ cần cầm máu kỹ hoặc bằng ép trong hai ngày đầu. Về thẩm mỹ, trong tuần đầu tiên mắt trông rất xấu, bờ mi đỏ do sụn mi để hở, rớm máu, mi sụp xuống, mắt mở không ra, nhưng khoảng 5-10 ngày sau mắt mở to, vận động mi bình thường, bờ mi lên tổ chức hạt, mắt trở nên đẹp hơn, không còn kích thích do quặm nữa, các tổn thương trên giác mạc lành dần.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu phẫu thuật dịch chuyển hàng lông mi có hoặc không kết hợp lạnh đông cho 118 mắt bị quặm sau 2 năm theo dõi chúng tôi nhận thấy phương pháp này có thể sử dụng

cho những trường hợp quặm nặng (độ III, IV) hoặc quặm tái phát, tình trạng sụn bị mất tương đối (loại trừ những trường hợp teo sụn hơn 1/2 cần phải ghép sụn). Là một phương pháp để chúng ta lựa chọn khi xử trí quặm mi trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Jeffrey A. Nerad (2001)**, "The diagnosis and treatment of entropion" *Oculoplastic surgery*, Chapter 4, pp 89 – 103.
2. **J. R. O. Collin (2008)**, "Cicatricial entropion" *Colour atlas of ophthalmic plastic surgery*, Chapter 6, pp 93 – 115.
3. **Richard Collin and Geoffrey Rose (2001)**, "Entropion" *Plastic and orbital surgery*, Chapter 4, pp 24 – 31.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP ĐƯỢC CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA DA THÌ ĐẦU

Nguyễn Huy Ngọc*

TÓM TẮT²³

Đặt vấn đề: Nhồi máu cơ tim là tình trạng hoại tử cơ tim, hậu quả của thiếu máu cơ tim cục bộ. Bệnh gây hậu quả nặng nề, với tỉ lệ tử vong cao. **Mục tiêu:** Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp can thiệp động mạch vành qua da thì đầu tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ; Đánh giá các yếu tố nguy cơ gây bệnh mạch vành của nhóm bệnh nhân trên. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 68,71 ± 11,31, 50 – 80 tuổi chiếm 83,5%. Các yếu tố nguy cơ tim mạch tăng huyết áp chiếm 93,8%. Tổn thương động mạch vành thủ phạm động mạch vùng trước là 64,6%. 57% bệnh nhân có giảm chức năng tâm thu thất trái từ nhẹ đến nặng với EF < 50%. Thời gian tái tưới máu trung bình là 124,85 ± 4,69 phút. Tỷ lệ bệnh nhân đạt khung khuyến cáo (< 90 phút) là 12,5%. Tử vong có mối liên quan với thời gian cửa bóng > 120 phút, sốc tim, độ Killip lúc vào viện ≥ 2, ngừng tuần hoàn, phù phổi cấp, rung thất, đái tháo đường, phân số tổng máu thất trái EF < 40%. **Kết luận:** Nắm vững đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân NMCT cấp giúp tăng hiệu quả điều trị, giảm tỉ lệ tử vong và các biến cố tim mạch khác.

Từ khóa: Nhồi máu cơ tim cấp, can thiệp động mạch vành.

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL FEATURES AND THE RISK FACTORS IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS UNDERGOING PRIMARY PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION

Background: Myocardial infarction is the condition of myocardial necrosis, secondary to the regional ischemia of the heart muscle. The condition can cause severe consequences with high rate of mortality. **Objective:** To study the clinical, paraclinical features and the risk factors in acute myocardial infarction patients undergoing primary percutaneous

coronary intervention in Phu Tho Province General Hospital. **Method:** Cross – sectional descriptive study.

Results: A total of 32 acute myocardial infarction patients undergoing primary percutaneous coronary intervention were recruited. The mean age was 68.71 ± 11.31, with the major range from 50 – 80 years old was 83.5%. High blood pressure was the most common risk factor accounted for 93.8%. Left anterior descending occlusion was 64.6%, 57% patients had mild and moderate impairment of left ventricular systolic function with EF < 50%. The mean time of revascularization was 124.85 ± 4.69 mins, 12.5% patients reached the recommendation time (< 90 mins). The mortality rate was associated with the door-to-balloon time (>120 mins), cardiogenic shock, initial Killip ≥ 2, circulatory arrest, acute pulmonary oedema, ventricular fibrillation, diabetes, EF < 40%.

Conclusion: Knowledge of the clinical, paraclinical features and the risk factors of acute myocardial infarction can help to increase the efficacy of treatment, decrease the mortality rate and other cardiovascular events.

Keywords: acute myocardial infarction, coronary intervention

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim (NMCT) là tình trạng hoại tử cơ tim, hậu quả của thiếu máu cơ tim cục bộ. Bệnh gây hậu quả nặng nề, với tỉ lệ tử vong cao. Ở Việt Nam, trong những năm gần đây, số lượng bệnh nhân mắc NMCT có xu hướng tăng lên nhanh chóng.

Nhiều thử nghiệm lâm sàng trên thế giới đã chỉ ra rằng, việc khôi phục nhanh dòng chảy cho nhánh động mạch vành (ĐMV) bị hẹp/tắc là yếu tố quan trọng quyết định tỉ lệ sống còn trước mắt cũng như lâu dài cho bệnh nhân. Trong đó, can thiệp ĐMV qua da đã được chứng minh là biện pháp điều trị có ưu thế hơn hẳn các phương pháp điều trị khác về tỉ lệ thành công trong khôi phục dòng chảy, giảm tỉ lệ tái NMCT cũng như các biến cố tim mạch chính.

Tất cả các bệnh nhân NMCT cấp có đoạn ST chênh lên nên được nhanh chóng xem xét chỉ định tái tưới máu và có chiến lược tái tưới máu càng sớm càng tốt. Nghiên cứu GUSTO- IIb cho thấy trong can thiệp mạch vành tiên phát, nhóm bệnh nhân với thời gian cửa - bóng nhỏ hơn 60

* Bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Ngọc

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

phút có tỷ lệ tử vong thấp nhất sau một tháng so với nhóm thời gian cửa - bóng trên 90 phút có tỷ lệ tử vong cao nhất (1% so với 6,4 %). Nhiều kết quả nghiên cứu khác cho thấy rút ngắn thời gian cửa bóng nhỏ hơn 90 phút giúp cải thiện tiên lượng tử vong ngắn hạn và lâu dài.

Hướng dẫn điều trị của ACC/AHA 2013 và ESC 2012 khuyến nghị loại I đối với các trường hợp NMCT có ST chênh lên có can thiệp mạch vành tiên phát phải đạt thời gian cửa - bóng dưới 90 phút. Với những bệnh nhân nhập viện tại các bệnh viện không có đơn vị can thiệp mạch vành cần phải chuyển bệnh nhân đến bệnh viện có đơn vị can thiệp mạch vành thì thời gian cửa - bóng dưới 120 phút. Khi thời gian cửa - bóng có thể sẽ kéo dài trên 120 phút thì phải dùng thuốc tiêu sợi huyết nếu bệnh nhân không có chống chỉ định của thuốc tiêu sợi huyết, sau đó khẩn trương chuyển bệnh nhân đến bệnh viện có trung tâm can thiệp mạch vành.

Tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ, đơn vị can thiệp mạch được thành lập từ năm 2010. Các bệnh nhân NMCT cấp được chụp mạch và can thiệp cấp cứu dưới hệ thống máy chụp mạch số hóa xóa nền ngày càng tăng, giúp cứu sống nhiều bệnh nhân nặng trước đây phải chuyển tuyến Trung ương hoặc tử vong. Tuy nhiên trên thực tế vẫn có nhiều bệnh nhân NMCT đến viện muộn và được điều trị muộn làm giảm hiệu quả điều trị, tăng tỉ lệ tử vong và các biến cố tim mạch khác. Một trong những nguyên nhân là người bệnh không có khả năng nhận biết và đánh giá các yếu tố nguy cơ của bệnh mạch vành nói chung và NMCT nói riêng.

Hiện nay, tại Phú Thọ chưa có nghiên cứu nào thống kê về các bệnh nhân NMCT được can thiệp ĐMV qua da thì đầu. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài: **"Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân NMCT cấp được can thiệp ĐMV qua da thì đầu"**. Mục tiêu nghiên cứu:

1. *Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân NMCT cấp can thiệp ĐMV qua da thì đầu tại bệnh viện đa khoa tỉnh Phú Thọ*

2. *Đánh giá các yếu tố nguy cơ gây bệnh mạch vành của nhóm bệnh nhân trên.*

- Lý do nhập viện

Bảng 1. Lý do chính khiến bệnh nhân nhập viện

Đặc điểm	Kết quả
Đau ngực điển hình (n,%)	30 (93,8%)
Khó thở (n,%)	3 (9,4%)
Vã mồ hôi (n,%)	2 (6,3%)
Buồn nôn, nôn (n,%)	2 (6,3%)

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các bệnh nhân NMCT cấp nhập viện vào Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ từ 07/02/2014 đến 31/10/2014.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các bệnh nhân NMCT cấp nhập viện vào Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Thọ với đầy đủ các tiêu chuẩn sau: bệnh nhân được chẩn đoán xác định là NMCT cấp có ST chênh lên theo tiêu chuẩn của ACC/ECS/WHF 2012; nhập viện từ 07/02/2014 đến 31/10/2014; được can thiệp ĐMV cấp cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân NMCT cấp không có ST chênh lên; Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp chọn cỡ mẫu nghiên cứu: áp dụng phương pháp chọn mẫu không xác suất, lựa chọn tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu không phân biệt tuổi, giới, nghề nghiệp.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang, theo dõi dọc theo thời gian.

Xử lý và phân tích số liệu: Phần mềm **Stata 10.0**.

III. KẾT QUẢ

3.1 Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu 32 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp; can thiệp ĐMV qua da thì đầu tại khoa Tim mạch từ 2/2014 đến 10/2013.

- **Giới tính:** Trong số 32 bệnh nhân được chụp và can thiệp ĐMV qua da có 25 bệnh nhân nam (78,1%) và 7 nữ (21,9%), tỷ lệ nam/nữ là 3,57/1.

- **Tuổi:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $68,71 \pm 11,31$ (cao nhất là 90 tuổi, thấp nhất là 30 tuổi), độ tuổi chủ yếu là từ 61 đến 80 <70 tuổi (61.3%). Tuổi trung bình của nữ giới là $69,58 \pm 7,74$, tuổi trung bình của nam giới: $64,96 \pm 11,53$.

Chóng mặt (n,%)	1 (3,1 %)
Đau bụng (n,%)	3 (9,4%)
Mệt (n,%)	5(15,6%)
Tổng (N, %)	32 (100%)

Nhận xét: Có 93,8% số bệnh nhân nhập viện vì đau ngực cơn điển hình. Còn lại nhập viện vì nguyên nhân khác như đau đầu, đau thượng vị, buồn nôn, tức ngực, khó thở,... chiếm tỷ lệ 6,2%.

- **Thời điểm nhập viện:** Đa số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu được nhập viện ngoài giờ hành chính từ 17h –7h các ngày làm việc,

ngày nghỉ cuối tuần và ngày nghỉ lễ chiếm 75%. Còn lại 25% bệnh nhân được nhập viện trong giờ hành chính.

- **Hình thức chi trả:** Trong nhóm nghiên cứu có 29 bệnh nhân có BHYT chiếm tỷ lệ 90,6%. Còn lại 3 bệnh nhân đóng viện phí trực tiếp chiếm tỷ lệ 9,4%.

3.2 Đặc điểm chung về lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi (năm) ($\bar{x} \pm s_x$)	68,71 $\pm$ 11,31
Giới nữ (n,%)	7 (21,9%)
Tần số tim (chu kỳ/phút) ($\bar{x} \pm s_x$)	83,06 $\pm$ 18,81
Huyết áp tâm thu (mmHg) ($\bar{x} \pm s_x$)	125,14 $\pm$ 24,26
Tăng huyết áp (n,%)	30 (93,8 %)
Đái tháo đường (n,%)	4 (12,5%)
Rối loạn lipid máu (n,%)	17(53,1%)
Hút thuốc lá (n,%)	18 (56,3%)
Tiền sử có bệnh lý mạch vành (n,%)	2 (6,3%)
Tai biến mạch não cũ (n, %)	3 (9,4%)
Có bệnh lý hô hấp mạn tính (n, %)	5 (15,6%)
Có các bệnh lý mạn tính khác (n, %)	9 (28,1%)
Killip II, III, IV (n, %)	5 (15,6%)
Sốc tim(n, %)	7 (21,9%)

Nhận xét: Trong 32 bệnh nhân nghiên cứu có 7 bệnh nhân nữ (chiếm 21,9%). Tỷ lệ nam/nữ của nhóm nghiên cứu là 3,57/1. Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 68,71 $\pm$ 11,31 (tuổi), trong đó bệnh nhân có tuổi thấp nhất là 30 tuổi, bệnh nhân có tuổi cao nhất là 90 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân THA là 30 (93,8 %), bệnh nhân ĐTĐ là 4 (12,5%), RLCH Lipid máu là 17 (53,1%), bệnh ĐMV là 2 (6,3%). Có 5 bệnh nhân (15,6%) trong nhóm nghiên cứu có độ Killip vào viện >1. Tỷ lệ bệnh nhân bị sốc tim cần dùng

thuốc vận mạch là 7 chiếm tỷ lệ 21,9%. Tỷ lệ bệnh nhân hút thuốc lá khá cao 18 (56,3%).

3.2.1 Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm đối tượng nghiên cứu

- **Đặc điểm vị trí nhồi máu trên điện tâm đồ:** Vị trí nhồi máu thường gặp theo thứ tự là vùng trước rộng 28.5%, vùng trước vách là 30.9%, vùng thành dưới là 33.8%. Các vùng trước bên và nhồi máu thất phải ít gặp: tỷ lệ lần lượt là 2.4% và 4.3%. Nhìn chung, tỷ lệ gặp nhồi máu của vùng trước là 61.8%

- Các rối loạn nhịp tim

Bảng 3. Các rối loạn nhịp tim thường gặp trong mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Kết quả
Rung thất (n, %)	4 (12,5%)
Vô tâm thu (n, %)	2 (6,3%)
Nhịp nhanh thất (n, %)	5 (15,6%)
Bloc nhĩ thất (n, %)	7 (21,7%)
Rung nhĩ (n, %)	3 (69,4%)

Nhận xét: Các rối loạn nhịp nguy hiểm hay gặp với tỷ lệ cao.

3.2.2 Đặc điểm các xét nghiệm sinh hóa máu

Bảng 4. Đặc điểm xét nghiệm hóa sinh máu

Đặc điểm	Kết quả ($\bar{x} \pm s_x$)
Glucose máu (mmol/L)	7,96 $\pm$ 5,85
Cholesterol (mmol/L)	4,58 $\pm$ 1,32
Triglycerit (mmol/L)	2,18 $\pm$ 1,67
LDL-Cho (mmol/L)	2,60 $\pm$ 1,55
HDL-Cho (mmol/L)	1,18 $\pm$ 1,06
Creatinin máu (μ mol/l)	95,52 $\pm$ 22,85
CK-MB (UI/l-37°C)	90,98 $\pm$ 160,74
Troponin T _{hs}	2,12 $\pm$ 2,16
Pro BNP	516,54 $\pm$ 215,65

Nhận xét: giá trị trung bình nồng độ Glucose máu tương đối cao 7,96 $\pm$ 5,85

3.2.3 Đặc điểm phân độ EF trên siêu âm

tìm: Tỷ lệ bệnh nhân có giảm chức năng tâm thu thất trái < 50% là 57,0%, trong đó có 9,66% giảm mức độ nặng (EF < 40%) và 2,42% giảm rất nặng (EF < 30%).

3.3 Đặc điểm các thông số chụp mạch vành của nhóm đối tượng nghiên cứu

- Đặc điểm mức độ tổn thương của các vị trí mạch

Bảng 5. Mức độ tổn thương mạch theo thiết diện lòng mạch

Đặc điểm	Kết quả ($\bar{x} \pm SD$)
Mức độ hẹp thân chung ĐMV (% thiết diện lòng mạch bị hẹp)	59,58 $\pm$ 20,72
Mức độ hẹp ĐM liên thất trước (% thiết diện lòng mạch bị hẹp)	90,43 $\pm$ 15,45
Mức độ hẹp ĐM mũ (% thiết diện lòng mạch bị hẹp)	80,57 $\pm$ 17,52
Mức độ hẹp ĐMV phải (% thiết diện lòng mạch bị hẹp)	88,56 $\pm$ 17,55

Nhận xét: Tổn thương của các ĐM liên thất trước thường nặng nhất, trung bình thiết diện lòng mạch bị hẹp là 90,43% $\pm$ 15,45 %. Tiếp theo mức độ tổn thương các ĐMV phải là 88,56% $\pm$ 17,55%. Mức độ hẹp ĐM mũ là 80,57% $\pm$ 17,52%. Mức độ hẹp thân chung ĐMV là 59,58% $\pm$ 20,72%.

- Phân loại tổn thương của ĐMV thủ phạm theo AHA/ACC: Tổn thương ĐMV thủ

- Thời gian tái tưới máu

Bảng 6. Bảng phân đoạn thời gian cửa-bóng

Phân đoạn thời gian	Trung bình ($\bar{x} \pm s_x$)/phút	Trung vị (phút)	Khoảng giá trị (phút)
Thời gian từ khi nhập viện đến đơn vị can thiệp	90,54 $\pm$ 38,53	82,0	20-250
Thời gian mở đường vào động mạch	9,14 $\pm$ 5,43	8,0	4-37
Thời gian kim- bóng	25,17 $\pm$ 19,51	21,0	10-221
Thời gian cửa- bóng	124,85 $\pm$ 4,69	114,00	38-299

Nhận xét: Trung bình giá trị thời gian từ khi nhập viện đến khi được chuyển đến đơn vị can thiệp tim mạch là 90,54 $\pm$ 38,53phút, giá trị trung

- Tổn thương động mạch thủ phạm:

Động mạch thủ phạm gặp chủ yếu là ĐM liên thất trước 52,66%, ĐMV phải gặp 35,75 % các trường hợp, ĐM mũ gặp 10,44%. Thân chung ĐMV trái gặp 1,45% các trường hợp.

- Số mạch vành bị tổn thương: Tổn thương 1 mạch chiếm tỷ lệ cao nhất 45,89%, tổn thương 2 thân ĐMV hay gặp với tỷ lệ 35,27%, tổn thương thân chung gặp 3 trường hợp (1,45%).

phạm theo type B hay gặp nhất với tỷ lệ 38,65%. tổn thương ĐMV thủ phạm theo type C gặp 35,27%. tổn thương theo type A gặp 2,08%.

- Vị trí được can thiệp: Vị trí can thiệp ở ĐM liên thất trước gặp 52,66% các trường hợp, ĐMV phải gặp 35,75 % các trường hợp, ĐM mũ gặp 10,44%. Thân chung ĐMV trái gặp 1,45% các trường hợp. Các vị trí được can thiệp tương đương với vị trí của động mạch thủ phạm.

vị là 82,0 phút. Bệnh nhân được chuyển sớm nhất tại thời điểm 20 phút sau nhập viện, bệnh nhân phải chờ đợi lâu nhất là 250 phút. Trung

bình giá trị thời gian mở đường vào động mạch là $9,14 \pm 5,43$ phút, giá trị trung vị là 82,0 phút. Bệnh nhân được mở động mạch nhanh nhất ở phút thứ 4, lâu nhất sau 37 phút. Trung bình giá trị thời gian cửa- bóng là $124,85 \pm 4,69$, giá trị trung vị là 114,00 phút. Thời gian này nhanh

nhất là 38 phút, chậm nhất là 299 phút. Trung bình thời gian cửa bóng tương đương với giá trị trung bình thời gian cửa bóng trong nghiên cứu của Hoàng Quốc Hòa. Tuy nhiên còn có khoảng cách với khung thời gian khuyến cáo của AHA/ACC.

3.4 Các biến cố tim mạch chính

- Các biến cố tim mạch chính xảy ra trong thời gian nằm viện

Bảng 7. Tỷ lệ tử vong của nhóm nghiên cứu

Các biến cố tim mạch	Thời gian cửa- bóng < 90 phút (4 BN)	Thời gian cửa- bóng 90- 120 phút (6 BN)	Thời gian cửa- bóng > 120 phút (22 BN)	P
Tử vong (n, %)	0 (0%)	0 (0%)	4 (12,5%)	0,002
Tái NMCT (n, %)	0 (0%)	0 (0,0%)	0 (0%)	

Nhận xét: Có tổng số 4 BN tử vong trong số các đối tượng nghiên cứu của chúng tôi. Toàn bộ số bệnh nhân này nằm trong nhóm có thời gian cửa- bóng > 120 phút, $p = 0,012$ có ý nghĩa thống kê.

- Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm bệnh nhân tử vong

Bảng 8. Đặc điểm lâm sàng của nhóm tử vong

Đặc điểm	Tử vong (4BN)	Sống (28 BN)	P
Tuổi ($x \pm s_x$)	$74,29 \pm 9,36$	$68,52 \pm 11,35$	0,019
Giới nữ (n, %)	2 (50%)	5 (17,9%)	0,048
HA tâm thu khi nhập viện ($x \pm s_x$)	$105,86 \pm 16,44$	$125,82 \pm 24,24$	0,014
Tần số tim khi nhập viện ($x \pm s_x$)	$99,86 \pm 24,22$	$82,47 \pm 12,17$	0,145
Độ Killip > II (n, %)	4 (100%)	1 (3,6%)	< 0,001
Sốc tim (n, %)	4 (100%)	3 (10,7%)	< 0,001
Phân độ EF ($x \pm s_x$)	$38,33 \pm 9,26$	$43,84 \pm 9,29$	0,018
Ngừng tuần hoàn (n, %)	4 (100%)	1 (3,6%)	< 0,001
Rung thất (n, %)	4 (100%)	1 (3,6%)	< 0,001

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm tử vong là $74,29 \pm 9,36$, của nhóm còn sống là $68,52 \pm 11,35$, $p = 0,019$, sự khác biệt có ý nghĩa. Tỷ lệ nữ giới trong nhóm tử vong là 50%, của nhóm sống là 17,9%, $p = 0,048$, có sự khác biệt có ý nghĩa. Trung bình huyết áp tâm thu của hai nhóm tại thời điểm nhập viện lần lượt là $105,86 \pm 16,44$ và $125,82 \pm 24,24$ mmHg, $p = 0,014$, khác biệt có ý nghĩa. Trung bình tần số tim tại thời điểm nhập viện của hai nhóm lần lượt là $99,86 \pm 24,22$ và $82,47 \pm 12,17$ chu kỳ/phút, $p = 0,145$. Khác biệt không có ý nghĩa.

Trong nhóm bệnh nhân tử vong có 4 bệnh nhân có phân độ Killip $\geq$ II (100%) so với 1 bệnh nhân (3,6%) trong nhóm còn sống, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,001$. 100% bệnh nhân tử vong có dấu hiệu ngừng tuần hoàn trong khi đó tỷ lệ này ở nhóm còn sống là 3,6%, $p < 0,001$. Tỷ lệ sốc tim của nhóm bệnh nhân tử vong là (100%), so sánh với 10,7% của nhóm còn sống, $p < 0,001$. Tỷ lệ gặp rung thất ở nhóm tử vong là (100%), tỷ lệ này ở nhóm còn sống là 3,6%, $p < 0,001$.

3.4 Môi liên quan và tỷ suất chênh giữa các yếu tố tiên lượng tử vong và biến cố tử vong của bệnh nhân trong thời gian nằm viện

Bảng 9. Tỷ suất chênh của các yếu tố nguy cơ

Yếu tố tiên lượng nặng	OR (95% CI)	p
Thời gian cửa- bóng > 120 phút	1,08 (1,02 – 1,15)	0,003
Tuổi > 75	2,59 (0,56 – 11,9)	0,193
Nữ giới	0,277 (0,06 – 1,28)	0,048
HATT < 100mmHg	0,25 (0,45 – 1,37)	0,139
Tần số tim > 100 chu kỳ/phút	0,96 (0,93 – 0,99)	0,25

Sốc tim	165,43 (17,48 – 1565,32)	< 0,001
Killip $\geq$ II	15,94 (4,56 – 55,79)	< 0,001
Ngừng tuần hoàn	2,750 (1,26 – 6,01)	< 0,001
Rung thất	43,11 (7,85 – 236,75)	< 0,001
Đái tháo đường	17,50 (3,22 – 95,08)	< 0,001
EF < 40%	5,70 (1,08 – 30,18)	0,03

Nhận xét: Phân tích hồi quy logistic về mối liên quan giữa các yếu tố tiên lượng tử vong và biến cố tử vong nhận thấy tử vong có mối liên quan với thời gian cửa bóng > 120 phút, sốc tim, độ killip lúc vào viện ≥ 2 , ngừng tuần hoàn, phù phổi cấp, rung thất, đái tháo đường, phân số tổng máu thất trái EF < 40% với các tỷ suất chênh lần lượt là 165,43, 15,94, 2,750, 28,75, 43,11, 17,50, 5,70, 1,08 ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu

Về tuổi: Bệnh nhân NMCT cấp tuổi càng cao tiên lượng càng nặng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của 32 bệnh nhân là $67,7 \pm 11,4$ tuổi, bệnh nhân ít tuổi nhất là 30 tuổi và cao tuổi nhất là 90 tuổi. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với tuổi trung bình trong nghiên cứu của Gibso là $59,3 \pm 12$ tuổi của Vũ Quang Ngọc là $64,7 \pm 10,8$ tuổi và của Haager là $63,6 \pm 10,8$ tuổi.

Về giới: nữ giới bị NMCT cấp thường có tiên lượng nặng hơn nam giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 7 bệnh nhân là nữ giới (chiếm 21,9%). Tỷ lệ nam/nữ là 3,57/1. Tỷ lệ nữ giới trong cả nghiên cứu của Gibson, Haager và Vũ Quang Ngọc lần lượt là 22,6%; 27%; và 27,4%.

Về tỉ lệ tăng huyết áp: Theo nghiên cứu INTERHEART, bệnh nhân bị tăng huyết áp có nguy cơ mắc bệnh lý ĐMV cao gấp 1,91 lần bệnh nhân không bị tăng huyết áp. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 30 bệnh nhân (chiếm 93,8%) bị THA, tỷ lệ này cao hơn trong nghiên cứu của Vũ Quang Ngọc với 67,9%, của Nguyễn Quang Tuấn và Gibson lần lượt là 63,9% và 71,8%; nhưng cao hơn so với nghiên cứu của Haager với 34,2%.

Hút thuốc lá: Người hút thuốc lá có nguy cơ mắc bệnh lý ĐMV cao gấp 2,04 lần người không hút thuốc lá. Tỷ lệ bệnh nhân hút thuốc lá trong nghiên cứu của chúng tôi là 56,3%; tỉ lệ này tương đương tỉ lệ bệnh nhân hút thuốc lá trong nghiên cứu của Sweileh WM và Strandors I với 57,0% và 55,6%.

Đái tháo đường: bệnh nhân bị đái tháo đường dù là đái tháo đường mới được chẩn đoán

hoặc có tiền sử mắc đái tháo đường từ trước đều có nguy cơ tử vong cao hơn có ý nghĩa thống kê sau khi bị mắc NMCT so với những bệnh nhân không có tiền sử đái tháo đường. Tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường trong nghiên cứu của chúng tôi là 12,5%.

Rối loạn lipid máu: Rối loạn lipid máu là một yếu tố nguy cơ có mối liên quan chặt chẽ với nguy cơ bệnh mạch vành. Tỷ lệ rối loạn lipid máu trong nghiên cứu của chúng tôi là 53,1%. Tỷ lệ này tương đương với tỉ lệ trong nghiên cứu của Vũ Quang Ngọc với 54,4%, Nguyễn Quang Tuấn với 53,7%.

Tần số tim tại thời điểm nhập viện: Tần số tim > 90 chu kỳ/phút là yếu tố tiên lượng nặng ở bệnh nhân NMCT cấp. Tần số tim trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là $83,7 \pm 19,6$ (ck/phút).

Huyết áp tâm thu trung bình: HA tâm thu < 100 mmHg là một yếu tố tiên lượng xấu ở bệnh nhân NMCT cấp. Huyết áp tâm thu trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $125,1 \pm 24,6$ (mmHg). Giá trị huyết áp tâm thu trung bình này thấp hơn so với giá trị huyết áp tâm thu trung bình trong nghiên cứu của Gibson là $134,8 \pm 22,6$ mmHg.

Phân độ Killip: Phân độ Killip thể hiện tình trạng suy tim trái trên lâm sàng ở bệnh nhân NMCT cấp, độ Killip càng cao tiên lượng bệnh nhân càng nặng⁽²⁾. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân NMCT cấp có ST chênh lên có Killip ≥ 2 chiếm 15,6% tổng số bệnh nhân. Tỷ lệ bệnh nhân bị sốc tim là 21,9%.

NMCT thành trước: NMCT thành trước là một yếu tố tiên lượng nặng ở bệnh nhân NMCT cấp. Tỷ lệ bệnh nhân bị NMCT thành trước trong nghiên cứu của chúng tôi là 68,6%. Tỷ lệ này cao hơn so với tỉ lệ NMCT thành trước trong nghiên cứu của Vũ Quang Ngọc là 59,1%, của Haager là 49%, Gibson là 51,2%.

Đặc điểm cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Về kết quả chụp ĐMV và can thiệp: Trong nghiên cứu của chúng tôi: có 37,1% bệnh nhân được can thiệp sớm ≤ 12 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng đau ngực (thời gian trung bình là $6,4 \pm 2,8$ giờ). 11,5% bệnh nhân được can

thiệt trong thời gian từ 12 – 24 giờ, và 51,4% bệnh nhân được can thiệp muộn sau 24 giờ. Với bệnh nhân NMCT cấp thì “thời gian là cơ tim”, tưới máu cơ tim càng chậm trễ, tỉ lệ tử vong cũng như biến cố tim mạch chính càng tăng. ĐMV thủ phạm chính gây NMCT cấp là động mạch liên thất trước chiếm 68,6% bệnh nhân, sau đó là ĐMV phải chiếm 22,8% và cuối cùng là động mạch mũ chiếm 8,6%. Nguyễn Quang Tuấn qua nghiên cứu 83 bệnh nhân bị NMCT cấp được can thiệp ĐMV qua da cũng cho thấy, ĐMV thủ phạm chính gây NMCT cấp là động mạch liên thất trước (60,3%), thứ 2 là ĐMV phải (32,5%), sau cùng là ĐM mũ (7,2%).

Haager và cộng sự nghiên cứu 253 trường hợp BN bị NMCT cấp có ST chênh lên thu được kết quả ĐMV thủ phạm chính gây NMCT cấp là động mạch liên thất trước (51,5%), thứ hai là ĐMV phải (37,5%), và sau cùng là động mạch mũ (21%).

Về chức năng tâm thu thất trái (EF): Chức năng tâm thu thất trái < 30% đánh giá trên siêu âm tim là một yếu tố tiên lượng nặng ở bệnh nhân NMCT cấp. Vì vậy, đánh giá chức năng tâm thu thất trái là cần thiết giúp chẩn đoán, tiên lượng bệnh cũng như định hướng điều trị ở bệnh nhân NMCT cấp. Siêu âm tim là phương pháp cơ bản, thường quy để đánh giá chức năng tim ở bệnh nhân NMCT cấp. Cộng hưởng từ hiện nay được coi là phương pháp đánh giá chức năng tim chính xác hơn. Chúng tôi tiến hành đánh giá chức năng tâm thu thất trái cho 35 bệnh nhân trong nghiên cứu bằng cả siêu âm Doppler tim 2D và MRI tim thu được kết quả như sau: chức năng tâm thu thất trái đo trên siêu âm tim là $45,1 \pm 8,1$ (%) tương tự như kết quả đo trên cộng hưởng từ tim là $46,5 \pm 12,8$ (%) với $p=0,188$. Chúng tôi chia nhóm đối tượng nghiên cứu theo mức độ giảm chức năng thất trái. Tỉ lệ bệnh nhân có giảm chức năng thất trái mức độ nặng trong nghiên cứu của chúng tôi là 22,9% trên siêu âm tim và 25,7% trên MRI tim. Tỉ lệ giảm rất nặng chức năng thất trái theo thứ tự đo trên siêu âm tim và MRI tim là 2,9% và 8,6%.

Kết quả chụp và can thiệp động mạch vành

Tổn thương động mạch thủ phạm: Trong quần thể nghiên cứu của chúng tôi, ĐMV thủ phạm là động mạch liên thất trước chiếm 52,66%, ĐMV bên phải chiếm 35,75%, động mạch mũ chiếm 10,44%, tổn thương thân chung không có ý nghĩa. Kết quả này phù hợp với định khu tổn thương trên diện tâm đồ bề mặt với tỷ

lệ. NMCT trước rộng là 28,5%, NMCT trước vách là 30,9%, NMCT thành dưới là 33,8%. Các tỷ lệ này của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của Hoàng Quốc Hòa với các tỷ lệ 48,5% ĐM vành liên thất trước (LAD), 43% ĐM vành phải (RCA), 7,8% ĐM mũ (LCx)⁽⁴⁾. Kết quả này cũng tương tự với kết quả của Nguyễn Quang Tuấn khi nghiên cứu 83 bệnh nhân NMCT được chụp ĐMV chọn lọc tại Viện tim mạch Việt Nam, bệnh viện Bạch Mai. Tổn thương gặp chủ yếu là động mạch liên thất trước (60,3%), ĐMV phải (32,5%) và động mạch mũ (7,2%)⁽⁶⁾. Như vậy hầu hết bệnh nhân NMCT cấp có ĐMV thủ phạm là nhánh liên thất trước. Động mạch liên thất trước hầu như là nhánh ĐMV lớn nhất, cấp máu cho thành trước, thành bên, vùng vách, và trong 70% LAD còn cấp máu cho vùng đáy dưới của thất trái. Điều đó cũng phù hợp với tỷ lệ cao bệnh nhân NMCT cấp có EF thấp.

Số lượng động mạch vành bị tổn thương: Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 45,89% các trường hợp bị tổn thương một nhánh ĐMV, 35,27% số trường hợp bị tổn thương hai nhánh ĐMV và tỷ lệ tổn thương 3 thân là 17,39%. Kết quả của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Quang Tuấn trong đó có 54,2% trường hợp bị tổn thương 1 nhánh, 28,9% trường hợp bị tổn thương 2 nhánh, và 16,9% trường hợp bị tổn thương cả 3 nhánh ĐMV⁽⁶⁾. Trong nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Sơn khi nghiên cứu 32 bệnh nhân bị NMCT được tiến hành tại Bệnh viện Trung ương Huế: có 37,5% trường hợp bị tổn thương 1 nhánh, 34,4% trường hợp bị tổn thương 2 nhánh, và 28,1% trường hợp bị tổn thương cả 3 nhánh ĐMV⁽⁵⁾.

Tỷ lệ thiết diện lòng mạch bị tổn thương: Mức độ hẹp, tắc của các động mạch thủ phạm được phân tích dựa trên phần mềm QCA. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương các động mạch liên thất trước thường nặng nhất với thiết diện lòng động mạch bị hẹp là $90,43 \pm 15,45$ %, các động mạch mũ bị hẹp $80,57 \pm 17,52$ % thiết diện lòng mạch, các ĐMV phải bị hẹp $88,56 \pm 17,55$ % thiết diện.

Giá trị các phân đoạn thời gian cửa – bóng: Nghiên cứu GUSTO- Iib⁽¹⁾ cho thấy trong CTMV tiên phát, nhóm bệnh nhân với thời gian cửa - bóng nhỏ hơn 60 phút có tỷ lệ tử vong thấp nhất sau một tháng so với nhóm thời gian cửa - bóng trên 90 phút có tỷ lệ tử vong cao nhất (1% so với 6,4 %). Phân tích dữ liệu thống kê số bộ quốc gia Hoa Kỳ 1994 -1998⁽³⁾ trên

27080 trường hợp can thiệp ĐMV thì đầu ghi nhận tỷ lệ tử vong thấp nhất đối với nhóm bệnh nhân thời gian cửa - bóng nhỏ hơn 60 phút và cao nhất đối với nhóm bệnh nhân thời gian cửa - bóng trên 120 phút. Nhiều kết quả nghiên cứu khác cho thấy rút ngắn thời gian cửa- bóng nhỏ hơn 90 phút giúp cải thiện tiên lượng tử vong ngắn hạn và lâu dài.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian cửa- bóng được chia ra thành 4 phân đoạn, giá trị các phân đoạn là: (1) Trung bình giá trị thời gian từ khi nhập viện đến khi được chuyển đến đơn vị can thiệp tim mạch là $90,54 \pm 38,53$ phút, giá trị trung vị là 82,0 phút. Bệnh nhân được chuyển sớm nhất tại thời điểm 20 phút sau nhập viện, bệnh nhân phải chờ đợi lâu nhất là 250 phút; (2) Trung bình giá trị thời gian mở đường vào động mạch là $9,14 \pm 5,43$ phút, giá trị trung vị là 8,0 phút. Bệnh nhân được mở động mạch nhanh nhất ở phút thứ 4, lâu nhất sau 37 phút; (3) Trung bình giá trị thời gian từ khi được mở đường vào động mạch đến thời điểm bắt đầu nong bóng là $25,17 \pm 19,51$ phút, giá trị trung vị là 21,0 phút. Bệnh nhân được nong bóng sớm nhất là ở 10 phút sau mở đường vào động mạch. Bệnh nhân được nong bóng muộn nhất ở 221 phút sau mở đường vào động mạch; (4) Trung bình giá trị thời gian cửa- bóng là $124,85 \pm 46,94$, giá trị trung vị là 114,00 phút. Thời gian này nhanh nhất là 38 phút, chậm nhất là 299 phút.

Trong nghiên cứu của Hoàng Quốc Hòa⁽⁴⁾, giá trị trung bình các phân đoạn thời gian tương ứng là thời gian nhập viện- đến đơn vị can thiệp là $86,7 \pm 56,8$ phút (15 - 275), thời gian đến đơn vị can thiệp - kim là $12,5 \pm 13,4$ (5 - 105), thời gian kim - bóng là $46,6 \pm 18,1$ (20 - 105). Tổng thời gian cửa - bóng là $145 \pm 59,2$ (57 - 330). So sánh với kết quả nghiên cứu của Wharton và cộng sự trong nghiên cứu The PAMI-No SOS Study, các đối tượng nghiên cứu được chia thành hai nhóm: một nhóm là các bệnh nhân được chuyển đến từ các trung tâm khác, một nhóm nhập viện trực tiếp. Thời gian từ khi nhập viện cho đến khi chuyển đến đơn vị can thiệp đối với bệnh nhân chuyển đến từ trung tâm khác là 174 ± 81 phút, giá trị trung vị và khoảng tứ phân vị là 155 (119 - 194), đối với bệnh nhân nhập viện trực tiếp các giá trị tương ứng là 107 ± 127 phút, 81 (60 - 115). Thời gian cửa - bóng của hai nhóm đối tượng lần lượt là 187 ± 75 phút, 166 (131 - 240) và 120 ± 69 , 105 (80 - 139). Gibson trong nghiên cứu DANAMI-

II, giá trị trung vị của thời gian cửa - bóng là 198 phút, khoảng tứ phân vị là 137 - 281.

Liên quan giữa tỷ lệ tử vong và các yếu tố tiên lượng nặng

Trong nghiên cứu của chúng tôi có tổng số 4 BN tử vong trong số các đối tượng nghiên cứu. Toàn bộ số bệnh nhân này nằm trong nhóm có thời gian cửa-bóng > 120 phút, $p = 0,002$ có ý nghĩa thống kê. Phân tích hồi quy logistic về mối liên quan giữa các yếu tố tiên lượng tử vong và biến cố tử vong nhận thấy tử vong có mối liên quan với thời gian cửa bóng > 120 phút, sốc tim, độ Killip lúc vào viện ≥ 2 , ngừng tuần hoàn, rung thất, đái tháo đường, phân số tổng máu thất trái $EF < 40\%$ với các tỷ suất chênh lần lượt là 165,43; 15,94; 2,750; 28,75; 43,11; 17,50; 5,70; 1,08 ($p < 0,05$).

V. KẾT LUẬN

Tuổi: hầu hết bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có tuổi cao. Tuổi trung bình là $68,71 \pm 11,31$. Tỷ lệ bệnh nhân tuổi từ 50 - 80 tuổi chiếm 83,5%.

Các yếu tố nguy cơ tim mạch: nhóm nghiên cứu có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch. THA chiếm tỷ lệ cao nhất 93,8%.

Tổn thương ĐMV thủ phạm: thường là các động mạch vùng thành trước cũng là các nhánh động mạch chính cung cấp máu cho diện tích lớn của quả tim. Tỷ lệ gặp động mạch vùng trước là 64,6%.

Chức năng tâm thu thất trái: 57% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có giảm chức năng tâm thu thất trái từ nhẹ đến nặng với $EF < 50\%$.

Thời gian tái tưới máu còn dài, trung bình là $124,85 \pm 4,69$ phút.

Tỷ lệ bệnh nhân đạt khung khuyến cáo (< 90 phút) là 12,5%.

Tử vong có mối liên quan với thời gian cửa bóng > 120 phút, sốc tim, độ Killip lúc vào viện ≥ 2 , ngừng tuần hoàn, phù phổi cấp, rung thất, đái tháo đường, phân số tổng máu thất trái $EF < 40\%$ với các tỷ suất chênh lần lượt là 165,43; 15,94; 2,750; 28,75; 43,11; 17,50; 5,70; 1,08 ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Berger PB, Ellis SG, Holmes DR Jr, Granger CB, Criger DA, Betriu A, Topol EJ, Califf RM** (1999). "Relationship between delay in performing direct coronary angioplasty and early clinical outcome in patients with acute myocardial infarction: results from the Global Use of Strategies to Open Occluded Arteries in Acute

- Coronary Syndromes (GUSTO-IIb) trial". *Circulation*, 100: 14–20.
2. Douglas GE, Ronald EV (1998). "Acute Myocardial Infarction: Thrombolysis, Angioplasty or Stenting". *Indian Heart J*, (50): S40-S44.
 3. E.H. Bradley, B.K Nallamothu, J.Herrin, H.H Ting, Army F. Stern, I.M Nembhard, Chirstina T Yuan, Jeremy C. Green, Tashonna R Webster, F.A Masoudi, G.C Fonarow, Harlan M. Krumholz (2009). "National Efforts to Improve Door-to-Balloon Time Results From the Door-to-Balloon Quality Alliance". *JACC*, 54: 2424 -2429.
 4. Hoàng Quốc Hòa, Nguyễn Đỗ Anh (2012). "Rút ngắn thời gian Cửa - Bóng trong can thiệp mạch vành tiền phát ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên tại bệnh viện Nhân dân Gia Định". *Báo cáo hội nghị loạn nhịp tim thành phố Hồ Chí Minh*.
 5. Nguyễn Ngọc Sơn, Huỳnh Văn Minh, Nguyễn Cửu Lợi (2004). "Đánh giá sự tương quan giữa điện tâm đồ bề mặt và kết quả chụp động mạch vành ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp". *Tạp chí Tim mạch học*, 37 (2): 510-520.
 6. Nguyễn Quang Tuấn (2005). *Nghiên cứu hiệu quả của phương pháp can thiệp động mạch vành qua da trong điều trị nhồi máu cơ tim cấp*. Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐÓNG DA VẾT THƯƠNG PHẦN MỀM VÙNG HÀM MẶT BẰNG KEO HISTOACRYL

Phạm Hoàng Tuấn*, Nguyễn Quang Bình*

TÓM TẮT²⁴

Mục đích: Nghiên cứu đánh giá hiệu quả của keo dán Histoacryl trong đóng da vết thương phần mềm vùng hàm mặt. **Đối tượng và phương pháp:** Đánh giá kết quả trên 36 bệnh nhân được đóng vết thương phần mềm vùng hàm mặt bằng keo dán Histoacryl. Đánh giá thời gian tiến hành thủ thuật, tình trạng tách mép vết mổ, nhiễm trùng và chảy dịch vết thương sau 1 tuần. Tính thẩm mỹ của sẹo sau 3 tháng. **Kết quả:** Thời gian phẫu thuật ngắn: $4,4 \pm 0,62$ phút. Tỷ lệ bệnh nhân không bị tách mép vết mổ cao: 91,7%, không có hiện tượng nhiễm trùng hay chảy dịch vết thương. Sẹo vết thương sau 3 tháng có tính thẩm mỹ cao. **Kết luận:** Keo dán Histoacryl có kết quả tốt trong đóng da vết thương vùng hàm mặt.

Từ khóa: Keo dán Histoacryl, Vết thương phần mềm hàm mặt, đóng da.

SUMMARY

EVALUATE THE EFFECTIVENESS OF HISTOACRYL IN THE CLOSURE OF SKIN WOUNDS IN THE MAXILLOFACIAL REGION

Objective: To evaluate the effectiveness of Histoacryl in the closure of skin wounds in the maxillofacial region. **Materials and methods:** 36 patients who underwent skin closure in the maxillofacial region with Histoacryl. The patients were assessed for operation time, splitting the wound

edges, infection, wound drainage in the first week after surgery and the aesthetic outcome of the scar after 3 months post-operatively. **Results:** The mean operating time was $4,4 \pm 0,62$ min. The rate of patients who did not have separation of the wound edges was 91,7%. No infection or wound drainage was seen. The patients had satisfactory aesthetic scar formation. **Conclusion:** Histoacryl is effective in skin closure in the maxillofacial wound.

Keywords: Histoacryl, maxillofacial wound, skin closure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong nhiều năm qua, việc điều trị vết thương phần mềm vùng hàm mặt đạt được những kết quả rất tốt về chức năng và thẩm mỹ. Các phương pháp điều trị vết thương phần mềm vùng hàm mặt là: Khâu phục hồi, tạo vạt, ghép da tự do, băng dính... Tuy nhiên, vẫn còn một vài nhược điểm chưa khắc phục được như thời gian điều trị kéo dài, gây khó chịu cho người bệnh, kỹ thuật phức tạp...

Keo dán da Histoacryl là một dạng keo sinh học đã được sử dụng nhiều trên thế giới để điều trị vết thương phần mềm vùng hàm mặt, đóng vết mổ phẫu thuật hàm mặt, phẫu thuật thẩm mỹ... Điều trị vết thương phần mềm bằng keo dán da Histoacryl đạt được kết quả tốt về thẩm mỹ cũng như chức năng, thời gian điều trị ngắn, kỹ thuật đơn giản, ít gây khó chịu cho người bệnh.

Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài: "Đánh giá kết quả đóng da vết thương phần mềm vùng hàm mặt bằng keo Histoacryl"

* Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hoàng Tuấn

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 36 bệnh nhân được điều trị tại khoa Chấn thương chỉnh hình hàm mặt, Bệnh Viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội có vết thương phần mềm rách da vùng hàm mặt có kích thước dưới 5 cm chiều dài, đến sớm trước 6 giờ kể từ lúc bị tai nạn. Bệnh nhân không quá 18 tuổi, không bị các bệnh ảnh hưởng tới quá trình lành thương như đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng mở không đối chứng đánh giá theo mô hình trước sau.

2.2.2. Các bước tiến hành

- Gây tê tại chỗ bằng lidocain 2%.
- Làm sạch vết thương phần mềm bằng Betadin, ôxi già, nước muối, chú ý làm sạch kỹ mọi góc ngách của vết thương.
- Cầm máu kỹ: Ép cầm máu, kẹp mạch, đốt điện, khâu cầm máu...
- Cắt lọc vết thương: Cắt lọc tiết kiệm.

- Khâu đóng lớp dưới da nếu cần: Nếu vết thương phần mềm sâu đến lớp dưới da thì cần phải khâu đóng lớp dưới da bằng chỉ vicryl 4-0 hoặc 5-0 trước khi sử dụng keo Histoacryl. Nếu tổn thương lớp cơ thì cần phải khâu phục hồi lớp cơ, sử dụng kỹ thuật khâu mũi rời.

- Dùng ngón tay trỏ và ngón tay cái của một bàn tay ép chặt 2 mép vết thương lại với nhau. Có thể nhờ người phụ dùng 2 ngón tay ép 2 mép vết thương lại với nhau để dễ dàng sử dụng keo Histoacryl. Cần phải ép 2 mép vết thương lại với nhau chính xác.

- Mờ nắp tuýp histoacryl, nhỏ từng giọt histoacryl lên cạnh vết thương trong khi 1 tay vẫn giữ 2 mép vết thương lại với nhau. Cần thận trọng để cho keo Histoacryl dính vào găng tay, dính vào mắt của bệnh nhân...

- Dàn đều lớp Histoacryl thành một lớp mỏng lên trên bề mặt vết thương trong khi 2 tay vẫn giữ 2 mép vết thương lại với nhau, giữ trong thời gian 30 giây.

2.2.3. Tiêu chí đánh giá

- Đánh giá sau 1 tuần:

Bảng 1. Đánh giá kết quả sau 1 tuần điều trị

	Tốt	Kém
Khả năng liền thương	- Vết mổ khô - Mép vết thương sát khít - Vết thương không có dấu hiệu nhiễm trùng	- Vết mổ ướt, có nhiều dịch - Mép vết thương hở 1 phần hay toàn bộ - Vết thương có dấu hiệu nhiễm trùng
Sự hài lòng của bệnh nhân	- Không đau - Không khó chịu	- Đau - Khó chịu

- Đánh giá sau 3 tháng.

Đánh giá tình trạng sẹo và thẩm mỹ sau 3 tháng phẫu thuật, đánh giá dựa theo bảng đánh giá SBSES (Stony Brook Scar Evaluation Scale) của tác giả Singer [1]. Bảng đánh giá bao gồm 5 tiêu chí.

Bảng 2. Đánh giá tình trạng sẹo và thẩm mỹ sau 3 tháng.

	Tiêu chí đánh giá	Điểm
Độ rộng sẹo	>2 mm	0
	≤ 2mm	1
Chiều cao sẹo	Cao hơn/ lõm hơn so với tổ chức da xung quanh	0
	Ngang bằng với tổ chức da xung quanh	1
Màu sắc	Tối hơn da xung quanh	0
	Bằng hoặc sáng hơn da xung quanh	1
Vết chân chỉ	Còn dấu chân chỉ	0
	Không còn	1
Thẩm mỹ chung của sẹo	Kém	0
	Tốt	1
Tổng		5

Cho điểm từ 0-5, điểm càng cao có nghĩa là sẹo càng thẩm mỹ.

Tốt: 4÷5 điểm (sẹo đẹp)

Kém: <4 điểm (sẹo xấu)

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 lý số liệu: xử lý theo phần mềm thống kê SPSS 15.0**III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN****3.1. Thời gian phẫu thuật**

- Thời gian phẫu thuật trung bình là 4,4 phút với độ lệch chuẩn là 0,62.

- Thời gian phẫu thuật ít nhất là 3 phút, thời gian phẫu thuật nhiều nhất là 5,5 phút.

Nhiều nghiên cứu so sánh thời gian điều trị vết thương phần mềm giữa keo dán da và chỉ khâu thấy rằng: Sử dụng keo dán da có thời gian ít hơn ít nhất 2 lần so với chỉ khâu. Nghiên cứu

của Barnett và cộng sự điều trị vết thương rách da đơn giản ở trẻ em bằng Histoacryl Blue và bằng chỉ khâu. Kết quả thấy: Thời gian điều trị bằng Histoacryl ít hơn so với kỹ thuật khâu: 2 phút so với 6 - 10 phút, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$ [2]. Nghiên cứu của Farion và cộng sự so sánh giữa điều trị vết thương phần mềm bằng keo dán da và bằng phương pháp khâu. Thời gian điều trị của nhóm keo dán da ít hơn trung bình là 5,7 phút [3].

3.2. Tách mép vết mổ sau 1 tuần điều trị

Tách mépVT	Độ sâu VTPM	VTPM chỉ rách lớp da	VTPM rách da và lớp dưới da	n	%
Có		1	2	3	8,3
Không		26	7	33	91,7
Tổng		27	9	36	100

Trong nghiên cứu này có 3 trường hợp bị tách mép vết mổ sau 1 tuần điều trị. Trường hợp đầu tiên là bệnh nhân nữ 12 tháng tuổi, bị vết thương phần mềm vùng cằm kích thước 2 cm chiều dài và sâu xuống đến lớp dưới da. Trường hợp này được khâu tốt lớp dưới da bằng chỉ vicryl 5 - 0, sau đó đóng lớp da bằng keo Histoacryl. Tuy nhiên, có một khó khăn đối với trường hợp cháu bé này là bệnh nhân giẫy dụa nhiều, việc hợp tác không được tốt. Sau 1 tuần điều trị, vết thương bị tách mép khoảng 1,2 mm về chiều rộng, không có dấu hiệu sưng đỏ. Bệnh nhân tiếp tục được theo dõi sau này. Một trường hợp thứ 2 là bệnh nhân nam 10 tuổi bị vết thương phần mềm vùng môi dưới kích thước 0,5 cm. Kết quả sau phẫu thuật tốt. Tuy nhiên, sau 1 tuần điều trị có hiện tượng tách mép vết mổ. Khai thác kỹ thì trong quá trình chăm sóc hậu phẫu, bệnh nhân để nước tiếp xúc với keo dán da.

Để giảm thiểu nguy cơ bị tách mép vết mổ khi điều trị bằng keo dán da cần lưu ý một vài điểm sau đây: Áp dụng đối với những vết thương phần mềm có kích thước dưới 5 cm chiều dài, cần khâu tốt lớp dưới da nếu có trước khi đóng lớp da bằng keo dán da. Áp 2 mép vết thương lại với nhau thật khít trong quá trình sử dụng keo dán da, không được để cho keo dán da chảy vào giữa 2 mép vết thương. Dặn dò bệnh nhân không được để nước, các chất hóa học khác tiếp xúc với keo dán da, không được dùng tay bóc keo dán da nhất là đối với trường hợp trẻ nhỏ.

Nghiên cứu của Barnett và cộng sự điều trị vết thương rách da đơn giản ở trẻ em bằng Histoacryl Blue và bằng chỉ khâu. Vết thương có

kích thước dưới 5 cm. Các biến chứng về tách mép vết thương, sưng đỏ là tương tự nhau ở cả 2 nhóm với $p > 0,2$ [2]. Nghiên cứu của Farion và cộng sự so sánh giữa điều trị vết thương phần mềm bằng keo dán da và bằng phương pháp khâu. Tách mép vết thương ở nhóm keo dán da lớn hơn nhóm khâu nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê [3]. Nghiên cứu của Beam JW và cộng sự [4] cũng thấy có một tỷ lệ nhỏ bị tách mép vết mổ ở nhóm sử dụng keo dán da so với nhóm sử dụng chỉ khâu nhưng khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Theo ông cho rằng, nguyên nhân của tách mép vết mổ là do kích thước vết thương quá lớn, bệnh nhân vận động mạnh tạo ra những ảnh hưởng không tốt đến vết thương điều trị. Nghiên cứu của Thomas B và cộng sự điều trị vết thương phần mềm cho 30 trẻ bằng Histoacryl Blue thì có 2 trẻ có hiện tượng tách mép vết mổ. Tỷ lệ này khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng [5].

3.3. Chảy dịch vết thương sau 1 tuần điều trị

Sau 1 tuần điều trị không có bệnh nhân nào có dấu hiệu chảy dịch tại vết thương. Chảy dịch từ vết thương có thể là dịch viêm hoặc là dịch mủ. Nguyên nhân có thể do vết thương tổn khuyết quá lớn nên sau 1 tuần vẫn còn hiện tượng dẫn lưu dịch từ vết thương. Đối với những vết thương phần mềm đơn giản, hiếm khi sau 1 tuần mà vẫn còn dịch chảy ra từ vết mổ. Nếu có dịch chảy ra từ vết thương thì thường là dịch mủ và có biểu hiện nhiễm trùng.

3.4. Nhiễm trùng vết thương sau 1 tuần điều trị

Sau 1 tuần điều trị, không có vết thương nào có dấu hiệu nhiễm trùng. Keo dán da sau khi trùng hợp sẽ tạo thành một lớp màng dính chắc gắn kết 2 mép vết thương lại với nhau, nhờ vậy nó tạo thành một hàng rào chống lại sự xâm nhập của vi khuẩn. Các nghiên cứu invitro thấy

keo dán da có tác dụng chống lại vi khuẩn Gram dương. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau 1 tuần điều trị không có bệnh nhân nào có dấu hiệu nhiễm trùng. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với các tác giả khác [6]

3.5. Đánh giá màu sắc sẹo sau điều trị 3 tháng

Độ sâu VTPM Màu sắc sẹo	VTPM chỉ rách lớp da	VTPM rách da và lớp dưới da	n	%
Ngang bằng	21	5	26	78,8
Sáng hơn	4	3	7	21,2
Tổng	25	8	33	100

- Trong 33 bệnh nhân khám lại không có bệnh nhân nào có màu sắc sẹo tối hơn màu da xung quanh, có 26 bệnh nhân có màu sắc sẹo tương tự màu da xung quanh chiếm tỷ lệ 78,8%

- Màu sắc sẹo của 2 nhóm VTPM chỉ rách lớp da và nhóm VTPM rách da và lớp dưới da khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,195 > 0,05$

- Hầu hết các bệnh nhân đều có sẹo tương tự màu sắc da xung quanh, chỉ có 7 bệnh nhân

chiếm tỷ lệ 21,2% có màu sẹo sáng hơn màu da xung quanh. Hiện tượng màu sắc sẹo sáng hơn màu da xung quanh cũng hoàn toàn bình thường so với quá trình lành thương, lành sẹo. Sau 3 tháng điều trị, sẹo vẫn chưa được hoàn thiện. Màu sắc sẹo vẫn có thể thay đổi để giống với màu da xung quanh. Các bệnh nhân này vẫn được chúng tôi tiếp tục theo dõi thêm 6 tháng đến 1 năm nữa. Không có bệnh nhân nào có màu sắc sẹo tối hơn màu da xung quanh.

3.6. Đánh giá đặc điểm độ rộng của sẹo sau 3 tháng điều trị

Độ sâu VTPM Độ rộng sẹo	VTPM chỉ rách lớp da	VTPM rách da và lớp dưới da	n	%
≤ 2 mm	25	8	33	100
> 2 mm	0	0	0	0
Tổng	25	8	33	100

Sau 3 tháng điều trị không có bệnh nhân nào có sẹo trên 2 mm về chiều rộng.

Có nhiều yếu tố ảnh hưởng tới độ rộng của sẹo sau điều trị như: Kỹ thuật tiến hành, trình độ của phẫu thuật viên, chăm sóc vết mổ sau phẫu thuật, và cuối cùng là cơ địa của bệnh nhân. Trong quá trình điều trị vết thương phần mềm, cần kiểm soát tốt các yếu tố trên để đạt được kết quả tốt nhất. Một điểm kỹ thuật cần phải lưu ý là không được để cho keo dán da chảy vào giữa 2 mép vết thương khi nó chưa trùng hợp. Nếu keo dán da chảy vào giữa 2 mép vết thương nó sẽ ảnh hưởng đến quá trình lành thương,

ngăn cản 2 mép vết thương gắn kết lại với nhau gây tách mép vết mổ và gây tăng độ rộng của sẹo sau này. Trong nghiên cứu, vai trò ép 2 mép vết thương là cực kỳ quan trọng, cần phải ép 2 mép vết thương lại với nhau tối thiểu là 30 giây đủ thời gian để cho keo được trùng hợp.

Một vấn đề nữa cần phải kiểm soát để giảm độ rộng sẹo là chăm sóc vết thương sau phẫu thuật. Cần dẫn dò bệnh nhân, cha mẹ bệnh nhân không được để cho nước tiếp xúc với vết thương trong vòng 1 tuần, không bôi bất kỳ hóa chất nào lên trên bề mặt vết thương. Tránh các hoạt động quá mức ảnh hưởng đến vết thương.

3.7. Đánh giá chiều cao sẹo sau 3 tháng điều trị

Độ sâu VTPM Chiều cao sẹo	VTPM chỉ rách lớp da	VTPM rách da và lớp dưới da	n	%
Ngang bằng	22	5	27	81,8
Cao hơn hay thấp hơn	3	3	6	18,2
Tổng	25	8	33	100

Sau 3 tháng điều trị, trong 33 bệnh nhân khám lại có 27 bệnh nhân có chiều cao sẹo

ngang bằng với bề mặt da xung quanh chiếm 81,8%, chỉ có 6 bệnh nhân có sẹo cao hơn bề mặt da xung quanh chiếm 18,2%, không có bệnh nhân nào có sẹo thấp hơn bề mặt da xung quanh. Chiều cao sẹo không có sự khác biệt giữa 2 nhóm VTPM chỉ rách lớp da và VTPM rách da và lớp dưới da $p = 0,137 > 0,05$.

Việc kiểm soát chiều cao của sẹo cũng giống như kiểm soát độ rộng của sẹo, chúng tôi đã

kiểm soát tốt quá trình làm việc nên kết quả rất tốt. Tuy nhiên trong 6 bệnh nhân có sẹo cao hơn bề mặt da xung quanh có 2 bệnh nhân có bề mặt sẹo sần sùi. Nhìn xa thì không rõ những nhìn gần thì rõ bề mặt sẹo sần sùi. Theo đánh giá của chúng tôi về thẩm mỹ thì chưa được tốt. Tuy nhiên bệnh nhân và bố mẹ bệnh nhân thì lại hài lòng với vết sẹo.

3.8. Đánh giá đặc điểm thẩm mỹ chung sau 3 tháng điều trị

Thẩm mỹ \ Độ sâu VTPM	VTPM chỉ rách lớp da	VTPM rách da và lớp dưới da	n	%
Đẹp	25	6	31	94
Xấu	0	2	2	6
Tổng	25	8	33	100

- Sau 3 tháng điều trị, trong 33 bệnh nhân đến khám lại có 31 bệnh nhân có kết quả thẩm mỹ tốt chiếm 94%, chỉ có 2 bệnh nhân có kết quả kém chiếm 6%.

- Không có sự khác biệt về kết quả thẩm mỹ giữa 2 nhóm VTPM chỉ rách lớp da và nhóm VTPM rách da và lớp dưới da với $p = 0,053 > 0,05$.

Quinn và cộng sự so sánh điều trị vết rách mặt ở trẻ bằng Histoacryl Blue với kỹ thuật khâu thông thường. Nghiên cứu gồm 81 bệnh nhân nhi được chia thành 2 nhóm với vết rách da mặt có kích thước dưới 4cm chiều dài và dưới 0,5 cm chiều rộng. Kết quả thẩm mỹ được đánh giá sau 3 tháng dựa vào thang điểm VAS. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ở 2 nhóm. Nhóm Histoacryl Blue là 60,5 mm còn nhóm khâu là 57,2 mm với $p = 0,45$ [7].

Göktas N và cộng sự so sánh sử dụng keo Histoacryl và chỉ không tiêu polypropylene để điều trị vết thương rách da tại khoa cấp cứu. Nghiên cứu gồm có 92 bệnh nhân với vết thương rách da có kích thước dưới 5 cm. Bệnh nhân được khám lại sau 10 ngày và 3 tháng để đánh giá lại về mức độ đau, sự hài lòng, thẩm mỹ và chi phí... Kết quả thẩm mỹ được đánh giá bằng thang điểm VAS bởi bệnh nhân và bác sĩ phẫu thuật tạo hình. Sau 3 tháng thấy kết quả thẩm mỹ là như nhau ở cả 2 nhóm. Sử dụng keo Histoacryl được bệnh nhân ưa thích hơn, chi phí điều trị vết thương bằng Histoacryl là ít hơn.

IV. KẾT LUẬN

Sau khi tiến hành nghiên cứu 36 bệnh nhân có vết thương phần mềm vùng hàm mặt bằng

keo Histoacryl, chúng tôi đưa ra một số kết luận: Thời gian phẫu thuật ngắn, vật liệu dễ sử dụng. Tỷ lệ vết mổ bị tách thấp. Không có hiện tượng nhiễm trùng hay chảy dịch tại vết thương. Sẹo có thẩm mỹ cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Barnett P, Jarman FC, Goodge J, et al. (1998).** Randomised trial of Histoacryl blue tissue adhesive glue versus suturing in the repair of paediatric lacerations. *J Paediatr Child Health*. 34 (6), 548 - 550.
2. **Farion K, Osmond MH, Hartling L, et al. (2003).** Tissue adhesives for traumatic lacerations in children and adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 3, CD003326.
3. **Graefe H, Wollenberg B, Brocks C. (2008).** Application of skin adhesives in head and neck surgery: analysis of cosmetic results, applicability and cost-effectiveness of cyanoacrylate-based adhesives. *HNO*. 56 (9), 947 - 954.
4. **Beam JW. (2008).** Tissue adhesives for simple traumatic lacerations. *J Athl Train*. 43 (2), 222 - 224.
5. **Thomas B, Harolad K, David J, et al. (1995).** Laceration repair using a tissue adhesive in a children's emergency department. *American Academy of Pediatrics*. 30, 200-205.
6. **Nguyễn Duy Ngân (1994),** *Góp phần nhận xét, điều trị chấn thương phần mềm hàm mặt qua 590 trường hợp tại khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện Bạch Mai*, Trường Đại Học Y Hà Nội,
7. **Quinn JV, Drzewiecki A, Li MM, et al. (1993).** A randomized, controlled trial comparing a tissue adhesive with suturing in the repair of pediatric facial lacerations. *Ann Emerg Med*. 22 (7), 1130 -1135.

NGHIÊN CỨU VAI TRÒ CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ TIỀN LƯỢNG BỆNH NHÂN U NGUYÊN BÀO THẬN SỬ DỤNG PHÁC ĐỒ SIOP 2009-2016

Lê Hồng Nhung*, Nguyễn Xuân Hiền**

TÓM TẮT²⁵

Mục tiêu: Nghiên cứu giá trị CLVT trong chẩn đoán và tiên lượng UNBT. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu theo dõi dọc tất cả bệnh nhân u thận vào viện Nhi trung ương trong giai đoạn từ 2009 đến 2016. Tất cả tuân theo phác đồ SIOP. **Kết quả:** 86 bệnh nhân u thận, có 61 bệnh nhân u nguyên bào thận (UNBT) chiếm tỷ lệ 71%, có 55 BN được chẩn đoán và được điều trị hóa chất trước phẫu thuật. Tỷ lệ nam/nữ UNBT ~1,1. Giá trị chẩn đoán UNBT theo SIOP chính xác 82%. Kết quả nghiên cứu phù hợp với kết quả SIOP trong đánh giá các yếu tố tuổi, giới, giai đoạn, thể tích khối u trước hóa chất trong mối liên quan với các mức đáp ứng hóa chất theo tiêu chuẩn WHO ($p > 0,05$). **Kết luận:** Giá trị CLVT trong chẩn đoán UNBT theo SIOP với độ chính xác 82%, trên thực tế giá trị này cao hơn rất nhiều khi quan điểm SIOP revise sát nhập hai loại u thận là sarcom tế bào sừng và u cơ vân thuộc nhóm nguy cơ cao của UNBT. Các yếu tố tiên lượng như tuổi, giới, thể tích khối u và giai đoạn trước hóa chất không liên quan với mức đáp ứng hóa chất, phù hợp với nghiên cứu của SIOP.

Từ khóa: Cắt lớp vi tính, tiên lượng, u nguyên bào thận, u Wilms, SIOP.

Chữ viết tắt: SIOP: Société Internationale D'oncologie Pédiatrique

SUMMARY

STUDY THE ROLE OF COMPUTED TOMOGRAPHY IN DIAGNOSIS AND PROGNOSIS PATIENTS WITH NEPHROBLASTOMA (WILMS TUMOR) FOLLOWING SIOP PROCEDURE 2009-2016

Objectives: 1. The value of CT-scanner in diagnosis of Wilms tumor. 2. The value of CT-scanner in prognosis of Wilms tumor outcome. **Methods:** consecutive patients suspected renal tumor (RT) evaluated from 2009 to 2016 in National Hospital of Pediatrics. All patients follow the SIOP management. Clinical, histological and imaging data were collected from the medical records and imaging diagnosis

system (PACS). Prospective analysis using data medical analysis, Chi-square test. **Result:** the samples consisted of 86 patients, including 71 patients with Wilms tumor (WT) and 14% clear cell sarcoma (CCS), 7% rhabdoid tumor (RMT), 3% mesoblastic tumor (MT). For WT, 55 patient were diagnosed and 6 patients were not on imaging before preoperative chemotherapy (PCT). The ratio male/female ~1,1 with median age 2 year. No significant differentiation in diagnosis of WT with other RT especially with CCS and RMT before PCT. Thus, 10 cases of other RT were misdiagnosed as WT on CT and had to experienced PCT following SIOP. Moreover, the rate of WT under 6 months was high, accounted for 4/8 cases that need to be reconsider for SIOP. Further, there was no significant relationship between age, gender, prechemotherapy tumor volume, stage, histological classification with chemotherapy response following WHO criteria. **Conclusion:** value of CT scanner in diagnosis nephroblastoma following SIOP is high with 90,3% sensitivity, 60% specificity, 82% accuracy. Prognosis value of CT scanner following SIOP procedure is appropriate with the results of SIOP in which age, gender, prechemotherapy volume and stage not associated response following WHO criteria.

Key word: CT scanner, prognosis, nephroblastoma, Wilms, SIOP

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U Wilms hay U nguyên bào thận (UNBT) là khối u hay gặp nhất trong u thận ở trẻ em, chiếm 90% [1]. Hầu hết khối u được chẩn đoán trước 5 tuổi. U Wilms khi được phát hiện thường lớn, nguy cơ vỡ cao nhưng là khối u đáp ứng hóa chất tốt, phần lớn giảm giai đoạn sau hóa chất trước mổ. Do đó việc điều trị hóa chất trước phẫu thuật có ý nghĩa lớn khi giảm thể tích khối u dẫn đến giảm giai đoạn và giảm nguy cơ vỡ u trước và trong quá trình phẫu thuật. Tiên lượng khối u Wilms phụ thuộc vào 2 yếu tố chính: yếu tố mô bệnh học và giai đoạn, có ý nghĩa quan trọng trong đối với tái phát u và tỷ lệ tử vong. Dựa vào đặc điểm mô bệnh học sau hóa chất, SIOP phân chia ra làm 3 nhóm nguy cơ: nguy cơ thấp, nguy cơ trung bình, nguy cơ cao (NCT, NCTB, NCC) [1]. Những khối u có NCC sẽ liên quan đến đáp ứng điều trị kém và giảm khả năng sống sót. Hơn nữa, ảnh hưởng của giảm thể tích khối u với hóa chất trước phẫu thuật

*

Chịu trách nhiệm chính:

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

được cho là một yếu tố tiên lượng cần nghiên cứu, đã được đề xuất hội nghị SIOP 9/ Hội ung thư và huyết học trẻ em Đức (GPOH) và SIOP 93-01/GPOH [2, 3]. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu **"Nghiên cứu vai trò chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán và tiên lượng bệnh nhân u nguyên bào thận sử dụng phác đồ SIOP 2009-2016"** nhằm 2 mục tiêu:

1. Nghiên cứu giá trị CLVT trong chẩn đoán UNBT
2. Nghiên cứu giá trị CLVT trong tiên lượng UNBT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tất cả bệnh nhân nghi ngờ u thận từ 2009 đến 2016 tại bệnh viện Nhi trung ương và được quản lý theo phác đồ SIOP. Trong đó những bệnh nhân dưới 6 tháng tuổi sẽ được coi là u trung mô thận và được phẫu thuật ngay, bệnh nhân trên 6 tháng tuổi sẽ được phân loại là

UNBT hay không phải UNBT dựa vào chẩn đoán hình ảnh (CĐHA).

Những bệnh nhân được phân loại là UNBT sẽ được điều trị hóa chất trước phẫu thuật (HCTPT) 4 tuần, sau đó được đánh giá lại trên CĐHA về giai đoạn khối u sau hóa chất, mức độ đáp ứng điều trị theo WHO dựa trên thay đổi thể tích (CR/PR, SD, PD) trong đó: CR: biến mất hoàn toàn; PR giảm thể tích sau hóa chất $\geq 50\%$; SD: dao động từ PD đến PR; PD: tăng thể tích sau hóa chất $\geq 20\%$.

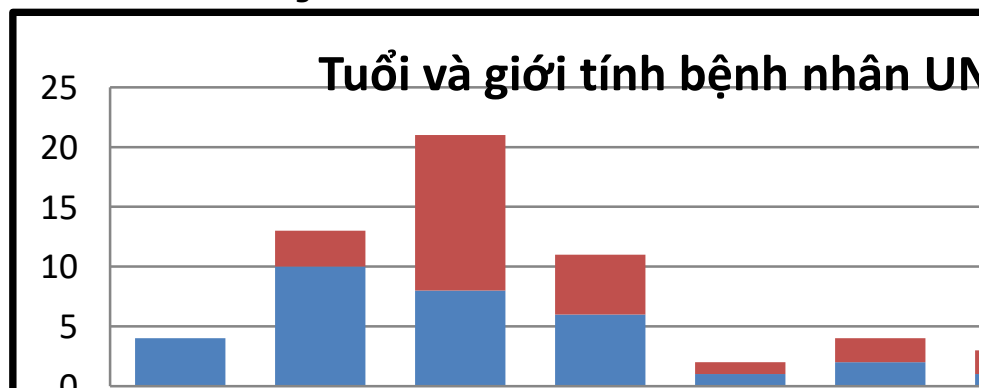
Nghiên cứu can thiệp mô tả theo dõi dọc theo thời gian có đối chứng giải phẫu bệnh.

Thể tích khối u được tính theo công thức Weirich: chiều dài $\times$ chiều sâu $\times$ chiều dày $\times 0,523$. [2]

Xử lý số liệu: Tính tỷ lệ, test kiểm định khi bình phương thực hiện trên phần mềm phân tích số liệu SPSS 20.0

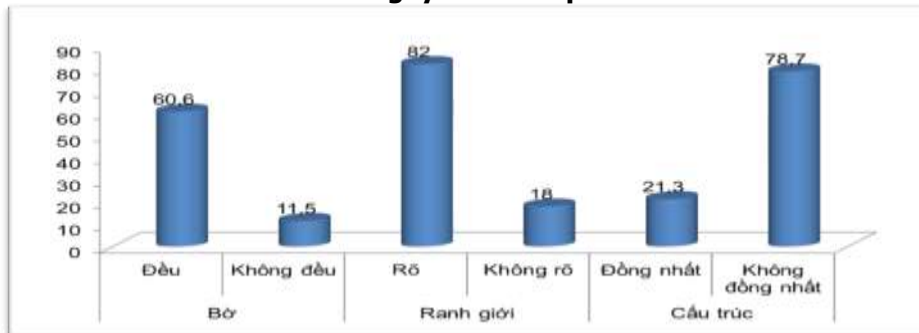
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Biểu đồ 1: Phân bố tuổi và giới



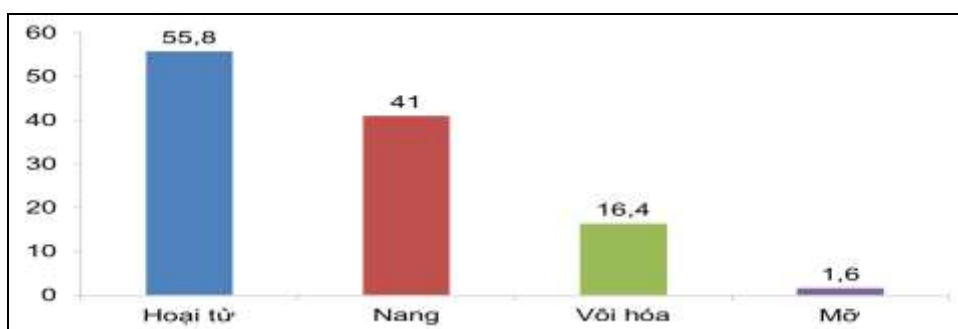
Nhận xét: tuổi hay gặp 1-2 tuổi, hiếm gặp dưới 6 tháng và trên 5 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ ~1,1

Biểu đồ 2: Hình thái và cấu trúc u nguyên bào thận



Nhận xét: UNBT hay gặp nhất hình ảnh bờ đều (60,6%), ranh giới rõ (82%), không đồng nhất (78,7%).

Biểu đồ 3: Cấu trúc u nguyên bào thận



Nhận xét: Hoại tử hay gặp nhất chiếm 55,8%, vôi hóa ít gặp 16,4%.

Bảng 1: Giá trị chẩn đoán theo phác đồ SIOP

Tổ hợp các dấu hiệu	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Độ chính xác	Giá trị dự báo dương tính	Giá trị dự báo âm tính
≥4	90,1	60	81,4	81,8	71,4
≥5	57,8	80	64	87,5	43,5
≥6	32,7	92	50	90,9	35,9

Nhận xét: tổ hợp các dấu hiệu: Tuổi trên 6 tháng, bờ đều, ranh giới rõ, kích thước $\geq 5\text{cm}$, ngấm thuốc mạnh, hoại tử, không vôi hóa. Chúng tôi lựa chọn 4 dấu hiệu trở lên với độ nhạy 90,1%, độ đặc hiệu 60%, độ chính xác 81,4% trong chẩn đoán UNBT.

Bảng 2: Phân loại đáp ứng hóa chất WHO theo tuổi, giới

Đặc điểm	Giá trị	CR/PR (n)	SD (n)	PD (n)	Tổng (n)	p
Tuổi	Mean	2,16	1,906	1,68	1,98	0,525
	Median	2	1,5	2	2	
	Max	6	4	3	6	
	Min	0,7	0,7	0,8	0,7	
Giới	Nam	12	11	4	27	0,505
	Nữ	12	7	6	25	
Thể tích u trước điều trị (ml)	Mean	305,16	314,62	441,85	334,72	0,323
	Median	251,20	309,13	278,23	274,37	
	Max	1120,00	607,17	1228,50	1228,50	
	Min	57,48	75,00	23,76	23,76	

Nhận xét: Tuổi, giới, thể tích khối u trước điều trị hóa chất không liên quan với các mức đáp ứng hóa chất theo tiêu chuẩn WHO ($p > 0,05$)

Bảng: Kích thước khối u trước và sau điều trị hóa chất theo RECIST và WHO (n=52)

Phân loại	Trước hóa chất	Độ lệch chuẩn	Sau hóa chất	Độ lệch chuẩn
RECIST (cm)	9,48	2,49	7,78	3,94
WHO (ml/cm ³)	339,50	251,14	272,35	450,08

Nhận xét: Kích thước trung bình khối u giảm 21% sau điều trị hóa chất, trong đó trước hóa chất 340mL (9,48cm), sau hóa chất 272mL (7,78cm)

Bảng 4: Phân loại nguy cơ, giai đoạn theo mức đáp ứng hóa chất WHO

Giai đoạn trước hóa chất	Phân loại	CR/PR		SD		PD		Tổng		p
		n	(%)	n	(%)	n	(%)	n	(%)	
	I	5	9,6	2	3,8	4	7,7	11	21,1	0,33
	II	9	17,3	10	19,2	5	9,6	24	46,2	
	III	9	17,3	7	13,5	1	1,9	17	32,7	
	Tổng	23	44,2	19	36,5	10	19,2	52	100	
Nguy cơ	Thấp	0	0	0	0	0	0	0	0	0,26
	Trung bình	18	34,6	16	30,8	9	17,3	43	82,7	
	Cao	5	9,6	3	5,8	1	1,9	9	17,3	
Tổng		23	44,2	19	36,6	10	19,2	52	100	

Nhận xét: Mỗi liên quan giữa giai đoạn và nguy cơ mô bệnh học với các mức đáp ứng hóa chất không chặt chẽ ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

1. Tuổi và giới: U Wilms có tuổi trung bình khoảng 2 tuổi, tỷ lệ hay gặp nhất ở nhóm tuổi từ 1 đến 2 tuổi, hiếm gặp dưới 6 tháng và trên 5 tuổi, khác với nghiên cứu trước đây của SIOP, tuổi hay gặp 3-4 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ ~1,1 tương đương tỷ lệ của các nghiên cứu trước đây của Trần Đức Hậu 2013[4] và SIOP [3].

2. Giá trị CLVT trong chẩn đoán u nguyên bào thận: Theo quan điểm SIOP, độ tuổi được coi là đặc điểm quan trọng nhất để chẩn đoán UNBT. Tất cả bệnh nhân dưới 6 tháng không được chẩn đoán là UNBT, được coi là u trung mô thận. Đa số khối UNBT có bờ đều 60,6%, ranh giới rõ 82%, tỷ trọng không đồng nhất, chiếm tỷ lệ 90%, hoại tử trong u chiếm 57%, phù hợp nghiên cứu của Brisse H và cs [5]. Nghiên cứu chúng tôi, chẩn đoán UNBT theo SIOP trước điều trị có độ nhạy cao >90%, độ đặc hiệu ~60%, độ chính xác 82%. Đa số khối u bị chẩn đoán nhầm với sacom tế bào sừng và u cơ vân. Nhưng trên thực tế độ chính xác sẽ còn cao hơn khi SIOP sát nhập 2 loại khối u trên thuộc nhóm nguy cơ cao của UNBT [3].

Nghiên cứu trong nước về đặc điểm UNBT của tác giả Đ.X.Sinh 2012 đưa ra các giá trị của các đặc điểm UNBT với độ nhạy và đặc hiệu khi tổ hợp các đặc điểm nói trên: với 4/6 dấu hiệu trở lên gồm bờ đều, ranh giới rõ, có vỏ, ngấm thuốc mạnh, không đồng nhất không có tiêu chuẩn tuổi trên 6 tháng với độ nhạy 93,7%, độ đặc hiệu 36,6%, độ chính xác 74%. Các nghiên cứu trong và ngoài nước cũng đã thống nhất rằng không có tiêu chuẩn nào là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định UNBT. Nghiên cứu này thực hiện theo phác đồ SIOP, nên dù bệnh nhân có đặc điểm phù hợp với UNBT nhưng dưới 6 tháng vẫn bị loại bỏ khỏi chẩn đoán UNBT và không được điều trị hóa chất trước phẫu thuật. Việc làm này của SIOP đã chẩn đoán đúng trên 80-90% (coi tất cả bệnh nhân dưới 6 tháng là U trung mô thận) được minh chứng qua nhiều nghiên cứu, ngày nay vẫn chấp nhận rộng rãi trên toàn lãnh thổ Châu Âu [1-2]. Trong nghiên cứu này, trẻ dưới 6 tháng tuổi tỷ lệ u trung mô thận chỉ có 3/8 trường hợp (37,5%), 5 trường hợp còn lại là 4 UNBT (50%) và 1 u cơ vân (12,5%). Tuy vậy chưa thể kết luận được việc áp dụng SIOP đối với trẻ dưới 6 tháng cần thay đổi do cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn.

3. Giá trị CLVT trong tiên lượng khối UNBT: Thay đổi kích thước khối u sau hóa chất trước phẫu thuật được cho là một yếu tố tiên lượng đối với điều trị UNBT, đã được đề xuất hội nghị SIOP 9/ Hội ung thư và huyết học trẻ em Đức (GPOH) và SIOP 93-01/GPOH. SIOP cho rằng, bên cạnh phân loại kiểu mô bệnh học tế bào, khả năng những khối u giảm kích thước sau hóa chất có thể là một thước đo mới trong tiên lượng chiến lược điều trị sau phẫu thuật. Hiện nay GPOH đã sử dụng kích thước khối u thay đổi sau hóa chất là yếu tố có ý nghĩa quan trọng đối với chiến lược điều trị UNBT [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, UNBT khi được phát hiện có KTTB là 9,48 cm (4,3-16cm), TTTB là 339,5mL (từ 23,76-1228,5mL). Sau hóa chất KTTB 7,78cm (1,1-20cm), TTTB ~272,35mL (0,44-2250mL). Do vậy tỷ lệ giảm thể tích trung bình khi so sánh trước và sau điều trị hóa chất là 21%, khác với kích thước trước và sau hóa chất của tác giả Provenzi và cs 2015 với cỡ mẫu tương tự tương ứng là 569,1mL (70,6-2364,2mL) và 149mL (10-1,468mL) với mức giảm thể tích 63% sau hóa chất so với trước hóa chất. Như vậy mức độ

giảm thể tích trung bình sau hóa chất chưa cao so với các nghiên cứu của SIOP. Tuy nhiên ở mức đáp ứng với hóa chất hoàn toàn hay bán phần với tỷ lệ 44,2% của nghiên cứu chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của SIOP là 42%. Còn mức tiến triển khối u 19,2% cao hơn rất nhiều so với kết quả của SIOP là 5%. Như vậy, từ kết quả này có thể thấy rằng có một số khối u cần xem xét yếu tố mô bệnh học do tính chất liên quan đến mất biệt hóa (anaplasia) hoặc phối hợp với thành phần sacom nên việc đáp ứng hóa chất sẽ kém hiệu quả. Theo kết quả nghiên cứu tuổi, giới, thể tích trung bình của khối u không liên quan chặt chẽ đến mức đáp ứng hóa chất theo tiêu chuẩn WHO ($p > 0,05$). Phù hợp với nghiên cứu của SIOP, Provenzi 2015 [3,7]. Các mức đáp ứng hóa chất theo tiêu chuẩn WHO không liên quan với giai đoạn trước hóa chất và nguy cơ mô bệnh học. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của SIOP trong mối liên quan với giai đoạn, không phù hợp trong mối liên quan với nguy cơ mô bệnh học. Theo các nghiên cứu của SIOP, nguy cơ càng cao đáp ứng hóa chất càng kém [2].

V. KẾT LUẬN

UNBT là khối u hay gặp trẻ em, tuổi trung bình 2 tuổi, tỷ lệ nam/nữ ~1,1, hoại tử hay gặp, vôi hóa ít. Theo SIOP, yếu tố tuổi > 6 tháng có ý nghĩa quan trọng nhất trong chẩn đoán UNBT. Giá trị chẩn đoán theo SIOP với độ chính xác 82%, thường chẩn đoán nhầm với sacom tế bào sáng và u cơ vân. Tuy nhiên giá trị này trên thực tế sẽ cao hơn nhiều khi SIOP sát nhập 2 khối u nói trên trong nhóm nguy cơ cao của UNBT. Khi

đánh giá các yếu tố tiên lượng như tuổi, giới, giai đoạn, khối u trước hóa chất hiện không thấy mối liên quan với các mức đáp ứng hóa chất theo tiêu chuẩn WHO, phù hợp với các nghiên cứu của SIOP. Các mức đáp ứng hóa chất của SIOP theo tiêu chuẩn WHO trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu SIOP ở mức đáp ứng hoàn toàn, nhưng tỷ lệ tiến triển sau điều trị cao gần gấp 4 lần so với kết quả SIOP 93-01. Do vậy cần phải nghiên cứu thêm mối tương quan tính chất mô bệnh học của các khối u nguyên bào thận với đáp ứng hóa chất nhằm đạt được hiệu quả điều trị tốt nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kaste, S.C., et al., *Wilms tumour: prognostic factors, staging, therapy and late effects*. Pediatr Radiol, 2008. **38**(1): p. 2-17.
2. Weirich, A., et al., *Survival in nephroblastoma treated according to the trial and study SIOP-9/GPOH with respect to relapse and morbidity*. Ann Oncol, 2004. **15**(5): p. 808-20.
3. Reinhard, H., et al., *Results of the SIOP 93-01/GPOH trial and study for the treatment of patients with unilateral nonmetastatic Wilms Tumor*. Klin Padiatr, 2004. **216**(3): p. 132-40.
4. Đức, H.T., *Nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị u nguyên bào thận theo phác đồ SIOP 2001 tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ 7/2008- 2013*, in *Khoa Ung bướu 2013*, Đại học Y Hà Nội: Đại học Y Hà Nội.
5. Brisse, H.J., et al., *Imaging in unilateral Wilms tumour*. Pediatr Radiol, 2008. **38**(1): p. 18-29.
6. Hartman, D.J. and G.T. MacLennan, *Wilms tumor*. J Urol, 2005. **173**(6): p. 2147.
7. Provenzi, V.O., et al., *[Tumor size and prognosis in patients with Wilms tumor]*. Rev Paul Pediatr, 2015. **33**(1): p. 82-7.

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU SAU MỔ LẤY THAI BẰNG MORPHIN KHÔNG CÓ CHẤT BẢO QUẢN 2MG NGOÀI MÀNG CỨNG LIỀU DUY NHẤT

Đỗ Văn Lợi*, Vũ Văn Du*

TÓM TẮT²⁶

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả giảm đau sau mổ lấy thai và các tác dụng không mong muốn khi tiêm

liều duy nhất 2 mg morphin không có chất bảo quản qua catheter ngoài màng cứng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 60 sản phụ (SP) được giảm đau trong chuyển dạ bằng phương pháp gây tê ngoài màng cứng (NMC), nhưng sau đó có chỉ định mổ lấy thai do thai. Được chia làm 2 nhóm. Nhóm 1: giảm đau sau mổ bằng 2mg morphin không có chất bảo quản liều duy nhất; nhóm 2: giảm đau sau mổ bằng morphin tinh mạch và perfolgan. Tổng liều morphin, perfolgan để giảm đau sau mổ, và các tác

* Bệnh viện Phụ sản Trung ương
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Văn Du
Email: dutruongson@gmail.com
Ngày nhận bài:
Ngày phản biện khoa học:
Ngày duyệt bài:

dụng không mong muốn được ghi lại. **Kết quả:** Thời gian chờ tác dụng giảm đau trung bình là: $38,34 \pm 10,12$ phút, Thời gian tác dụng giảm đau trung bình là: $23,97 \pm 4,78$ giờ. Trong 24 giờ đầu sau mổ, sau khi tiêm một liều duy nhất Morphine 2 mg qua catheter NMC, chỉ có 1 SP (3,33%) phải bổ sung thêm 1g Paracetamol truyền tĩnh mạch và có 10 SP (33,33%) trong suốt 48 giờ sau mổ không phải dùng thêm bất cứ thuốc giảm đau nào khác. Từ 24 đến 48 giờ sau mổ có 25(83,33%) phải truyền $2,13 \pm 0,84$ g Paracetamol tĩnh mạch. 100% SP có mức độ giảm đau từ trung bình đến tốt 24 giờ sau mổ. Tỷ lệ bí tiểu là 26,66% (8SP) trong đó có 3,33% (1SP) phải đặt sonde bàng quang và 23,33% (7 SP) chỉ cần chườm ấm và ngồi dậy. Nôn và buồn nôn là 6,66%, không gặp trường hợp nào ở mức độ nặng. **Kết luận:** Giảm đau sau mổ lấy thai bằng morphine ngoài màng cứng 2mg liều duy nhất có hiệu quả giảm đau kéo dài 24 giờ. Tỷ lệ bí tiểu cao (26,66%). Tuy nhiên, hầu hết các trường hợp bí tiểu không cần đặt sonde bàng quang.

Từ khóa: Giảm đau sau mổ, morphine liều duy nhất.

SUMMARY

RESEARCH THE ANALGESIA EFFECTS OF 2MG EPIDURAL OF NO SUBSTANCE IN MORPHINE STORAGE FOR POST CAESAREAN SECTION

Purpose: Evaluate the effectiveness of pain relief after cesarean section and side effects when administered as single doses of 2 mg of morphine without preservative substance through epidural catheter. **Subject and method:** 60 women being in labor pain relief by epidural anesthesia, then they were indicated caesarean section. They were divided into 2 groups. Group 1 postoperative analgesia with single dose of 2mg morphine without preservative substance; Group 2: postoperative analgesia with intravenous morphine and peralgan. The total dose of morphine, peralgan for postoperative pain relief, and side effects were recorded. **Result:** Onset time average: 38.34 ± 10.12 min, Time analgesic average: 23.97 ± 4.78 hours. In the first 24 hours after surgery, after injected in to epidural space of a single dose of 2 mg morphine, only 1 pregnancy women (3.33%) had to add 1g intravenous paracetamol and 10 pregnancy women (33.33%) during the 48 hours after surgery were not using any other pain medication. From 24 to 48 hours after surgery with 25 (83.33%) had to used 2.13 ± 0.84 g intravenous paracetamol. Postoperative, 100% pregnancy women with the pain level of moderate to good 24 hours. The rate is 26.66% urinary retention, including 3.33% had to place the bladder sonde, and 23.33% just warm compresses and sat up. nausea and vomiting is 6.66%, not encountered any serious extent. **Conclusion:** Epidural analgesia for post cesarean section by 2 mg single dose of morphine was effective analgesia lasts 24 hours. High urinary retention ratio

(26.66%). However, most cases of urinary retention should not place sonde bladder.

Key words: Postoperative pain relief, single dose of morphine.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hậu quả của đau sau mổ ảnh hưởng lớn đến sự phục hồi sức khỏe và tâm lý của bệnh nhân. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu ứng dụng các kỹ thuật giảm đau khác nhau cho các sản phụ sau mổ lấy thai như: Các thuốc giảm đau họ Morphine đã được sử dụng từ lâu trong điều trị giảm đau, đặc biệt là giảm đau sau phẫu thuật. Thuốc có thể sử dụng theo nhiều đường: tiêm tĩnh mạch, tiêm bắp, tiêm dưới da, tủy sống và ngoài màng cứng. Tác dụng giảm đau của morphine bằng đường NMC là vượt trội hơn hẳn so với đường tiêm bắp, tiêm dưới da, tiêm tĩnh mạch. Phẫu thuật sản khoa, sau mổ tất cả các sản phụ phải ngồi dậy và vận động sớm từ 6 giờ sau phẫu thuật, đi lại sau mổ 24 giờ. Vì vậy, dù được đặt catheter ngoài màng cứng trước mổ nhưng đa số các nhà gây mê và sản khoa chủ trương rút catheter ngay sau mổ. Như vậy, nếu tiêm thêm một liều morphine trước khi rút catheter có thể kéo dài đáng kể thời gian giảm đau sau mổ và tạo điều kiện kiểm soát đau sau mổ tốt hơn. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm hai mục tiêu:

1. *Đánh giá hiệu quả giảm đau sau mổ lấy thai bằng Morphine không có chất bảo quản 2 mg ngoài màng cứng liều duy nhất.*

2. *Xác định tác dụng không mong muốn của phương pháp này.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có so sánh. 60 sản phụ có chỉ định mổ lấy thai sau khi đã được làm giảm đau trong chuyển dạ bằng phương pháp gây tê NMC được chia làm 2 nhóm.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 8/2015 đến tháng 9/2016 tại khoa Gây mê hồi sức Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

2.3. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Sản phụ trong độ tuổi sinh đẻ (18-35), ASA I - II, đã được gây tê NMC để giảm đau trong chuyển dạ nhưng có chỉ định mổ lấy thai vì đầu không lọt hoặc cổ tử cung không tiến triển, đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4. Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân: Sản phụ không thuộc tiêu chuẩn lựa chọn ở trên, chỉ

định mổ vì thai suy, dị ứng với các thuốc sử dụng trong nghiên cứu, di lệch catheter NMC, hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.5. Phương pháp nghiên cứu:

- Chuẩn bị bệnh nhân: đo mạch, huyết áp, bão hòa oxy, thiết lập đường truyền tĩnh mạch.

- Chuẩn bị phướng tiện, dụng cụ, máy móc, và thuốc.

- Tiến hành giảm đau sau mổ: khi VAS ≥ 4

- Thuốc và liều dùng:

+ Nhóm 1: Truyền tĩnh mạch Perfalgan 1g/lần trong 15 phút, cách 4 - 6 giờ/lần, tối đa 4 lần/ngày. Sau khi truyền được 1 giờ hoặc đã truyền Perfalgan 4g/24 giờ mà VAS ≥ 4 thì tiêm tĩnh mạch Morphine 2 mg/lần, sau 5 phút VAS vẫn trên 4 thì tiêm nhắc lại, tối đa không quá 6mg.

+ Nhóm 2: Tiêm qua catheter NMC Morphine 2 mg + NaCl 9‰ vừa đủ 10 ml, sau đó rút catheter. Khi VAS ≥ 4 thì sử dụng Perfalgan và morphine như nhóm 1.

2.6. Các chỉ số theo dõi và đánh giá:

3.2. Hiệu quả giảm đau

Bảng 3.1. Thời gian chờ và thời gian tác dụng giảm đau của Morphine

$\bar{X}$ $\pm SD$	Thời gian chờ tác dụng giảm đau (phút)	Thời gian tác dụng giảm đau (giờ)
	38,34 $\pm$ 10,12	23,97 $\pm$ 4,78
Min - Max	18 - 56	16,6 - 29

Nhận xét: Thời gian trung bình bắt đầu có tác dụng giảm đau của Morphine là 38,34 $\pm$ 10,12 phút, nhanh nhất là 18 phút, chậm nhất là 56 phút.

Thời gian tác dụng giảm đau trung bình của Morphine là 23,97 $\pm$ 4,78 giờ, ngắn nhất là 16,6 giờ và dài nhất là 29 giờ.

Tổng lượng thuốc giảm đau dùng sau mổ

- Nhóm 1: sau khi truyền 1g Paracetamol 1 giờ hoặc đã truyền đủ 4g/24 giờ mà VAS ≥ 4 thì sản phụ được bổ sung Morphine tiêm dưới da 5mg/lần.

- Nhóm 2: sau khi tiêm 2 mg Morphine ngoài màng cứng, khi VAS ≥ 4 thì sản phụ được bổ sung Paracetamol 1g/lần.

Bảng 3.2. Tổng lượng thuốc giảm đau dùng sau mổ ở nhóm 1

		Morphine TDD (mg)	Paracetamol (g)
24 giờ đầu	n	5 (16,67%)	30 (100%)
	Tổng liều	4	4
24 - 48 giờ	n	0	25 (83,33%)
	Tổng liều	0	2,13 $\pm$ 0,84

Bảng 3.3. Tổng lượng thuốc giảm đau dùng sau mổ ở nhóm 2

		Morphine NMC (mg)	Paracetamol (g)
24 giờ đầu	n	30 (100%)	1 (3,33%)
	Tổng liều	2	1
24 - 48 giờ	n	0	23 (76,67%)
	Tổng liều	0	2,27 $\pm$ 0,86

Nhận xét: 24 giờ đầu sau mổ

- 100% sản phụ nhóm 1 truyền 4g Paracetamol và 5 sản phụ (16,67%) phải bổ sung thêm Morphine tiêm dưới da 5mg.

- Hiệu quả giảm đau.

- Đánh giá mức độ an thần.

- Đánh giá ảnh hưởng lên hô hấp.

- Đánh giá ảnh hưởng lên tuần hoàn.

- Đánh giá tác dụng không mong muốn: Run, bí tiểu, ngứa, nôn - buồn nôn...

2.7. Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 16.0; P < 0.05 sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê.

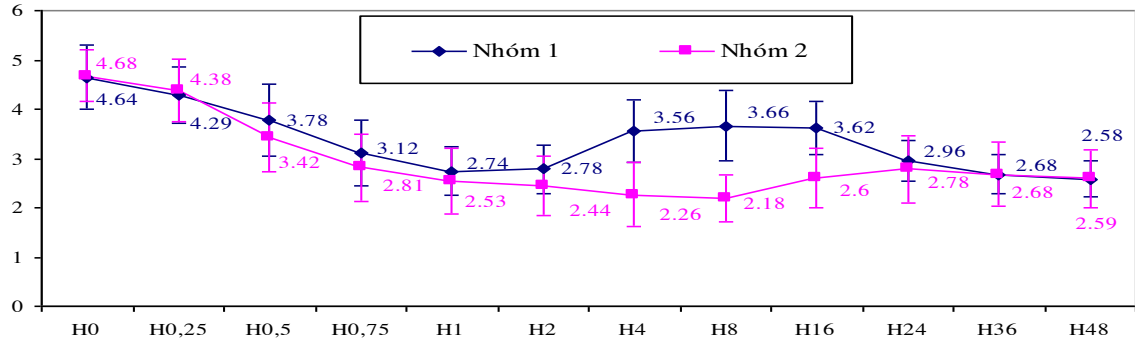
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của các đối tượng nghiên cứu

- Tuổi, chiều cao, cân nặng giữa 2 nhóm nghiên cứu khác nhau không có ý nghĩa thống kê (P > 0,05).

- Nguyên nhân mổ lấy thai: (do đầu không lọt, cổ tử cung không tiến triển) giữa hai nhóm nghiên cứu khác nhau không có ý nghĩa thống kê với P > 0,05. Chúng tôi không chọn các trường hợp mổ lấy thai vì thai suy.

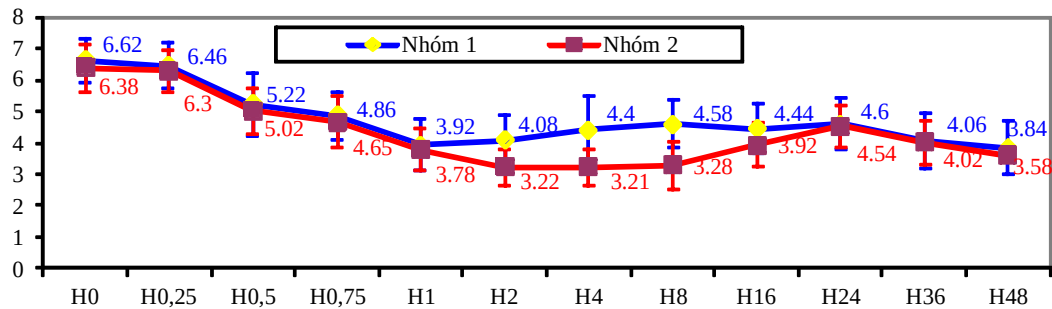
- 100% sản phụ nhóm 2 tiêm 2 mg Morphin ngoài màng cứng và 1 sản phụ (2,33%) phải bổ sung thêm Paracetamol 1g.
- 24 - 48 giờ: có 25 sản phụ (83,33%) nhóm 1 truyền $2,13 \pm 0,84$ g Paracetamol và 23 sản phụ (76,67%) nhóm 2 truyền $2,27 \pm 0,86$ g Paracetamol. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$).



Biểu đồ 3.1. Diễn biến điểm đau ở trạng thái tĩnh

Nhận xét:

- Sau khi tiêm thuốc 30 phút, điểm đau VAS giảm từ $4,64 \pm 0,53$ xuống $3,78 \pm 0,7$ ($P < 0,05$) ở nhóm 1 và từ $4,68 \pm 0,65$ xuống $3,42 \pm 0,73$ ở nhóm 2 ($P < 0,05$).
- Từ H2 - H16: Điểm đau VAS ở nhóm 2 luôn thấp hơn ở nhóm 1 ($P < 0,05$).



Biểu đồ 3.2. Diễn biến điểm đau ở trạng thái động

Nhận xét:

- Sau khi tiêm thuốc 30 phút, điểm đau VAS giảm từ $6,62 \pm 0,7$ xuống $5,22 \pm 1$ ($P < 0,05$) ở nhóm 1; từ $6,38 \pm 0,75$ xuống $5,02 \pm 0,72$ ở nhóm 2 ($P < 0,05$) và sau 60 phút VAS < 4.
- Từ H2 - H16: Điểm đau VAS ở nhóm 2 luôn thấp hơn ở nhóm 1 ($P < 0,05$).

3.3. Tác dụng không mong muốn

Bảng 3.4. Thời gian trung tiện

Thời gian trung tiện (giờ)	Nhóm 1 (n = 30)	Nhóm 2 (n = 30)	P
$\bar{X} \pm SD$	22,26 $\pm$ 11,19	24,36 $\pm$ 11,21	> 0,05
Min- Max	6 - 52	5 - 53	

Nhận xét: Thời gian trung tiện giữa 2 nhóm nghiên cứu khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$).

Bảng 3.5. Mức độ bí tiểu

Mức độ bí tiểu		Nhóm 1 (n = 30)		Nhóm 2 (n = 30)	
		n	%	n	%
Có bí tiểu	Đặt sonde	1	3,33	1	3,33
	Không đặt sonde	3	10,0	7	23,33
Không bí tiểu		26	86,67	22	73,34

Tổng	30	100	30	100
P	< 0,05			

Nhận xét:

- Tất cả các trường hợp mổ lấy thai đều phải đặt sonde tiểu và rút sau mổ 4 giờ, nên chỉ theo dõi bí tiểu sau khi rút sonde.

- Tỷ lệ bí tiểu chiếm 13,33% ở nhóm 1 và 26,66% ở nhóm 2. Trong đó cần phải đặt sonde bàng quang 3,33% ở nhóm 1 và 3,33% ở nhóm 2. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm nghiên cứu ($P < 0,05$).

Bảng 3.6. Mức độ nôn và buồn nôn

Mức độ		Nhóm 1 (n = 30)		Nhóm 2 (n = 30)	
		n	%	n	%
Buồn nôn, nôn	Nhẹ	1	3,33	1	3,33
	Vừa	0	0	1	3,33
	Nặng	0	0	0	0
Không buồn nôn		28	96,67	28	93,67
Tổng		30	100	30	100

Nhận xét: Tỷ lệ buồn nôn, nôn ở nhóm 1 là 3,33% và ở nhóm 2 là 6,66% ($P > 0,05$). Không gặp trường hợp nào ở mức độ nặng ở cả 2 nhóm.

IV. BÀN LUẬN**4.1. Đặc điểm chung của hai nhóm nghiên cứu**

Tuổi trung bình của các sản phụ ở nhóm khác nhau không có ý nghĩa thống kê, thấp nhất là 19 tuổi và cao nhất là 34 tuổi. Đây là độ tuổi sinh đẻ. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đức Lam với tuổi trung bình là $27,4 \pm 3,5^{[1]}$.

Chiều cao và cân nặng trung bình của cả 2 nhóm là tương đương nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$). Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đức Lam^[1], Nguyễn Thị Thanh Huyền^[2].

Tỷ lệ mổ lấy thai do đầu không lọt là chủ yếu chiếm 60% ở nhóm 1 và 58% ở nhóm 2 (sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm nghiên cứu $P > 0,05$). Đầu không lọt có thể là do đầu cúi không tốt, không xuống được, bất cân xứng giữa thai nhi và khung chậu hoặc do kiểu thể thai nhi, dây rốn ngắn... Kết quả của chúng tôi là hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của tác giả Tô Văn Thịnh và cộng sự^[3], Nguyễn Duy Hưng^[4].

4.2. Hiệu quả giảm đau**4.2.1. Thời gian chờ tác dụng, thời gian tác dụng của Morphin ngoài màng cứng**

Thời gian bắt đầu có tác dụng giảm đau đối với Morphin gây tê NMC là tương đối dài trung bình từ 45 - 60 phút^[5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian chờ tác dụng giảm đau trung

bình của Morphin NMC là $38,34 \pm 10,12$ phút (nhau nhất 18 phút, lâu nhất 56 phút). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Luz Adriana Templos - Esteban và CS, thời gian chờ tác dụng giảm đau của Morphin NMC 2 mg là 30 - 40 phút^[6]. Với thời gian chờ tác dụng như vậy, theo chúng tôi trong thực hành lâm sàng nên bắt đầu tiêm Morphin NMC ngay sau khi kết thúc phẫu thuật để đạt được mức giảm đau hiệu quả cho bệnh nhân.

Thời gian tác dụng giảm đau của Morphin khi tiêm qua catheter NMC kéo dài từ 12 - 24 giờ^[6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi là $23,97 \pm 4,78$ giờ (ngắn nhất là 16,6 giờ và lâu nhất là 29 giờ). Trong đó có 10 SP (33,3%) chỉ phải tiêm 1 liều duy nhất 2 mg Morphin NMC mà không phải dùng thêm bất cứ thuốc giảm đau nào khác trong 48 giờ sau mổ. Tác giả Fuller nghiên cứu trên 225 SP, được giảm đau sau mổ bằng tiêm 1 liều duy nhất Morphin 3 mg vào khoang NMC, tác giả kết luận, thời gian tác dụng giảm đau trung bình là 19 giờ^[7]. Của tác giả Luz Adriana Templos là 12 - 24 giờ^[6].

4.2.2. Tổng lượng thuốc giảm đau dùng sau mổ

Theo kết quả nghiên cứu từ bảng 3.2 và bảng 3.3 cho thấy: Trong 24 giờ đầu sau mổ, 100% SP nhóm 1 phải truyền 4g Paracetamol và trong đó 5 (16,67%) phải bổ sung thêm Morphin TDD 5 mg, nhưng ở nhóm 2 sau khi tiêm 2 mg Morphin qua catheter vào khoang NMC thì chỉ có 1 SP (3,33%) phải bổ sung thêm Paracetamol

1g. 24 - 48 giờ: ở nhóm 1 có 25 (83,33%) phải truyền 2,13 ± 0,84g Paracetamol tĩnh mạch, còn 4 SP (13,33%) không phải truyền do đã dùng Morphin TDD 5 mg trong 24 giờ đầu, ở nhóm 2 có 7 SP (23,33%) sau khi tiêm một liều duy nhất 2 mg Morphin vào khoang NMC thì trong suốt 48 giờ sau mổ không phải dùng thêm bất cứ thuốc giảm đau nào khác, chỉ có 23 SP (76,67%) phải truyền 2,27 ± 0,86g Paracetamol tĩnh mạch. Sự khác biệt về tổng lượng thuốc giảm đau dùng trong 24 - 48 giờ giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$).

4.2.3. Hiệu quả giảm đau

Theo biểu đồ 3.1, sau khi tiêm thuốc 30 phút, điểm đau VAS ở trạng thái tĩnh giảm từ 4,64 ± 0,53 xuống 3,78 ± 0,7 ($P < 0,05$) ở nhóm 1 và từ 4,68 ± 0,65 xuống 3,42 ± 0,73 ở nhóm 2 ($P < 0,05$), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê $P > 0,05$. Trong 24 giờ đầu, điểm đau VAS < 4 ở tất cả các thời điểm nghiên cứu, nhưng tại các thời điểm từ H2 - H16 điểm đau VAS ở nhóm 2 thấp hơn ở nhóm 1 rất có ý nghĩa thống kê ($P < 0,001$). Ở trạng thái tĩnh, mức độ giảm đau của nhóm 2 chủ yếu là tốt và khá, ở nhóm 1 chủ yếu là mức độ khá và trung bình, phù hợp với tác dụng của Paracetamol chỉ định dùng trong điều trị các cơn đau trung bình.

Từ biểu đồ 3.2 cho thấy, sau 30 phút tiêm thuốc giảm đau, điểm đau VAS ở trạng thái động (SP ho) giảm từ 6,62 ± 0,7 xuống 5,22 ± 1 ($P < 0,05$) ở nhóm 1 và từ 6,38 ± 0,75 xuống 5,02 ± 0,72 ở nhóm 2 ($P < 0,05$), không có sự khác biệt giữa 2 nhóm nghiên cứu ($P > 0,05$). Nhưng tại các thời điểm từ H2 đến H16 VAS > 4 ở nhóm 1, VAS < 4 ở nhóm 2, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$). Ở trạng thái động, mức độ giảm đau của nhóm 2 chủ yếu là khá, ở nhóm 1 chủ yếu là mức độ trung bình, phù hợp với tác dụng của Paracetamol chỉ định dùng trong điều trị các cơn đau trung bình.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về tác dụng của Morphin NMC phù hợp với nghiên cứu của tác giả Luz Adriana Templos: "Sử dụng Morphin NMC để giảm đau cho bệnh nhân mổ đẻ, cho hiệu quả giảm đau rất tốt, 96,6% sản phụ không đau, 3% SP có VAS < 1, tại thời điểm 24 giờ sau tiêm thuốc có 56% VAS < 5"^[6]. So với đường tê tủy sống thì Morphin NMC mức độ giảm đau tốt hơn, trong 24 giờ đầu tiên sau mổ, điểm đau VAS của nhóm tê tủy sống luôn lớn hơn nhóm được gây tê NMC ($P = 0,032$) theo nghiên cứu của tác giả C.Duale'.

4.3. Tác dụng không mong muốn

4.3.1. Thời gian trung tiện

Gây tê NMC với thuốc tê sẽ ức chế giao cảm và làm tăng nhu động ruột, nhưng nếu dùng Morphin thì tác dụng có thể ngược lại. Nhiều nghiên cứu về gây tê NMC đã chỉ rõ bệnh nhân nhanh chóng trở lại trung tiện, ăn uống sớm, hồi phục sức khỏe nhanh hơn.

Từ bảng 3.4, thời gian trung tiện sau mổ trung bình ở nhóm 1 là 22,26 ± 11,19 giờ; ở nhóm 2 là 24,36 ± 11,21 giờ, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm ($P > 0,05$). Trong đó có trường hợp nhu động ruột trở lại rất sớm sau 5 giờ ở nhóm 2, sau 6 giờ ở nhóm 1. Thời gian trung tiện ở nhóm sử dụng Morphin NMC xuất hiện sớm hơn so với khi gây tê NMC kết hợp Bupivacain với Morphin trong phẫu thuật bụng trên của Cao Thị Anh Đào (44,18 giờ), gây tê NMC với Morphin tiêm ngắt quãng của Vũ Tuấn Việt (62,8 giờ). Có lẽ do tính chất phẫu thuật mổ lấy thai là ở tầng dưới mạc treo đại tràng ngang, thời gian phẫu thuật ngắn hơn, Morphin chỉ sử dụng một liều duy nhất, hạn chế sự tích lũy thuốc và gây tê NMC giảm đau tốt không ảnh hưởng đến vận động, sản phụ có thể thay đổi tư thế và vận động tại chỗ sớm 6 giờ sau mổ, đi lại sau 24 giờ cũng góp một phần làm nhu động ruột trở lại sớm hơn, đồng thời cũng tránh được tình trạng bế sản dịch sau mổ, do đó chúng tôi cũng không gặp một trường hợp nào bế sản dịch sau mổ ở cả 2 nhóm nghiên cứu.

4.3.2. Bí tiểu

Theo bảng 3.5, tỷ lệ bí tiểu ở là cao nhất trong số các tác dụng không mong muốn, chiếm 13,33% ở nhóm 1 và 26,66% ở nhóm 2, có sự khác biệt về tỷ lệ bí tiểu giữa 2 nhóm nghiên cứu ($P < 0,05$), trong số đó có 1 SP (3,33%) ở nhóm 1 và 1 SP (3,33%) ở nhóm 2 phải đặt sonde bàng quang, còn lại sản phụ tự đi tiểu được sau khi chườm ấm và ngồi dậy. Kết quả về tình trạng bí tiểu của nhóm sử dụng Morphin NMC tương đương với kết quả của Aubrun là 15 - 90%, nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Thọ là 36,67%, Vũ Tuấn Việt là 67,8%, có lẽ là do trong mổ lấy thai tất cả sản phụ đều được đặt sonde tiểu, rút sonde sau mổ 4 giờ và trong nghiên cứu này, nhóm sử dụng Morphin NMC chúng tôi chỉ sử dụng một liều duy nhất 2 mg.

Theo một số tác giả, nguyên nhân bí tiểu có thể là do thuốc dòng họ Morphin làm giảm co bóp của cơ thành bàng quang và tăng thể tích bàng quang. Còn Mogone cho là tác dụng trên

trương lực cơ vòng và Poas cho rằng do tác dụng tê bàng quang tại chỗ, Yaksh lại cho rằng do ức chế dẫn truyền thần kinh giao cảm vùng cùng.

Nghiên cứu của chúng tôi, bí tiểu có thể do phối hợp gây tê NMC và thuốc Morphin vì bản thân gây tê NMC cũng gây bí tiểu, tuy rằng tỷ lệ này thấp hơn gây tê tùy sống, kết hợp với tác dụng phụ của Morphin gây bí tiểu. Bí tiểu làm cho sản phụ rất khó chịu, và có nguy cơ chấn thương, nhiễm khuẩn khi phải đặt sonde bàng quang. Đó chính là một hạn chế của gây tê NMC với Morphin đơn thuần.

4.3.3. Nôn và buồn nôn

Tỷ lệ nôn và buồn nôn chiếm 9,99% trong nghiên cứu của chúng tôi, trong đó ở nhóm 1 tỷ lệ này chiếm 3,33% và 6,66% ở nhóm 2 ($P > 0,05$). Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Fischer là 3,4%, Scott là 3,1%, Đỗ Văn Lợi là 1,75%, nhưng thấp hơn nghiên cứu của Aubrun tỷ lệ nôn và buồn nôn thay đổi từ 22 - 30%, Luz Adriana Templos- Esteban là 14%^[6], và thấp hơn nghiên cứu của Cao Thị Anh Đào 15,8%, Vũ Tuấn Việt là 32,3%. Có lẽ là do sản phụ đã được dùng thuốc chống nôn Metoclopramid dự phòng từ giai đoạn phẫu thuật.

Nguyên nhân gây nôn do Morphin kích thích trực tiếp lên các thụ cảm hóa học của vùng nhạy cảm ở sán não thất IV. Tác dụng phụ nôn và buồn nôn gây khó chịu cho người bệnh, vì thế nên cho các thuốc chống nôn giúp sản phụ thoải mái hơn.

V. KẾT LUẬN

1. Tác dụng giảm đau sau mổ lấy thai khi tiêm một liều duy nhất 2 mg Morphin qua catheter NMC

- Thời gian chờ tác dụng giảm đau trung bình là: $38,34 \pm 10,12$ phút.

- Thời gian tác dụng giảm đau trung bình là: $23,97 \pm 4,78$ giờ.

- Trong 24 giờ đầu sau mổ, sau khi tiêm một liều duy nhất Morphin 2 mg qua catheter NMC, chỉ có 1SP (3,33%) phải bổ sung thêm 1g Paracetamol truyền tĩnh mạch và có 10SP

(33,33%) trong suốt 48 giờ sau mổ không phải dùng thêm bất cứ thuốc giảm đau nào khác.

- Từ 24 đến 48 giờ sau mổ có 25 (83,33%) phải truyền $2,13 \pm 0,84$ g Paracetamol tĩnh mạch.

- 100% SP có mức độ giảm đau từ trung bình đến tốt 24 giờ sau mổ.

2. Các tác dụng không mong muốn

- Không có biến chứng hô hấp, tim mạch, thần kinh.

- Tỷ lệ bí tiểu là 26,66% (8 SP) trong đó có 3,33% (1 SP) phải đặt sonde bàng quang và 23,33% (7 SP) chỉ cần chườm ấm và ngồi dậy.

- Nôn và buồn nôn là 6,66%, không gặp trường hợp nào ở mức độ nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đức Lam, Nguyễn Thế Lộc (2010). "Đánh giá tác dụng của Ropivacaine 0,1% phối hợp với Fentanyl 2µg/ml gây tê NMC giảm đau trong đẻ", *Hội nghị sản khoa Việt Pháp - Hà Nội*, Tr 205 - 209.
2. Nguyễn Thị Thanh Huyền (2010). "Đánh giá hiệu quả của gây tê NMC bằng Levobupivacain hoặc Bupivacain có phối hợp với Fentanyl để giảm đau đẻ qua đường tự nhiên", *Luận văn thạc sỹ y học*, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Tô Văn Thịnh và cộng sự (2001). "Giảm đau sản khoa bằng bơm tiêm điện với Marcain 0,125% và Fentanyl", *Sinh hoạt khoa học chuyên đề ứng dụng gây tê vùng trong giảm đau*, Hà Nội.
4. Nguyễn Duy Hưng (2011). "Đánh giá hiệu quả của gây tê NMC lên cuộc chuyển dạ trên sản phụ đẻ con so tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương", *Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ nội trú*, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Stenseth R, Sellvold O, Breivik M (1985). "Epidural Morphine for postoperative pain: Experience with 1085 patients", *Acta Anaesthesiol Scand*, 29, 148 (niveau 4).
6. Luz Adriana Templos- Esteban, MD, Mirna Magali Delgado- Carlo, MD (2008). "Comparison between Buprenorphine and Epidural Morphine for Post - Operative Pain Management in Patients Subjected to Caesarean Section", *Revista Mexicana de Anesthesiología*, vol. 31.No.3 July- September 2008, pp 172 - 178.
7. Fuller JG et al (1990). "Epidural Morphine for analgesia after CS", *Can J Anaesth* 1990; 37:636-40.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CẢI THIỆN KINH NGUYỆT CỦA CAO LỎNG "CG01"

Nguyễn Thị Tâm Thuận*

TÓM TẮT²⁷

Mục tiêu: 1. Đánh giá ảnh hưởng của Cao lỏng "CG01" trên bệnh nhân thống kinh cơ năng. 2. Khảo sát tác dụng không mong muốn của cao lỏng. **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:** Số đối tượng có lượng kinh vừa lại tăng lên so với trước điều trị. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Thời gian đau bụng kinh trung bình sau điều trị giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. **Kết luận:** Cao lỏng có tác dụng tốt trên bệnh nhân thống kinh cơ năng và an toàn.

Từ khóa: Cao lỏng "CG01", Thống kinh cơ năng.

SUMMARY

**EVALUATION ON IMPROVING
MENSTRUATION OF
"CG01" EXTRACT SUMMARY**

Objective: 1. Access the effect of "CG01" extract on the functional dysmenorrhea patients. 2. Consider unwanted side effects of "CG01" extract. **Method of study:** Open – clinical trial research, comparing before – after treatment in more than 30 dysmenorrhea patients within 30 days of treatment. **Result:** 1. The number of people who have normal menstrual has increased compared to before treatment. The difference is statistically significant with $p < 0,05$. 2. After treatment, the dysmenorrhea time has decreased. The difference is statistically significant with $p < 0,01$. **Conclusion:** "CG01" extract is safe and it can have high effect on the functional dysmenorrhea patients.

Key words: "CG01" extract, Functional dysmenorrhea

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]. Thống kinh được chia thành hai loại là thống kinh nguyên phát và thống kinh thứ phát. Thống kinh nguyên phát còn gọi là thống kinh cơ năng, thường xảy ra ở lứa tuổi vị thành niên, sau kì hành kinh đầu tiên khoảng sáu đến mười hai tháng, khi đó các vòng kinh có phóng noãn đã đều đặn.

* Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương.
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Tâm Thuận
Email: ntamthuan@gmail.com
Ngày nhận bài:
Ngày phản biện khoa học:
Ngày duyệt bài:

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. Tuy nhiên, tác dụng trên lâm sàng của rễ Cây gai trong điều trị thống kinh cơ năng chưa được nghiên cứu và đánh giá nên chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu: "Đánh giá ảnh hưởng của cao lỏng "CG01" trong điều trị thống kinh cơ năng tuổi trẻ trên lâm sàng" với 2 mục tiêu:

1. Đánh giá ảnh hưởng của Cao lỏng "CG01" trên bệnh nhân thống kinh cơ năng.
2. Khảo sát tác dụng không mong muốn của cao lỏng "CG01".

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 sĩ 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:

- 2.4.1. Các chỉ số về lâm sàng
- Hiện tượng đau bụng kinh, lượng kinh.
 - Một số triệu chứng không mong muốn trên lâm sàng (rong kinh, táo bón, đau bụng đi ngoài, nóng bụng, mất ngủ).
 - Mạch, huyết áp.
- 2.4.2. Các chỉ số về cận lâm sàng
- Các chỉ số huyết học: Số lượng hồng cầu, bạch cầu, huyết sắc tố
 - Các chỉ số sinh hóa: ure, creatinin, AST, ALT
- 2.5. Phương pháp đánh giá kết quả:**
Dựa vào sự thay đổi các triệu chứng đau bụng,

lượng kinh, màu sắc kinh và các chỉ số về cận lâm sàng.

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. Đánh giá ảnh hưởng của Cao lỏng trên bệnh nhân thống kinh cơ năng

3.1.1. Đánh giá ảnh hưởng cải thiện kinh nguyệt của Cao lỏng

Bảng 3.1: Sự thay đổi số ngày có kinh tại các thời điểm nghiên cứu (n=30)

Thời điểm	Số ngày có kinh (ngày) $\bar{x} \pm SD$	P
M ₀	4,14 ± 1,10	p ₍₁₋₀₎ > 0,05
M ₁	4,10 ± 0,86	
M ₂	4,12 ± 0,82	p ₍₂₋₀₎ ; p ₍₂₋₁₎ > 0,05
M ₃	4,08 ± 0,70	p ₍₃₋₀₎ ; p ₍₃₋₁₎ ; p ₍₃₋₂₎ > 0,05

Nhận xét: Sự thay đổi số ngày có kinh trong một chu kỳ kinh nguyệt qua các thời điểm nghiên cứu đều không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

3.1.2. Sự thay đổi về kinh nguyệt tại các thời điểm nghiên cứu

Bảng 3.2: Sự thay đổi lượng kinh tại các thời điểm nghiên cứu (n=30)

Thời điểm	M ₀		M ₁		M ₂		M ₃	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Nhiều	23	76,67	11	36,67	7	23,33	5	16,67
Vừa	7	23,33	18	60,00	22	73,33	25	83,33
Ít	0	0,00	1	3,33	1	3,34	0	0
p M ₀ - M ₁	<0,05							
p M ₀ - M ₂	<0,05							
p M ₀ - M ₃	<0,05							

Nhận xét: Sau khi uống cao lỏng "CG01", đối tượng nghiên cứu có sự cải thiện về lượng kinh. Số đối tượng có lượng kinh nhiều giảm đi so với trước điều trị, trong khi đó số đối tượng có lượng kinh vừa lại tăng lên so với trước điều trị. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 3.3: Sự thay đổi màu sắc kinh tại các thời điểm nghiên cứu (n=30)

Thời điểm	M ₀		M ₁		M ₂		M ₃	
	n	%	n	%	N	%	n	%
Đỏ tươi	29	96,67	20	66,67	15	50	11	36,67
Đỏ thẫm	1	3,33	10	33,33	15	50	19	63,33
Đỏ thẫm, có máu cục	0	0	0	0	0	0	0	0

Nhận xét: Bệnh nhân có sắc kinh đỏ tươi giảm dần so với trước điều trị. Các đối tượng có sắc kinh đỏ thẫm tăng dần sau 3 kỳ điều trị.

3.1.3. Tác dụng giảm đau bụng kinh của Cao lỏng

Bảng 3.4: Thời gian đau bụng kinh trong một chu kỳ tại thời điểm nghiên cứu (n=30)

Thời điểm	Thời gian đau (giờ) $\bar{x} \pm SD$	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.Đánh giá các tác dụng không mong muốn

3.2.1.Đánh giá các tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

Bảng 3.5: Sự thay đổi mạch, huyết áp trước và sau điều trị (n=30)

Chỉ số	Thời điểm	M ₀ ($\bar{X} \pm SD$)	M ₃ ($\bar{X} \pm SD$)	P
Mạch	(lần/phút)	69,65 ± 5,35	69,26 ± 5,02	> 0,05
Huyết áp (mmHg)	Tâm thu	100,67 ± 6,22	100,21 ± 8,91	> 0,05
	Tâm trương	56,62 ± 10,23	56,78 ± 9,89	> 0,05

Nhận xét: Các chỉ số về mạch, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương trước và sau 3 kỳ kinh điều trị thay đổi không đáng kể với p > 0,05 và đều nằm trong giới hạn bình thường.

Bảng 3.6. Các triệu chứng lâm sàng không mong muốn trong quá trình điều trị (n=30)

Triệu chứng	n	Tỷ lệ %
Rong kinh	0	0
Táo bón	0	0
Đau bụng, đi ngoài	2	6,67
Nóng bụng	0	0
Mẩn ngứa	0	0

Nhận xét: Trong số các đối tượng nghiên cứu chỉ có 2 đối tượng có biểu hiện đau bụng đi ngoài chiếm 6,67%.

3.3.2. Đánh giá các tác dụng không mong muốn trên cận lâm sàng

Bảng 3.7: Sự thay đổi một số chỉ số huyết học, sinh hóa trước và sau điều trị (n=30)

Chỉ số	Thời điểm	M ₀ ($\bar{X} \pm SD$)	M ₃ ($\bar{X} \pm SD$)	p
Hồng cầu (T/l)		4,32 ± 0,39	4,25 ± 0,42	>0,05
Bạch cầu (G/l)		5,64 ± 1,05	5,75 ± 1,12	>0,05
Hemoglobin (g/dl)		12,45 ± 0,79	12,62 ± 1,10	>0,05
Ure (mmol/l)		4,02 ± 0,96	3,94 ± 1,20	>0,05
Creatinin (mcmol/l)		72,36 ± 9,22	73,85 ± 12,14	>0,05
AST (U/L)		17,34 ± 4,33	18,27 ± 3,90	>0,05
ALT (U/L)		15,82 ± 2,90	16,05 ± 3,21	>0,05

Nhận xét: Các chỉ số Hồng cầu, bạch cầu, huyết sắc tố, AST, ALT, Ure, Creatinin trước và sau 3 kỳ kinh điều trị thay đổi không đáng kể với p > 0,05 và đều nằm trong giới hạn bình thường.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Bàn luận về ảnh hưởng của Cao lỏng "CG01" trên bệnh nhân thông kinh cơ năng

Theo Bảng 3.1 trong nghiên cứu này số ngày kinh trung bình trước điều trị của bệnh nhân là 4,14 ± 1,10; sau nghiên cứu số ngày có kinh thay đổi khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05 chứng tỏ thuốc không làm kéo dài ngày kinh.

Theo Bảng 3.2 sau khi uống cao lỏng "CG01", đối tượng nghiên cứu có sự cải thiện về lượng kinh. Số đối tượng có lượng kinh nhiều giảm đi so với trước điều trị, trong khi đó số đối tượng có lượng kinh vừa lại tăng lên so với trước điều trị. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Điều này cũng phù hợp với một số nghiên cứu khác [2], [3] chứng tỏ thuốc YHCT có tác

dụng tốt trong cải thiện các triệu chứng rối loạn kinh nguyệt.

Bảng 3.3 cho thấy: Sắc kinh trước điều trị có màu đỏ tươi chiếm tỷ lệ chủ yếu là 96,67% , sắc kinh đỏ thẫm chỉ có 1 đối tượng (chiếm 3,33%). Không đối tượng nào có sắc kinh đỏ thẫm có máu cục.

Sau điều trị bệnh nhân có sắc kinh đỏ tươi giảm dần so với trước điều trị. Các đối tượng có sắc kinh đỏ thẫm tăng dần sau 3 kỳ điều trị. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả khác [4], [5].

Bên cạnh đó, thời gian đau bụng kinh trong một chu kỳ tại các thời điểm nghiên cứu cũng giảm rõ rệt. Bảng 3.4 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 $5,83 \pm 1,58$ giờ; sau điều trị kỳ kinh thứ hai là $3,07 \pm 0,98$ giờ; sau điều trị kỳ kinh thứ ba là $1,18 \pm 0,68$ điểm, gần như chỉ còn đau rất ít. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả khác [5,6,7].

4. Tác dụng không mong muốn của thuốc

4.1. Tác dụng không mong muốn của thuốc trên lâm sàng

Bảng 3.5 cho thấy các chỉ số về mạch, huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương trước và sau điều trị thay đổi không đáng kể ($p > 0,05$). Điều này cho thấy cao lỏng "CG01" không có tác dụng phụ lên toàn trạng của đối tượng nghiên cứu, qua chỉ số mạch, huyết áp.

Bảng 3.6 cho thấy trong 30 đối tượng nghiên cứu, sau khi dùng thuốc chỉ có 2 đối tượng xuất hiện đau bụng đi ngoài, chiếm 6,67%. Các đối tượng khác không có biểu hiện gì đặc biệt.

4.2. Tác dụng không mong muốn của thuốc trên cận lâm sàng

Bảng 3.7 cho thấy các chỉ số Hồng cầu, Bạch cầu, Huyết sắc tố trước và sau điều trị thay đổi không đáng kể với $p > 0,05$ và đều nằm trong giới hạn bình thường. Điều này chứng tỏ cao lỏng "CG01" không làm ảnh hưởng tới cơ quan tạo máu.

Bảng 3.7 cho thấy các chỉ số Ure, Creatinin, AST, ALT trước và sau điều trị thay đổi không đáng kể với $p > 0,05$ và đều nằm trong giới hạn bình thường. Như vậy, cao lỏng "CG01" không làm ảnh hưởng lên chức năng gan thận.

III. KẾT LUẬN

1. Cao lỏng "CG01" có tác dụng cải thiện kinh nguyệt về số lượng, màu sắc kinh cũng như giảm thời gian đau bụng kinh ở bệnh nhân thống kinh cơ năng tuổi trẻ

2. Trong quá trình điều trị, chúng tôi không thấy xuất hiện các tác dụng không mong muốn trên lâm sàng của thuốc như (buồn nôn, nôn, dị ứng, đau bụng, ỉa chảy) và các chỉ số huyết học, sinh hóa đều nằm trong giới hạn bình thường, sự thay đổi khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Duy Cương, Nguyễn Hữu Quỳnh và cs (1999), "Từ điển bách khoa dược học", Nhà xuất bản Từ điển Bách khoa, Hà Nội tr. 262.
2. Ugo basile (2012), *Analgesy – Meter*, 2012 Catalogue, 21025 Comerio, Varese – ITALY, 3 p.p.
3. Bành Ngọc Lan (2010), "Đánh giá hiệu quả của bài thuốc "Đương quy thược dược tán gia vị" trong điều trị thống kinh ở nữ sinh đại học", Đề tài trường Đại học Y Liêu Ninh Trung Quốc.
4. Lã Ngọc Sang (2013), "Đánh giá tác dụng của cao lỏng "CG01" lên cơ trơn tử cung và một số cơ trơn khác trên thỏ có thai thực nghiệm", Luận văn thạc sỹ y học, Học viện Y dược học cổ truyền Việt Nam.
5. Nguyễn Thị Quỳnh Trang (2012), "Đánh giá tác dụng của "Phụ lục cao" trong điều trị thống kinh cơ năng tuổi trẻ", Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
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 thuật phụ khang" kết hợp với thuốc tây y", Tạp chí chăm sóc Trung Quốc, số 01, tr. 17 – 20.

NGHIÊN CỨU SỰ HIỂU BIẾT CỦA NGƯỜI BỆNH VỀ VẬN ĐỘNG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG CHI TRÊN TRONG VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

Nguyễn Thị Kim Liên*

TÓM TẮT²⁸

* Trường đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Kim Liên

Email: lienrehab@yahoo.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Nghiên cứu 99 bệnh nhân được chẩn đoán viêm khớp dạng thấp theo tiêu chuẩn Hội thấp khớp học của Mỹ (ARA) tại khoa Cơ-Xương-Khớp, Bệnh viện Bạch Mai từ 10/2011 đến 3/2012 nhằm mô tả kiến thức, thái độ, hành vi của người bệnh viêm khớp dạng thấp đối với vận động và phục hồi chức năng khớp cổ tay - bàn ngón tay - ngón tay trong viêm khớp dạng thấp. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Phần lớn bệnh nhân thiếu kiến thức, có thái độ chưa tích cực và hành vi thực hiện

còn hạn chế về phương pháp vận động – phục hồi chức năng trong viêm khớp dạng thấp, tương ứng với tỷ lệ ở mức độ trung bình trở xuống của kiến thức, thái độ và hành vi lần lượt là 79,1%, 63,6% và 43,4%. Có mối liên quan giữa thái độ và kiến thức với thực hành vận động - phục hồi chức năng trong viêm khớp dạng thấp. Bệnh nhân có kiến thức càng tốt, thái độ càng tích cực thì có hành vi luyện tập càng chăm chỉ. **Kết luận:** Sự hiểu biết của người bệnh về vận động phục hồi chức năng chỉ trên trong viêm khớp dạng thấp còn hạn chế.

Từ khóa: phục hồi chức năng, viêm khớp dạng thấp.

SUMMARY

STUDY OF UNDERSTANDING DISEASE ACTIVITY ON REHABILITATION IN DETAIL IN RHEUMATOID ARTHRITIS

The study were conducted on 99 patients, who diagnosed according to American Standard of Rheumatoid Arthritis (ARA) at the rheumatology of department, Bach Mai Hospital from October 2011 to March 2012 to describe the knowledge, attitude and behavior of the rheumatoid arthritis patient on movement and rehabilitation of wrist joints – metacarpophlangeal joints - digital joints in Rheumatoid Arthritis. **Methods:** cross-sectional descriptive study. **Result:** Most patients are lack of the knowledge, positive attitudes and behaviors is limited about movement - rehabilitation of rheumatoid arthritis, which corresponds with the percentage of moderate and the below of knowledge, attitudes and behavior are 79.1%, 63.6% and 43.4% respectively. There is a relationship between attitude and knowledge with practice movement - rehabilitation of rheumatoid arthritis. Patients have as much as knowledge, positive attitudes that behavior as hard practice. **Conclusion:** The understanding of the patients about upper limb rehabilitation in rheumatoid arthritis is limited.

Keywords: rehabilitation, rheumatoid arthritis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp dạng thấp (VKDT) là bệnh viêm khớp mạn tính - thuộc nhóm bệnh tự miễn. Tổn thương xuất hiện sớm, cơ bản nhất và cũng là nguyên nhân dẫn đến mọi thương tổn khác trong VKDT là tình trạng viêm không đặc hiệu của màng hoạt dịch khớp. Cuối cùng là sự dính và biến dạng khớp đưa đến hậu quả tàn phế.

Do diễn biến của bệnh kéo dài nên sự kết hợp điều trị thuốc và phục hồi chức năng (PHCN) là rất cần thiết trong suốt quá trình điều trị, và áp dụng càng sớm càng tốt. Vì vậy, sự hiểu biết của người bệnh về các phương pháp PHCN áp dụng trong VKDT là vô cùng quan trọng trong việc tuân thủ điều trị và tự giác tập luyện để ngăn ngừa biến dạng khớp do viêm khớp dạng

thấp. Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: Mô tả kiến thức, thái độ, hành vi của người bệnh viêm khớp dạng thấp đối với vận động - Phục hồi chức năng khớp cổ tay - bàn ngón tay - ngón tay trong viêm khớp dạng thấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 99 bệnh nhân được chẩn đoán VKDT theo tiêu chuẩn Hội thấp khớp học của Mỹ (ARA) tại khoa Cơ-Xương-Khớp, Bệnh viện Bạch Mai từ 10/2011 đến 3/2012.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân VKDT được chẩn đoán theo tiêu chuẩn ARA; có khả năng giao tiếp.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có tiền sử chấn thương cơ xương khớp vùng cổ, bàn, ngón tay.

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

- **Chỉ số nghiên cứu:**

+ Xác định tên, tuổi, giới, nghề nghiệp, địa chỉ, thời gian bị bệnh.

+ Xác định trình độ học vấn của bệnh nhân từ mù chữ đến sau đại học.

+ Xác định vị trí những khớp đã và đang bị tổn thương

+ Xác định tầm vận động khớp cổ bàn ngón tay của bệnh nhân

+ Đánh giá sự hiểu biết bao gồm kiến thức, thái độ và hành vi của người bệnh về các vấn đề liên quan theo các mức độ tốt, trung bình, kém bằng phiếu hỏi được thiết kế sẵn.

+ Đánh giá khả năng độc lập trong sinh hoạt hàng ngày (Theo Barthel): phụ thuộc hoàn toàn: 0-20 điểm; phụ thuộc một phần: 25-95 điểm; và độc lập hoàn toàn: 95 – 100 điểm [1].

3. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được đảm bảo về các nguyên tắc y đức trong nghiên cứu lâm sàng theo quy định. Bệnh nhân tham gia nghiên cứu và người nhà bệnh nhân được giải thích và hiểu rõ mục đích nghiên cứu, tự nguyện tham gia nghiên cứu.

4. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu nghiên cứu được xử lý theo phương pháp thống kê y học bằng chương trình SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm bệnh nhân

Độ tuổi của bệnh nhân nghiên cứu từ 23-83 tuổi, trong đó bệnh nhân từ 50-59 tuổi nhiều nhất, (39,4%). Bệnh nhân nam chiếm 21,2%, nữ chiếm 78,8%. Trình độ học vấn của bệnh nhân từ mù chữ (1,0%) đến sau đại học (1,0%), trong

đó chủ yếu tập trung ở trình độ giáo dục phổ thông với tỷ lệ cao nhất là trung học cơ sở (43,4%), tiếp theo là trung học phổ thông (23,2%) và tiểu học (15,2%).

Thời gian bị bệnh kéo dài từ dưới 1 năm đến trên 10 năm, trong đó tỷ lệ bệnh nhân bị bệnh từ 2-5 năm là cao nhất (37,4%), tiếp theo là dưới 1 năm (25,3%), trên 10 năm (24,2%) và 6-10 năm (13,1%). Tỷ lệ bệnh nhân có tầm vận động gấp khớp cổ tay ở mức độ bình thường, hạn chế nhẹ, hạn chế vừa, hạn chế nặng lần lượt là 43,3%, 31,3%, 19,2% và 6,1%; tỷ lệ tương ứng của tầm vận động duỗi là 43,3%, 37,4%, 13,1% và 6,1%.

Đối với khớp bàn tay, tỷ lệ bệnh nhân có tầm vận động gấp ở mức độ bình thường, hạn chế

nhẹ, hạn chế vừa, hạn chế nặng và hạn chế rất nặng lần lượt là 50,5%, 29,3%, 12,1%, 6,1% và 2,0%; tỷ lệ tương ứng của tầm vận động duỗi ở mức độ bình thường, hạn chế nhẹ, hạn chế vừa, hạn chế nặng và hạn chế rất nặng lần lượt là 86,9%, 6,1%, 0,0%, 2,0% và 5,1%.

Về khả năng độc lập trong sinh hoạt của bệnh nhân, tỷ lệ phụ thuộc hoàn toàn, phụ thuộc một phần và độc lập hoàn toàn lần lượt là 13,1%, 72,7% và 14,1%. Tỷ lệ bệnh nhân tổn thương ở khớp cổ tay, khớp bàn tay và liên đốt bàn tay lần lượt là 87,9%, 78,8% và 66,7%. Như vậy, khớp cổ tay là khớp hay gặp tổn thương hơn cả trong 3 loại khớp cổ - bàn - ngón tay trong VKDT.

2. Sự hiểu biết của bệnh nhân về vận động - PHCN khớp cổ - bàn - ngón tay

Bảng 1. Sự hiểu biết của bệnh nhân về vận động – PHCN khớp cổ tay - bàn ngón tay - ngón tay trong VKDT

TT	Tiêu chí	Mức độ	n	Tỷ lệ (%)
1	Kiến thức	Hiểu biết kém	47	47,5
		Hiểu biết trung bình	34	34,3
		Hiểu biết tốt	18	18,2
		Tổng	99	100
2	Thái độ	Thái độ kém	26	26,3
		Thái độ trung bình	37	37,4
		Thái độ tốt	36	36,4
		Tổng	99	100
3	Hành vi	Kém	37	37,4
		Trung bình	6	6,1
		Tốt	56	56,6
		Tổng	99	100

Đa số bệnh nhân có mức độ hiểu biết kém về kiến thức (47,5%), tuy nhiên tỷ lệ có thái độ tốt lại ở mức trung bình (36,4%) và đáng chú ý là tỷ lệ bệnh nhân có mức độ thực hành tốt về vận động - PHCN khớp cổ tay – bàn ngón tay - ngón tay trong viêm khớp dạng thấp chiếm lại cao nhất (56,6%).

3. Phân tích một số yếu tố liên quan đến thực hiện vận động - PHCN khớp cổ tay – bàn ngón tay – ngón tay của bệnh nhân viêm khớp dạng thấp

Bảng 2. Phân tích yếu tố liên quan giữa kiến thức và thái độ với hành vi thực hiện phương pháp vận động - PHCN khớp cổ tay – bàn ngón tay - ngón tay của bệnh nhân VKDT

Yếu tố \ Hành vi	Mức độ			Tổng	P
	Kém	Trung bình	Tốt		
Kiến thức:					0,00 < 0,01
Kém	63,8%	6,4%	29,8%	100%	
Trung bình	20,6%	8,8%	70,6%	100%	
Tốt	0,0%	0,0%	100%	100%	
Tổng	37,4%	12,1%	56,5%	100%	
Thái độ:					0,00 < 0,01
Kém	84,6%	3,8%	11,5%	100%	
Trung bình	40,5%	5,4%	54,1%	100%	

Tốt	0,0%	8,3%	91,7%	100%	
Tổng	37,3%	6,2%	56,5%	100%	

Có sự liên quan giữa kiến thức và thái độ của người bệnh đến tình trạng hành vi của họ, người bệnh có kiến thức, thái độ càng tốt thì khả năng hành vi càng tốt và ngược lại với $p < 0,01$.

Bảng 3. Mối quan hệ giữa trình độ học vấn với và kiến thức về phương pháp vận động - PHCN khớp cổ tay – bàn ngón tay - ngón tay của bệnh nhân viêm khớp dạng thấp

Học vấn \ Kiến thức	Kém	Trung bình	Tốt	Tổng	P
Mù chữ	100%	0%	0%	100%	
Xóa mù chữ	75,0%	25,0%	0%	100%	
Cấp1	26,7%	33,3%	40,0%	100%	0,011 < 0,05
Cấp2	65,1%	23,3%	11,6%	100%	
Cấp3	21,7%	60,9%	17,4%	100%	
Trung cấp	100%	0,0%	0,0%	100%	
Cao đẳng, đại học	14,3%	42,9%	42,9%	100%	
Sau đại học	47,5%	34,3%	18,2%	100%	

Có sự liên quan giữa trình độ học vấn của người bệnh viêm khớp dạng thấp và kiến thức mà họ có được về phương pháp vận động – PHCN khớp cổ – bàn - ngón tay, bệnh nhân có trình độ học vấn càng cao thì kiến thức về phương pháp vận động - PHCN khớp cổ tay – bàn ngón tay - ngón tay càng tốt với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có 99 người, trong đó có 21 nam (chiếm 21,2%), và 78 nữ (chiếm 78,8%), tỷ lệ nam/nữ là 1/3,7. Bệnh nhân nghiên cứu có độ tuổi phân bố từ 23 – 83, tuổi trung bình là 55,5. Trong đó, số lượng bệnh nhân từ 50 – 59 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (39,4%). Theo Trần Ngọc Ân, VKDT là bệnh của phụ nữ tuổi trung niên, vì 70 – 80% bệnh nhân là nữ giới tuổi trung niên [2].

Nhóm bệnh nhân nghiên cứu có các mức độ học vấn khác nhau, học vấn thấp nhất là mù chữ, và cao nhất là sau đại học. Trong đó, nhóm bệnh nhân đã học hết cấp II chiếm tỷ lệ cao nhất (43,4%). Chiếm tỷ lệ thấp nhất là các nhóm mù chữ, trung cấp, và sau đại học, với chỉ 1% cho mỗi nhóm. Có sự chênh lệch này là do đa số bệnh nhân tham gia nghiên cứu của chúng tôi nằm trong độ tuổi trung niên. Họ sinh ra, và lớn lên trong giai đoạn kinh tế đất nước còn nhiều khó khăn, các chính sách của nhà nước chưa chú trọng tốt vào nâng cao học thức của nhân dân, nên đa phần họ chỉ học hết cấp II, sau đó đi làm để kiếm thêm thu nhập, giảm gánh nặng kinh tế cho gia đình cùng với bố mẹ.

Các bệnh nhân có thời gian bị bệnh VKDT rất khác nhau. Ít nhất là 1 năm, và nhiều nhất là 49 năm. Trong đó, những người đã bị bệnh từ 2-5 năm chiếm tỷ lệ cao nhất là 37,4%, và thấp nhất

là 13,1% ở nhóm người bị bệnh từ 6-10 năm. Nguyên nhân là đa số bệnh nhân trước khi lên điều trị tại một bệnh viện lớn, đã đi điều trị ở nhiều nơi như các bệnh viện tỉnh, huyện, các phòng khám đông y, hoặc tự điều trị bằng các bài thuốc dân gian mà mọi người mách nhau nhưng không đỡ. Do đó, nhóm bệnh nhân bị bệnh 2 – 5 năm chiếm tỷ lệ cao.

Ngoài ra, còn có thể giải thích tỷ lệ này theo tính chất bệnh VKDT. Trong những đợt tiến triển cấp, bệnh nhân có các triệu chứng rầm rộ, viêm nhiều, đau nhiều, gây ảnh hưởng lớn đến sinh hoạt của bệnh nhân. Nordenskiöld U đã khẳng định: đau và lực nắm của bàn tay có liên quan đến việc thực hiện các hoạt động sống hàng ngày của bệnh nhân VKDT [3]. Do đó, bệnh nhân tích cực đi khám và điều trị tại các bệnh viện lớn. Ở giai đoạn muộn hơn của bệnh, khi đã có cứng khớp, dính khớp, thì các biểu hiện viêm đau không còn quá rầm rộ nữa, nên người bệnh chủ yếu điều trị ở các tuyến y tế dưới, hoặc điều trị ngoại trú.

Đa số là nhóm bệnh nhân phải phụ thuộc một phần trong sinh hoạt hàng ngày (chiếm 72,7%), hai nhóm còn lại là phụ thuộc hoàn toàn, và độc lập hoàn toàn có tỷ lệ tương đương nhau, lần lượt là 13,1% và 14,1%.

Trong đợt tiến triển của bệnh VKDT, bệnh nhân đau nhiều, do đó khó có thể độc lập hoàn toàn các sinh hoạt hàng ngày. Theo tổ chức

viêm khớp tiến hành trên toàn nước Mỹ đưa ra kết luận: 70% số người trưởng thành ở Mỹ mắc bệnh VKDT bị đau đớn ở khớp, gặp khó khăn và mệt mỏi trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày, thậm chí 1/3 số bệnh nhân cho rằng cuộc sống của mình ở mức 5 điểm (cao nhất là 10 điểm) [4].

Theo Trần Ngọc Ân, dính khớp, biến dạng nhiều, và tàn phế hoàn toàn thường gặp sau 10 – 20 năm [2], trong khi đó, nhóm bệnh nhân của chúng tôi chủ yếu bị bệnh từ 2 – 5 năm, do đó vẫn chưa tới mức phải phụ thuộc hoàn toàn vào sự giúp đỡ của người khác.

Chỉ 5,1% bệnh nhân không có tổn thương tại các khớp cổ - bàn - ngón tay, đa số bệnh nhân đều có tổn thương tại các khớp này (94,9%). Trong đó, tổn thương khớp cổ tay chiếm tỷ lệ cao nhất (87,9%), tiếp đến là khớp bàn ngón (78,8%), và khớp liên đốt ngón tay (66,7%).

Theo Lê Quang Hồng, trong VKDT, tổn thương khớp cổ tay, bàn tay là rất hay gặp (chiếm 90%) [5]. Vũ Đình Hùng cho rằng, ở giai đoạn toàn phát, các khớp bị viêm chiếm tỷ lệ như sau: khớp cổ tay 90%, bàn ngón 70%, đốt gần 80% [6].

Nhìn chung, khớp cổ tay bị hạn chế vận động nhiều hơn khớp bàn tay. Điều này có thể lý giải bởi: tổn thương khớp cổ tay chiếm tỷ lệ cao hơn cả trong các khớp cổ - bàn - ngón tay.

2. Sự hiểu biết của người bệnh viêm khớp dạng thấp đối với vận động – phục hồi chức năng khớp cổ - bàn - ngón tay trong viêm khớp dạng thấp

2.1. Kiến thức: Đa số bệnh nhân chưa có kiến thức tốt. Trong 99 bệnh nhân, có tới 13 bệnh nhân (13,1%) chưa từng nghe nói đến phương pháp vận động - PHCN này. Những bệnh nhân còn lại tuy đã biết đến phương pháp này, nhưng kiến thức của họ còn rất hạn chế. Chỉ 18 trong số 86 bệnh nhân có kiến thức tốt (20,9%), 34 trong số 86 bệnh nhân có kiến thức trung bình (39,5%), còn lại là kiến thức kém (39,6%).

2.2. Thái độ: Về thái độ, tuy số bệnh nhân có thái độ trung bình và tốt chiếm tỷ lệ cao hơn, nhưng sự chênh lệch lại không đáng kể so với số người có thái độ kém (lần lượt là 37,4%; 36,4% và 26;3%). 53,5% số bệnh nhân nhận thức được tầm quan trọng của việc vận động - PHCN, nhưng cũng có 31,4% cho rằng phương pháp này chỉ giúp ích rất nhỏ trong việc điều trị bệnh của họ, có đến 10,5% bệnh nhân nghĩ phương pháp

này không có tác dụng gì, và 4,7% không rõ liệu việc vận động - PHCN có ích gì hay không.

Trong số 86 bệnh nhân VKDT biết về vận động - PHCN khớp cổ - bàn - ngón tay, thì chỉ có 25,6% có ý thức chủ động tìm hiểu thông tin qua sách, báo, mạng internet, hay nhờ sự tư vấn của những người có chuyên môn. 74,4% còn lại, kiến thức mà họ có được đều tiếp nhận thụ động do tình cờ nghe đài, xem tivi, hay được tư vấn của nhân viên y tế khi họ đến bệnh viện để điều trị. Cũng trong 86 bệnh nhân này, chỉ 23,3% cảm thấy tự tin về lượng kiến thức mà mình có về phương pháp này. Điều này có thể lý giải một cách dễ dàng khi ta đem so sánh với 25,6% người bệnh chủ động tìm hiểu thông tin ở trên.

Vậy họ có kiến thức về vận động - PHCN cổ bàn ngón tay từ khi nào? 54,7% bệnh nhân biết về phương pháp này khi đã bị bệnh nhưng chưa có biến chứng, 33,7% biết từ trước đó, và 11,6% biết khi đã xuất hiện biến chứng do bệnh gây ra. Như vậy, kiến thức về phương pháp vận động - PHCN khớp cổ - bàn - ngón tay trong VKDT vẫn chưa được phổ biến rộng rãi đến nhân dân.

2.3. Hành vi: Theo nghiên cứu, rất ít người chịu luyện tập khi bị viêm khớp. Khảo sát trên 1.000 người viêm khớp mãn tính (độ tuổi 49 - 84) trong vòng 1 tuần của Dunlop và cộng sự cho thấy: chỉ 13% nam giới và 8% nữ thực hiện theo các bài tập theo hướng dẫn còn lại hầu như chỉ dành thời gian để xem tivi [7].

Trong tổng số 99 bệnh nhân của chúng tôi, có 62 bệnh nhân (62,6%) thực hiện vận động - PHCN khớp cổ - bàn - ngón tay, trong đó chỉ có 25 bệnh nhân (40,3%) cảm thấy tập luyện có hiệu quả tốt, 30 bệnh nhân (48,4%) thấy có hiệu quả ít, và 7 bệnh nhân (11%) cảm thấy không có hiệu quả.

Như vậy, số lượng bệnh nhân VKDT có thực hiện vận động-phục hồi chức năng là chưa cao, hơn nữa việc thực hiện lại chưa thực sự mang lại kết quả như mong đợi.

2.4. Môi quan hệ giữa kiến thức - thái độ - hành vi của người bệnh viêm khớp dạng thấp với vận động – phục hồi chức năng khớp cổ tay – bàn ngón tay - ngón tay trong viêm khớp dạng thấp

Chúng tôi thấy, có mối liên quan giữa thái độ và kiến thức với thực hành. Kiến thức và thái độ càng tốt thì bệnh nhân thực hành càng tốt.

Khi người bệnh có thái độ tốt, họ nhận thức được việc tập luyện trong quá trình điều trị bệnh

VKDT không hề kém quan trọng so với điều trị thuốc. Do đó, họ hăng hái luyện tập để nhanh chóng khỏi bệnh. Không chỉ có vậy, chính việc nhận thức được tầm quan trọng của luyện tập, mà họ mong muốn có thêm nhiều hiểu biết, để có thể tập luyện đúng phương pháp, điều này thôi thúc họ chủ động tìm hiểu thêm thông tin về phương pháp này. Càng tìm hiểu, càng có nguồn kiến thức đầy đủ, họ càng thêm tự tin về lượng kiến thức mình có, cũng như thêm niềm tin vào phương pháp vận động - phục hồi chức năng, do đó, họ càng luyện tập chăm chỉ hơn.

Mọi bệnh nhân viêm khớp dạng thấp đều cảm nhận được các cơn đau làm hạn chế tầm vận động, và cản trở hoạt động trong sinh hoạt của họ nhiều như thế nào. Khi người bệnh có kiến thức tốt, họ hiểu được rằng, thuốc quan trọng, nhưng việc luyện tập giúp phòng ngừa biến chứng, và phục hồi chức năng vận động của các khớp đã bị biến chứng cũng là việc không thể thiếu. Họ biết đúng về cách vận động thể nào cho hiệu quả, bao nhiêu lần mỗi ngày, cường độ tập ra sao, tập vào lúc nào. Từ đó, việc tập luyện của họ càng có hiệu quả hơn, khi đó họ sẽ duy trì đều đặn, làm cho bệnh của họ thuyên giảm nhanh chóng, tầm vận động khớp được cải thiện đáng kể, và ngày càng mang lại kết quả như mong đợi.

Bệnh nhân có tiền sử gia đình có người bị VKDT thì kiến thức về bệnh VKDT cũng tốt hơn. Theo chúng tôi, nguyên nhân là do: khi chăm sóc người thân bị bệnh khớp, họ đã hiểu những đau đớn, khó khăn mà bệnh đem lại, nên ngay từ khi phát hiện ra bệnh, họ đã có nhu cầu điều trị bệnh càng sớm càng tốt.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy, trình độ học vấn của bệnh nhân cũng có mối liên quan với kiến thức về bệnh VKDT của người bệnh. Bệnh nhân có học vấn cao sẽ có hiểu biết tốt hơn về bệnh viêm khớp dạng thấp, đồng thời cũng có cơ hội tiếp cận nhiều hơn với các hệ thống kiến thức hiện đại, nên việc tìm hiểu thông

tin về phương pháp điều trị bệnh sẽ thuận lợi hơn. Khi đã có một nền tảng kiến thức tốt, họ càng dễ dàng hiểu và tiếp thu các thông tin mới từ đài, báo, tivi, từ sự tư vấn của những người có chuyên môn. Do đó, kiến thức của họ ngày càng được củng cố, họ dễ dàng đưa nó vào thực tế và mang lại hiệu quả cao cho điều trị bệnh.

V. KẾT LUẬN

Phần lớn bệnh nhân thiếu kiến thức, có thái độ chưa tích cực và hành vi thực hiện còn hạn chế về phương pháp vận động - phục hồi chức năng trong viêm khớp dạng thấp, tương ứng với tỷ lệ ở mức độ trung bình trở xuống của kiến thức, thái độ và hành vi lần lượt là 79,1%, 63,6% và 43,4%.

Có mối liên quan giữa thái độ và kiến thức với thực hành vận động - phục hồi chức năng trong viêm khớp dạng thấp. Bệnh nhân có kiến thức càng tốt, thái độ càng tích cực thì có hành vi luyện tập càng chăm chỉ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Collin C, Wade DT, Davies S, Horne V (1988).** The Barthel ADL Index: a reliability study. *Int Disabil Stud*, 10(2), 61-63.
2. **Trần Ngọc Ân (2002).** Bệnh thấp khớp, *NXB Y học*, 118.
3. **Nordenskiöld U (1997).** Daily activities in women rheumatoid arthritis. Aspects of patient education, assistive devices and methods for disability and impairment assessment. *Scand J Rehabil Med Suppl*, 37-42.
4. **Kauppi M, Hartikainen S, et al (2005).** Capability for daily activities in old people with rheumatoid arthritis: a population based study.
5. **Lê Quang Hồng (2007).** Hỏi đáp các bệnh về xương khớp. *NXB Y học*, 123-135.
6. **Vũ Đình Hùng (2006).** Bệnh học một số bệnh lý cơ xương khớp thường gặp. *NXB Y học*, 123- 266.
7. **Dunlop D, Song J, et al (2011).** Objective physical activity measurement in the osteoarthritis initiative: Are guidelines being met? *Arthritis & Rheumatism*, 63, 11, 3372-82.

THỰC TRẠNG PHẪU THUẬT NỘI SOI TRONG ĐIỀU TRỊ CHỮA NGOÀI TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NINH BÌNH TỪ THÁNG 01 NĂM 2014 ĐẾN THÁNG 6 NĂM 2015

Phạm Ngọc Hà¹, Đỗ Văn Dung²

TÓM TẮT²⁹

Đề tài được thực hiện theo phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp nghiên cứu hồi cứu, tiến cứu trên 297 bệnh nhân được chẩn đoán là chửa ngoài tử cung, trong đó có 218 bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Ninh Bình từ tháng 01 năm 2014 đến tháng 6 năm 2015. Kết quả nghiên cứu cho thấy như sau: thời gian phẫu thuật trung bình $49,38 \pm 13,94$ phút (lâu nhất: 120 phút, nhanh nhất: 20 phút); không có trường hợp tử vong; không có các tai biến như chảy máu, tổn thương các tạng, tràn khí dưới da, các tai biến gây mê; tỷ lệ tràn khí trước phúc mạc 0,48%; tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ 0,48%; hầu hết bệnh nhân vận động sớm trong 12 giờ đầu, trung tiện sớm trong 24 giờ đầu sau mổ; thời gian điều trị hậu phẫu $6,29 \pm 1,01$ ngày.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi, chửa ngoài tử cung.

SUMMARY

REAL SITUATION LAPAROSCOPIC SURGERY IN TREATMENT OF ECTOPIC PREGNANCY IN NINH BINH CHILDREN'S HOSPITAL FROM JANUARY TO JUNE - 2015

This study was performed according to the method described cross-sectional study combined retrospective study with over 297 patients who were diagnosed as ectopic pregnancy, in which 218 patients were treated with endoscopic surgery in Ninh Binh Children's Hospital from 01/2014 to 6/2015. The results of the study on 218 patients showed that: the average surgical time 49.38 ± 13.94 minutes (the longest: 120 minutes, the fastest: 20 minutes); no deaths; no complications such as bleeding, organ damage, subcutaneous emphysema, anesthesia complications; the rate of emphysema previous is 0.48% peritoneal; the rate of wound infection is 0.48%; most patients with early mobilization in the first 12 hours, flatus early in the first 24 hours after surgery; treatment duration 6.29 ± 1.01 days postoperatively.

Key word: Endoscopic surgery, ectopic pregnancy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chửa ngoài tử cung (CNTC) là bệnh lý cấp cứu thường gặp trong Sản Phụ khoa. Tỷ lệ chửa ngoài tử cung có xu hướng ngày càng tăng. Vào thập niên 80 của thế kỷ 20, tỷ lệ này khoảng

0,5% số phụ nữ có thai; gần đây, tỷ lệ này là khoảng 1,9 - 2% [4].

Chửa ngoài tử cung có thể dẫn đến tử vong do mất máu cấp. Ở thế kỷ 20, tỷ lệ tử vong khoảng 1,7% vào những năm 70; 0,3% vào những năm 80. Hiện nay, với sự tiến bộ của y học, chửa ngoài tử cung được chẩn đoán sớm nhờ có siêu âm, xét nghiệm hCG. Bên cạnh đó, sự tiến bộ trong điều trị đã giúp làm giảm tỷ lệ tử vong do chửa ngoài tử cung [4],[6].

Điều trị chửa ngoài tử cung kinh điển là mổ mở được áp dụng cho tất cả các trường hợp chửa ngoài tử cung. Hiện nay, phẫu thuật nội soi (PTNS) điều trị chửa ngoài tử cung là một bước tiến lớn, có thể giúp đạt được các mục đích điều trị như: cứu sống tính mạng người bệnh, bảo tồn khả năng sinh đẻ, hạn chế chửa ngoài tử cung tái phát.

Phẫu thuật nội soi có những chỉ định và chống chỉ định nhất định, nhưng có rất nhiều ưu điểm như: thời gian nằm viện ngắn, hồi phục sau mổ nhanh, giảm được lượng thuốc giảm đau, kháng sinh phải sử dụng..., đặc biệt, sẹo mổ nội soi rất nhỏ nên còn mang tính thẩm mỹ.

Đối với chửa ngoài tử cung, phẫu thuật nội soi có thể giúp chẩn đoán và điều trị bằng cách cắt bỏ khối thai hoặc rạch mở vòi tử cung lấy khối thai để bảo tồn vòi tử cung hoặc tiêm methotrexate vào vị trí khối thai để tiêu hủy khối thai. Ở nhiều cơ sở sản phụ khoa trên thế giới, phẫu thuật nội soi điều trị chửa ngoài tử cung đã gần như thay thế hoàn toàn cho phẫu thuật mở ổ bụng.

Ở Việt Nam, phẫu thuật nội soi được bắt đầu áp dụng từ đầu những năm 90. Hiện nay, nhiều bệnh viện đã áp dụng kỹ thuật này trong điều trị chửa ngoài tử cung. Tại Ninh Bình, phẫu thuật nội soi điều trị chửa ngoài tử cung bắt đầu được thực hiện từ năm 2006. Đến nay, tại Bệnh viện Sản Nhi, phẫu thuật nội soi điều trị chửa ngoài tử cung gần như đã thay thế cho phẫu thuật mở ổ bụng. Tuy nhiên, những nghiên cứu về phẫu thuật nội soi trong điều trị chửa ngoài tử cung còn hạn chế. Để có thể rút ra được những kinh nghiệm trong việc ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị chửa ngoài tử cung tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình, chúng tôi tiến hành đề tài "Thực trạng phẫu thuật nội soi trong điều trị chửa ngoài tử cung tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình từ tháng 01 năm 2014 đến tháng 6 năm 2015" với 2 mục tiêu:

¹Bệnh viện Sản Nhi tỉnh Ninh Bình

²Liên hiệp các Hội khoa học và kỹ thuật tỉnh Ninh Bình
Chịu trách nhiệm chính:

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

1. Mô tả các chỉ định và phương pháp phẫu thuật nội soi khối chứa trong chứa ngoài tử cung tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình từ 01/2014 đến 6/2015.

2. Nhận xét kết quả điều trị và các tai biến của kỹ thuật này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán là chứa ngoài tử cung và được điều trị bằng phẫu thuật

nội soi tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình từ 01/01/2014 đến 31/6/2015.

Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu kết hợp với tiền cứu.

Mẫu nghiên cứu: (mẫu toàn bộ)

Trong nghiên cứu chúng tôi có 218 bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn.

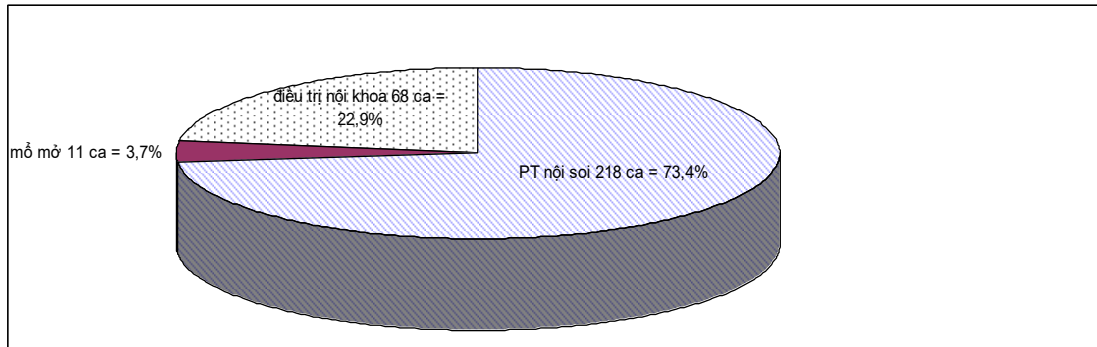
Phương pháp xử lý số liệu

- Thu thập số liệu qua mẫu bệnh án nghiên cứu xây dựng sẵn.

- Quản lý thông tin và xử lý số liệu bằng phần mềm Epi-Info 6.04

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Tỷ lệ người bệnh chứa ngoài tử cung được điều trị bằng phẫu thuật nội soi



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ người bệnh CNTC được PTNS

Nhận xét: Trong các phương pháp điều trị chứa ngoài tử cung tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình, phẫu thuật nội soi chiếm tỷ lệ cao nhất: 73,40%.

3.2. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

3.2.1. Tuổi

Bảng 3.1. Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu (n=218)

Tuổi	Số lượng	Tỷ lệ %
< 20	9	4,13
20 - 24	37	16,97
25 - 29	57	26,15
30 - 34	52	23,85
35 - 39	40	18,35
≥ 40	23	10,55
Tuổi trung bình = 30,90 ± 6,52 tuổi		

Nhận xét: Tuổi hay gặp nhất là từ 25 đến 39 (68,35%); tuổi trung bình: 30,90 ± 6,52 tuổi.

3.2.2. Tiền sử sản phụ khoa

Bảng 3.2. Tiền sử sản phụ khoa (n=218)

Số lần	Đã đẻ		Nạo hút buồng tử cung	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
0	53	24,31	152	69,73
1	61	27,98	38	17,43
2	87	39,91	16	7,34
≥ 3	17	7,80	12	5,50

Nhận xét: Tỷ lệ CNTC ở những bệnh nhân đã đẻ là 75,69%; ở bệnh nhân chưa đẻ lần nào là 24,31%; tỷ lệ chưa ngoài tử cung ở những bệnh nhân đã nạo hút thai là 30,27%; ở bệnh nhân chưa nạo hút thai lần nào là 69,73%.

3.2.3. Tiền sử phẫu thuật ổ bụng

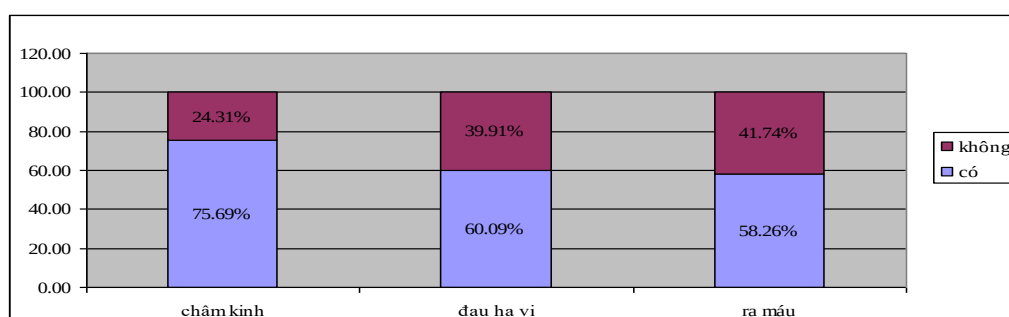
Bảng 3.3. Tiền sử phẫu thuật ổ bụng (n=218)

Tiền sử phẫu thuật ổ bụng	Số lượng	Tỷ lệ %
Mổ lấy thai	18	8,25
Mổ chữa ngoài tử cung	7	3,21
Mổ khác	3	1,38

Nhận xét: Có 12,84% trường hợp có tiền sử phẫu thuật ổ bụng; tỷ lệ có tiền sử mổ đẻ chiếm tỷ lệ cao nhất trong số các trường hợp có tiền sử phẫu thuật ổ bụng.

3.3. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân được phẫu thuật nội soi CNTC

3.3.1. Triệu chứng cơ năng



Biểu đồ 3.2. Các triệu chứng cơ năng

Nhận xét: Các dấu hiệu chậm kinh (165 ca = 75,69%), đau hạ vị (131 ca = 60,09%), ra máu (127 ca = 58,26%) đều chiếm tỷ lệ cao so với số bệnh nhân có triệu chứng âm tính. Trong đó, 73 bệnh nhân (33,48%) có đủ cả 3 triệu chứng chậm kinh, đau hạ vị và ra máu.

3.3.2. Triệu chứng thực thể

Dấu hiệu toàn thân:

Bảng 3.4. Toàn trạng bệnh nhân (n=218)

Dấu hiệu	Số lượng	Tỷ lệ %
Mạch (lần/p)	≤ 100	212
	> 100	6
Huyết áp (mmHg)	< 90/60 mmHg	6
	≥ 90/60 mmHg	212
Màu sắc da, niêm mạc	Bình thường	204
	Nhợt	14

Nhận xét: Có 6 trường hợp khi nhập viện đã có biểu hiện trụ mạch (mạch > 100 lần/phút, Huyết áp: < 90/60 mmHg), chiếm 2,75%.

Khám phụ khoa:

Bảng 3.5. Khám phụ khoa (n=218)

Dấu hiệu	Số lượng	Tỷ lệ %
Kích thước TC	Bình thường	218
	To hơn bình thường	0
Khám phần phụ thấy khối bất thường	Có	187
	Không	31
Cùng đồ đau	Không	74
	Chỉ đau khi khám	13
	Đau tự nhiên	131

Nhận xét: Phần lớn các trường hợp khám thấy khối bất thường cạnh tử cung: 85,78%; 66,05% trường hợp có biểu hiện đau khi khám, số trường hợp không có biểu hiện đau 33,95%.

3.3.3. Triệu chứng cận lâm sàng

Siêu âm:

Bảng 3.6. Các dấu hiệu siêu âm (n=218)

Dấu hiệu	Số lượng	Tỷ lệ %
Kích thước khối chứa (cm)	< 1	12,39
	1-3	48,62
	> 3	38,99
Dịch cùng đồ (mm)	< 15	13,76
	15-30	37,62
	> 30	48,62

Nhận xét: Có 12,39% khối chứa có kích thước < 1 cm; 48,62% có kích thước 1-3 cm tuy nhiên trong đó có 8 trường hợp tim thai dương tính; trong 85 trường hợp (38,99%) kích thước > 3cm có 6 trường hợp tim thai dương tính; dịch cùng đồ ≥ 15 mm chiếm 86,24%.

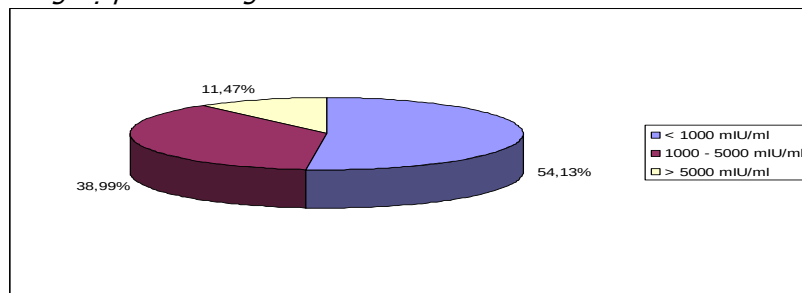
Xét nghiệm hCG:

Bảng 3.7. Test hCG (n=218)

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ %
Dương tính	90	41,28
Âm tính	1	0,46
Không rõ ràng	127	58,26
Tổng	218	100

Nhận xét: Có 58,26% có kết quả không rõ ràng khi làm test nhanh; 41,28% dương tính với test nhanh.

Xét nghiệm nồng độ β-hCG trong máu:



Biểu đồ 3.3. Nồng độ β-hCG trong máu

Nhận xét: Tỷ lệ xét kết quả nghiệm có nồng độ β-hCG < 1000 mIU/ml là 54,13%; trường hợp nồng độ β-hCG thấp nhất là 14,3 mIU/ml tuy nhiên bệnh nhân có biểu hiện đau bụng và kích thước khối qua siêu âm là 30 x 40 mm; ổ bụng có dịch; trường hợp β-hCG cao nhất là 26.840 mIU/ml, cũng đã có biểu hiện vỡ.

3.4. Các chỉ định phẫu thuật nội soi

Bảng 3.8. Các chỉ định phẫu thuật nội soi (n=218)

Chẩn đoán	Số lượng	Tỷ lệ %
Chứa ngoài tử cung vỡ	146	66,97
Chứa ngoài tử cung chưa vỡ nhưng không còn chỉ định điều trị nội khoa	37	16,97
Điều trị nội khoa không kết quả	35	16,06
Người bệnh có chỉ định điều trị nội khoa nhưng không chấp nhận	8	3,67

Nhận xét: Có 66,97% trường hợp chỉ định phẫu thuật là chứa ngoài tử cung vỡ; tỷ lệ mổ vì điều trị nội khoa không kết quả là 16,06%; có 16,97% mổ vì không còn chỉ định điều trị nội khoa mặc dù chưa có biểu hiện vỡ khối chứa, gồm những trường hợp: tim thai dương tính; kích thước khối chứa lớn; nồng độ β-hCG trong máu > 5000 mIU/ml.

3.5. Đặc điểm khối chứa

3.5.1. Vị trí khối chứa

Bảng 3.9. Vị trí khối chứa (n=218)

Vị trí	Số lượng	Tỷ lệ %
--------	----------	---------

Đoạn kẽ VTC	3	1,38
Đoạn eo VTC	26	11,92
Đoạn bóng VTC	169	77,52
Loa VTC	1	0,46
Sảy qua loa VTC	17	7,80
Chứa ở buồng trứng	2	0,92

Nhận xét: Chứa ở vòi tử cung chiếm tỷ lệ cao (99,08%) trong đó chứa ở đoạn bóng VTC là cao nhất (77,5%).

3.5.2. Tình trạng khối chứa

Bảng 3.10. Tình trạng khối chứa (n=218)

Tình trạng khối chứa	Số lượng	Tỷ lệ %
Chứa vỡ	74	33,94
Vỡ	91	41,74
Rỉ máu	88	40,37
Huyết tụ	6	2,75
Sảy qua loa VTC	17	7,80
Tổng	218	100

Nhận xét: chủ yếu là khối chứa đã vỡ hoặc rỉ máu: 82,11%.

3.5. Phương pháp xử trí trong PTNS

Bảng 3.11. Các kỹ thuật xử trí khối chứa (n=218)

Chẩn đoán	Số lượng	Tỷ lệ %
Cắt vòi tử cung	194	88,99
Bảo tồn VTC	22	10,09
Xử trí khối chứa ở vị trí khác vòi tử cung	2	0,92

Nhận xét: Cắt VTC chiếm tỷ lệ cao 88,99%; tỷ lệ bảo tồn VTC là 10,09%.

Bảng 3.12. Thời gian phẫu thuật (n=218)

Thời gian PT (phút)	Số lượng	Tỷ lệ %
< 30	17	7,80
30-60	178	81,65
> 60	23	10,55

Thời gian PT trung bình: 49,38 ± 13,94 phút (lâu nhất: 120 phút, nhanh nhất: 20 phút)

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật phần lớn các trường hợp từ 30 đến 60 phút, chiếm 81,65%.

3.6. Vấn đề truyền máu

- Có 14 trường hợp phải truyền máu, chiếm 6,42%, trong đó có 7 trường hợp được truyền máu hoàn hồi bằng 3,21% tổng số ca PTNS CNTC.

- Trong 7 trường hợp truyền máu hoàn hồi: trường hợp truyền nhiều máu hoàn hồi nhất là 6 đơn vị; trường hợp ít nhất là 1 đơn vị.

3.7. Biến chứng của phẫu thuật

Tràn khí trước phúc mạc: 01 trường hợp (0,48%); nhiễm trùng vết mổ: 01 trường hợp nhiễm trùng vết mổ troca vị trí rốn (0,48%) (bệnh nhân béo, thành bụng dày). Các biến chứng khác không có.

3.8. Sử dụng kháng sinh

Bảng 3.13. Sử dụng kháng sinh (n=218)

Kháng sinh	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Dự phòng trước mổ	55	25,23
Sau mổ	163	74,77

Nhận xét: 100% các trường hợp phẫu thuật được sử dụng kháng sinh; tỷ lệ được sử dụng kháng sinh dự phòng trước mổ là 25,23%, thấp hơn những bệnh nhân không được dùng kháng sinh dự phòng (74,77%).

3.9. Sử dụng thuốc giảm đau sau phẫu thuật

Bảng 3.14. Sử dụng thuốc giảm đau (n=218)

Thuốc giảm đau	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có dùng	159	72,94
Không dùng	59	27,06

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có dùng thuốc giảm đau sau mổ là 72,94%, thuốc giảm đau sau phẫu thuật nội soi thường được dùng là diclofenac 100mg đặt hậu môn.

3.10. Trung tiện và vận động sau mổ

- Thời gian trung tiện sau mổ: 100% các trường hợp trung tiện trong 24 giờ đầu sau mổ.
- Thời gian vận động sau mổ: 100% các trường hợp vận động trong 12 giờ đầu sau mổ.

3.11. Thời gian điều trị hậu phẫu

- Thời gian điều trị hậu phẫu trung bình: $6,29 \pm 1,01$ ngày
- Có 01 trường hợp điều trị hậu phẫu lâu nhất do nhiễm trùng vết mổ lỗ troca vị trí rốn: 10 ngày

V. KẾT LUẬN

1. Nghiên cứu về chỉ định phẫu thuật nội soi trong điều trị CNTC

- PTNS hiện nay được ưu tiên chỉ định đối với cả các trường hợp: có tiền sử phẫu thuật ổ bụng trước đó (có 2,84% số bệnh nhân PTNS); truy mạch đáp ứng với hồi sức (có 2,75% số bệnh nhân PTNS)

- Chỉ định PTNS điều trị CNTC phụ thuộc vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng chính sau: phản ứng cùng đồ; dịch cùng đồ > 15 mm; xét nghiệm định lượng β -hCG > 5000 mIU/ml

- Các chỉ định phẫu thuật nội soi điều trị CNTC: chữa ngoài tử cung vỡ: 66,97%; chữa ngoài tử cung chưa vỡ nhưng không còn chỉ định điều trị nội khoa: 16,97%; điều trị nội khoa không kết quả: 16,06%; người bệnh có chỉ định điều trị nội khoa nhưng không chấp nhận: 3,67%.

2. Các phương pháp xử trí khối chứa trong phẫu thuật nội soi

Cắt vòi tử cung: 88,99%; bảo tồn vòi tử cung: 10,09%; lấy khối thai, đốt cầm máu khối thai ở buồng trứng: 0,92%.

3. Kết quả và tính an toàn của phẫu thuật nội soi trong điều trị CNTC

- Thời gian phẫu thuật trung bình: $49,38 \pm 13,94$ phút (lâu nhất: 120 phút, nhanh nhất: 20 phút).

- Không có trường hợp tử vong; không có các tai biến như: chảy máu, tổn thương các tạng, tràn khí dưới da, các tai biến gây mê.

- Tỷ lệ tràn khí trước phúc mạc: 0,48% (01 trường hợp).

- Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ: 0,48% (01 trường hợp).

- Hầu hết bệnh nhân vận động sớm trong 12 giờ đầu, trung tiện sớm trong 24 giờ đầu sau mổ.

- Thời gian điều trị hậu phẫu: $6,29 \pm 1,01$ ngày

KHUYẾN NGHỊ

1. Đối với cộng đồng: Cần tăng cường truyền thông, giáo dục sức khỏe cho phụ nữ nhằm nâng cao hiểu biết về chữa ngoài tử cung: những nguy cơ, các biện pháp tránh thai, nhận biết sớm triệu chứng, các phương pháp điều trị CNTC.

2. Phẫu thuật nội soi điều trị chữa ngoài tử cung là một phẫu thuật nội soi phụ khoa cơ bản, không đòi hỏi kỹ thuật quá cao, các bệnh viện tuyến huyện cần đầu tư trang thiết bị phẫu thuật nội soi cũng như đào tạo phẫu thuật viên để có thể tiến hành phẫu thuật nội soi cấp cứu được những ca chữa ngoài tử cung ngay tại bệnh viện huyện, tránh những nguy cơ chảy máu trong quá trình chuyển viện.

3. Đối với phẫu thuật viên: Cần cân nhắc trong lựa chọn phương pháp xử trí đối với khối chứa ngoài tử cung (bảo tồn hay không bảo tồn vòi tử cung); cần xem xét, áp dụng thường quy việc sử dụng kháng sinh dự phòng để rút ngắn thời gian điều trị, đem lại lợi ích về kinh tế cho người bệnh cũng như cơ sở khám chữa bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Trường Duyệt (1998). *Phẫu thuật nội soi điều trị bảo tồn vòi trứng trên bệnh nhân CNTC qua nội soi*. Phẫu thuật sản phụ khoa. NXB Y học Hà Nội, tr.774-775
2. Vương Tiến Hoà (2001). *Thông báo bước đầu nghiên cứu β -hCG trong CNTC*, Y học thực hành, số 3, tr. 52.
3. Nguyễn Thị Ngọc Phượng (2002). *Tình hình chẩn đoán và điều trị thai ngoài tử cung trong năm 2001 tại BV phụ sản Từ Dũ thành phố HCM*. Nội san phụ khoa số đặc biệt, tr. 67.
4. Trần Thị Anh (2003). *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị chứa ngoài tử cung*. Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y.
5. Mai Thanh Hằng (2004). *Tình hình chữa ngoài tử cung lần 2 điều trị tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương trong 3 năm 2001-2003*. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. Nguyễn Thị Thùy Hà (2014). *Nghiên cứu về chẩn đoán và xử trí chứa tại vòi tử cung từ lần 2 tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương*. Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội.
7. Tay JI; Moore J et al (2000). *Regular review ectopic pregnancy, BMJ*. Vol 320. April, pp 917-919.

ĐA HÌNH KIỂU GEN MDM2 VÀ NGUY CƠ UNG THƯ TẾ BÀO GAN NGUYÊN PHÁT CỦA BỆNH NHÂN NHIỄM HBV

Trịnh Quốc Đạt*, Trần Huy Thịnh*

TÓM TẮT³⁰

Đa hình nucleotid đơn (SNP) 309T>G (rs 2279744) tại vùng promoter của gen MDM2, liên quan đến sự hình thành và phát triển nhiều loại hình ung thư trong đó có ung thư tế bào gan nguyên phát. Trong nghiên cứu này, chúng tôi tiến hành đánh giá sự liên quan của SNP MDM2 309T>G với nguy cơ mắc ung thư tế bào gan nguyên phát ở những người nhiễm virus viêm gan B. Đối tượng nghiên cứu là 280 bệnh nhân ung thư tế bào gan nguyên phát trong đó có 171 trường hợp nhiễm virus viêm gan B, nhóm chứng 267 đối tượng có 36 nhiễm virus viêm gan B. Kết quả cho thấy, kiểu gen GG làm tăng nguy cơ mắc ung thư tế bào gan nguyên phát cho những người nhiễm virus viêm gan B. OR = 4,38 ; 95% ; CI (1,26 – 5,30).

Từ khóa: MDM2 309T>G, virus viêm gan B, ung thư gan tế bào gan nguyên phát.

SUMMARY

MDM2 GENETIC POLYMORPHISM AND HEPATOCELLULAR CARCINOMA RISK OF HBV INFECTED PATIENTS

Single nucleotide polymorphism (SNP) 309T>G (rs 2279744) locates in promoter region of MDM2, are involved in cancer development and tumor onset, include hepatocellular carcinoma. This study, we evaluated the association of SNP 309T>G with hepatocellular carcinoma risk of people who has hepatitis B virus infected. The study population is 280 hepatocellular carcinoma patients, contain 171 hepatitis B virus infected cases. The control has 267 with 36 hepatitis B virus infected cases. The outcome show that, GG genotype increases risk of hepatocellular carcinoma in hepatitis B virus infected people. OR = 4,38 ; 95% ; CI (1,26 – 5,30).

Keywords: MDM2-SNP309, hepatitis B virus, hepatocellular carcinoma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

MDM2 là một gen quan trọng trong con đường tín hiệu p53. Dòng tín hiệu này là một cơ chế ức chế khối u quan trọng nhất của con

người. MDM2 đóng vai trò điều hòa ngược âm tính mọi hoạt động của p53. Con đường chủ yếu, gen MDM2 kiểm soát p53 là kích hoạt giáng hoá protein p53 liên tục, làm suy giảm hàm lượng p53. Bất kỳ sự biểu hiện quá mức nào của MDM2 đều dẫn đến sự suy giảm chức năng p53, trong giữ ổn định di truyền cho tế bào trước các tác nhân gây tổn thương DNA [1]. Tế bào sẽ mất kiểm soát các chu kỳ phân bào, mất khả năng tự sửa chữa DNA, và không còn khả năng kích hoạt chết tế bào theo chương trình. Hậu quả này, tạo điều kiện để hình thành nên các tế bào ung thư, trong đó có ung thư tế bào gan. Bất kỳ biến đổi nào trên phân tử DNA làm tăng cường biểu hiện của MDM2 đều có khả năng tác động đến quá trình biến đổi ung thư.

Đa hình nucleotid đơn tại intron 1 thuộc vùng khởi động (promoter) làm tăng cường biểu hiện của MDM2 đó là sự thay thế T>G tại codon 309. Sự thay đổi này làm tăng sự gắn kết MDM2 với Sp1, một yếu tố hoạt hoá phiên mã của gen MDM2. Kết quả của sự thay thế nucleotid này, là mức độ biểu hiện của MDM2 RNA và protein tăng cao. Không những là vùng khởi động của MDM2, đây còn là vùng có vị trí gắn của phân tử protein p53. Nghiên cứu của Bond và cộng sự năm 2004, đã chỉ ra MDM2 SNP 309 T>G có thể làm tăng cường tổng hợp protein MDM2 ở những kiểu gen đột biến [2]. Cụ thể kiểu gen GG tăng hơn 4 lần và TG tăng hơn 1,9 lần so với kiểu gen nguyên thủy TT. Những ghi nhận này, cùng với nhiều bằng chứng khác của sự biểu hiện MDM2 quá mức, trong một loạt các bệnh ung thư của con người, đã củng cố cho lý thuyết rằng MDM2 biểu hiện quá mức trong kiểu gen GG của SNP 309T>G, có thể mang lại những thuận lợi nhất định cho sự hình thành khối u. Không những thế, kết quả nghiên cứu của Bond còn củng cố cho lý thuyết, SNP 309T>G tăng cường sự gắn kết giữa yếu tố kích hoạt phiên mã Sp1 và vùng khởi động của gen MDM2. Kết quả, làm tăng cường quá trình phiên mã của gen MDM2. Đây là một nguy cơ của sự xuất hiện các tế bào ung thư.

*Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Huy Thịnh

Email: huythinhda@yahoo.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Virus viêm gan B (HBV), từ lâu đã được khẳng định là một yếu tố nguy cơ gây ung thư tế bào gan nguyên phát (UTTBGNP). Đặc biệt tại Việt Nam, nước được WHO xếp vào vùng dịch tễ nhiễm HBV cao nhất thế giới. Các kết quả nghiên cứu trước đây, chúng tôi đã công bố SNP 309T>G của gen MDM2 liên quan đến nguy cơ mắc UTTBGNP. Câu hỏi nghiên cứu được đặt ra là những kiểu gen của đa hình nucleotid đơn này, có làm tăng khả năng mắc ung thư tế bào gan cho những người nhiễm HBV không. Nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu: *Đánh giá mối liên quan giữa đa hình nucleotid đơn 309T>G của gen MDM2 với HBV trong nguy cơ mắc ung thư tế bào gan nguyên phát.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

- 280 mẫu máu của bệnh nhân ung thư tế bào gan nguyên phát, đang điều trị tại khoa Nội Tiêu Hoá Bệnh viện Bạch Mai và Trung tâm Ung Bướu Thanh Hoá từ tháng 11 năm 2013 đến tháng 9 năm 2015.

- 267 mẫu máu được lựa chọn ngẫu nhiên, của những người đến khám và điều trị một số bệnh mạn tính tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hoá được dùng làm nhóm đối chứng. Những bệnh nhân này được khám kiểm tra cận lâm sàng và kết luận là không mắc UTTBGNP hay bất kỳ một loại hình ung thư nào khác.

Nghiên cứu được thực hiện tại Trung tâm Nghiên cứu Gen-Protein, Trường Đại Học Y HN.

2.2. Phương pháp

2.2.1. Quy trình

- Thu thập mẫu máu của bệnh nhân UTTBGNP và mẫu chứng.

- Sử dụng các kỹ thuật sinh học phân tử xác định kiểu gen của TP53.

- Sử dụng phần mềm thống kê để phân tích và xử lý kết quả.

2.2.2. Tách chiết DNA

- DNA được tách chiết theo phương pháp phenol/chloroform từ bạch cầu máu ngoại vi của bệnh nhân UTTBGNP và người lành đối chứng.

- Kiểm tra độ tinh sạch và đo nồng độ của DNA được tách chiết bằng phương pháp đo quang, dựa vào tỷ lệ $A_{260nm}/A_{280nm} = 1,8 - 2,0$.

2.2.3. Xác định kiểu gen MDM2 SNP309 bằng kỹ thuật PCR-RELP

- Khuếch đại vùng gen chứa SNP309 của gen MDM2 bằng kỹ thuật PCR với cặp mồi đặc hiệu:

F: 5'-CGCGGGAGTTCAGGGTAAAG-3'

R: 5'-CTGAGTCAACCTGCCCACTG-3'

- Phân tích RFLP: Sản phẩm PCR được ủ với enzyme cắt giới hạn *MspAI* ở điều kiện 37°C từ 18 đến 22 giờ. Sản phẩm cắt được điện di trên gel agarose 2% cùng với thang chuẩn 100bp. Các băng DNA được nhuộm ethidium bromide và chụp ảnh bằng hệ thống máy EC3 Imaging system. Đoạn gen được nghiên cứu chứa trình tự nhận biết của enzyme *MspAI* (TG↓TG) tại vị trí codon 309. Khi *MspAI* cắt đoạn gen sẽ tạo ra các đoạn DNA có kích thước 109 bp và 48 bp, tương ứng với kiểu gen GG. Khi base G bị thay thế bởi base T sẽ làm mất trình tự nhận biết của enzyme *MspAI*, do đó đoạn gen sẽ không bị cắt, tương ứng với kiểu gen TT có kích thước 157bp. Nếu hình ảnh điện di có cả hai mảnh cắt và đoạn gen nguyên thủy thì kết quả tương ứng với kiểu gen dị hợp GT.

2.2.4. Phân tích số liệu

Sử dụng phần mềm thống kê SPSS 16,0 để phân tích số liệu. Dùng kiểm định χ^2 để so sánh tỷ lệ kiểu gen MDM2 309T>G giữa nhóm bệnh và chứng. Phân tích đa biến bằng phương trình hồi quy logistic để ước tính mối liên quan giữa các kiểu gen NP 309T>G và HBV trong nguy cơ mắc UTTBGNP, thông qua tỷ suất OR. Với khoảng tin cậy ở mức ý nghĩa 95%.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu trong Y học: Đề tài đã được thông qua hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y Hà Nội. Bệnh nhân hoàn toàn tự nguyện tham gia vào nghiên cứu. Bệnh nhân có quyền rút lui khỏi nghiên cứu khi không đồng ý tiếp tục tham gia vào nghiên cứu. Các thông tin cá nhân sẽ được đảm bảo bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 547 đối tượng nghiên cứu có 280 bệnh nhân UTTBGNP và 267 người đối chứng.

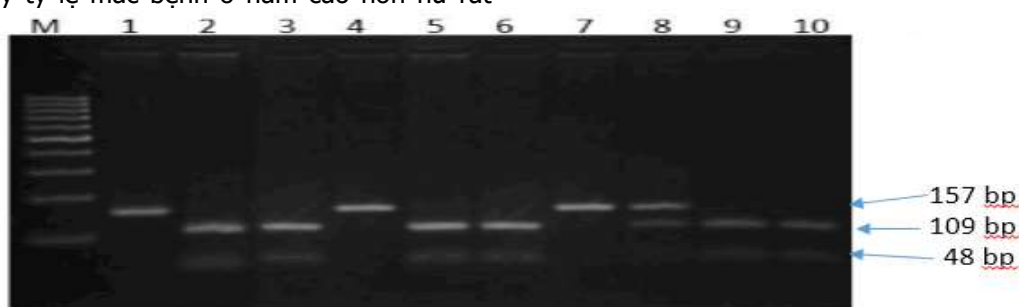
Bảng 1. Đặc điểm nhóm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Bệnh		Chứng		P
		n	%	n	%	
Giới	Nam	239	85,4	214	80,1	0,06
	Nữ	41	14,6	53	19,9	

Tuổi (năm)	57 ± 11,6		56 ± 15,5		0,2
Nghiện rượu	23	8,2	9	3,3	
Nhiễm HBV	171	61,1	36	13,5	
Xơ gan	12	4,3	4	1,5	

Nhận xét: Kết quả cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ tuổi trung bình giữa nhóm bệnh và nhóm chứng. Điều này đồng nghĩa với việc nhóm bệnh và nhóm chứng khá tương đồng nhau về tuổi. Tuy nhiên độ tuổi của nhóm bệnh có xu hướng cao hơn. Không có sự khác biệt tỷ lệ giới tính của nhóm bệnh và nhóm chứng ($p = 0,06$). Điều này phù hợp với một nghiên cứu bệnh chứng. Ngoài ra, kết quả cho thấy tỷ lệ mắc bệnh ở nam cao hơn nữ rất

nhều, với 5,8 nam trên 1 nữ. Kết quả bảng 1 cũng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân ung thư tế bào gan nguyên phát có HBV dương tính khá cao, 171/280 bệnh nhân, chiếm 61,1%. Đây là yếu tố được ghi nhận nhiều nhất trong số các yếu tố nguy cơ ung thư tế bào gan nguyên phát, được chúng tôi tìm kiếm. Trong khi đó, tỷ lệ nhiễm HCV và nghiện rượu thấp hơn nhiều. Lần lượt là 4,3% và 8,2%.



Hình 1. Hình ảnh điện di sản phẩm cắt enzyme của SNP 309T>G

1, 4, 7: Kiểu gen đồng hợp tử TT; 2, 3, 5, 6, 9, 10: Kiểu gen đồng hợp tử GG; 8: Kiểu gen dị hợp tử GT; M: Thang chuẩn 100bp.

Nhận xét: Hình ảnh điện di sản phẩm cắt enzyme cho kết quả phù hợp tính toán lý thuyết và kết quả kiểm tra lại bằng giải trình tự trực tiếp gen MDM2.

Bảng 2. Kiểu gen của SNP MDM2 309T>G và nhiễm HBV trong khả năng mắc UTTBGNP

Đa hình kiểu gen		HBV (+)		HBV (-)	
		OR*	CI (95%)	OR*	CI (95%)
MDM2 309T>G	TT	1,00		1,00	
	TG	1,63	(0,72 – 3,69)	1,04	(0,50 – 1,64)
	GG	4,38	(1,26 – 5,30)	2,28	(1,18 – 4,41)

*OR được điều chỉnh từ các biến: tuổi, giới, HBV, HCV, nghiện rượu, theo mô hình hồi quy logistic đa biến.

Nhận xét: Kết quả tại bảng 2 cho thấy, kiểu gen của SNP MDM2-309T>G có liên quan với nguy cơ mắc UTTBGNP của người nhiễm virus HBV. Đặc biệt là kiểu gen GG làm tăng khả năng mắc bệnh của những người nhiễm HBV lên một cách rất có ý nghĩa. OR = 4,38, 95%, CI (1,26 – 15,30). Khi so sánh giữa nhóm nhiễm HBV với nhóm không nhiễm HBV, thấy có sự khác biệt tỷ suất OR của các kiểu gen MDM2 309T>G. Nhiễm HBV đã làm tăng khả năng mắc UTTBGNP của các kiểu gen.

Bảng 3. So sánh nguy cơ mắc UTTBGNP của các kiểu gen MDM2 309T>G và các yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ	OR*	CI (95%)
Nam giới	1,35	(0,78 – 2,30)
> 40 tuổi	2,26	(1,33 – 2,86)
HBV (+)	11,67	(7,48 – 18,23)
HCV (+)	7,15	(2,10 – 24,3)
Nghiện rượu	3,72	(1,50 – 9,21)
MDM2-309GG	2,77	(1,56 – 4,94)

**OR được điều chỉnh từ các biến: tuổi, giới, HBV, HCV, nghiện rượu, theo mô hình hồi quy logistic đa biến.*

IV. BÀN LUẬN

Virus viêm gan B làm một yếu tố nguy cơ lớn nhất của UTTBGNP trên phạm vi toàn thế giới. Việt Nam nằm trong vùng dịch tễ nhiễm HBV cao, nên số trường hợp UTTBGNP có tiền sử nhiễm HBV cũng rất nhiều. Tuy nhiên, trên thực tế có nhiều trường hợp có tiền sử viêm gan virus B nhưng không tiến triển thành ung thư tế bào gan. Hoặc cùng nhiễm HBV nhưng có người khởi phát ung thư gan rất trẻ nhưng cũng có những người khởi phát chậm hơn. Các kiểu gen của MDM2 có vai trò gì trong hiện tượng này không. Nhóm nghiên cứu đã tiến hành phỏng vấn tiền sử nhiễm virus của các đối tượng nghiên cứu và kết hợp với hồi cứu bệnh án điều trị của bệnh nhân ung thư gan. Kết quả thu được một tỷ lệ nhiễm HBV rất cao trong nhóm bệnh (61,1%). Sử dụng phân tích đa biến để tìm mối tương quan giữa các kiểu gen của MDM2 309T>G với tình trạng nhiễm HBV trong nguy cơ mắc ung thư tế bào gan nguyên phát, chúng tôi đã thu được những kết quả rất đáng chú ý.

Khi phân tích liên quan của các kiểu gen với khả năng mắc ung thư cho 207 trường hợp nhiễm HBV. Trong đó có 171 trường hợp thuộc nhóm bệnh nhân UTTBGNP và 36 trường hợp thuộc nhóm chứng. Chúng tôi thấy kiểu gen GG của MDM2 309T>G làm tăng khả năng mắc ung thư tế bào gan lên một cách có ý nghĩa. Tỷ suất OR là: OR = 4,38; 95%; CI (1,26 – 15,30). Chỉ số này cao hơn so với nhóm không nhiễm HBV và cao hơn so với khi phân tích cả nhóm 547 đối tượng nghiên cứu. Kết quả của nghiên cứu phù hợp với một số nghiên cứu đã công bố. Đặc biệt là các nghiên cứu tại khu vực Đông Á. Một nghiên cứu tại Trung Quốc năm 2012 cho kết quả, kiểu gen GG của SNP MDM2 309T>G làm tăng khả năng mắc UTTBGNP cho những người nhiễm HBV. OR = 1,35; 95%; CI (1,06 – 1,72) [3]. Nghiên cứu khác ở Hàn Quốc có kết quả, người nhiễm HBV mang kiểu gen GG của MDM2 309T>G có khả năng mắc bệnh cao hơn người mang kiểu gen TT, tỷ suất OR = 5,61 95% CI (2,67 – 11,74) [4]. Tại Đài Loan, nghiên cứu được biết đến nhiều nhất là của Leu J.D và cộng sự. Ông đã công bố một khả năng mắc UTTBGNP tăng hơn hai lần cho những người

nhiễm HBV mang kiểu gen GG. OR = 2.568, 95% CI (1,04 - 2.69) [5].

Tuy các kết quả có khác nhau nhưng cũng số liệu của các nghiên cứu trên và của chúng tôi, đều khẳng định các kiểu gen đột biến SNP MDM2 309T>G làm tăng khả năng mắc bệnh cho những người nhiễm HBV. Điều này, cho phép nhóm nghiên cứu đưa ra nhận định về một sự tương tác giữa các gen MDM2 với virus viêm gan B. Sự tương tác này sẽ đi theo chiều hướng mắc bệnh nếu đó là các kiểu gen đột biến. Con đường tín hiệu p53, dòng tín hiệu nội bào mà ở đó MDM2 là các thành tố quan trọng, bị kích hoạt bởi các yếu tố nguy cơ tổn hại bộ gen trong đó có virus. Các virus khi xâm nhập tế bào sẽ kích hoạt dòng tín hiệu sinh trưởng bất thường hay chính là các oncogen. Hay gặp nhất là p14^{ARF}. Đây là một protein nội bào có khả năng ức chế MDM2. Tín hiệu virus xâm nhập sẽ được p14^{ARF} cảnh báo đến p53 gián tiếp qua việc ức chế MDM2. Khi MDM2 bị ức chế sẽ giải phóng p53 để thực hiện các chức năng sinh học của mình [6]. Kết quả là tế bào giữ được ổn định bộ gen trước các tác động từ virus. Tuy nhiên nếu MDM2 bất thường, gắn kết MDM2-p53 bất thường, bản thân p53 bất thường, thì các tín hiệu virus xâm nhập sẽ không được truyền đi, hoặc truyền đến nhưng không được giải quyết. Hậu quả là virus vô tư làm tổn thương bộ gen của tế bào, để tạo ra các tế bào có đặc tính di truyền bất thường, hay các tế bào ung thư. Các kiểu gen đột biến của MDM2 309T>G là một trong các bất thường đó.

Trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ sử dụng thuật ngữ khả năng mắc bệnh để phiên giải tỷ suất OR chứ không phải nguy cơ mắc bệnh. Đặc tính của một nghiên cứu bệnh chứng chỉ dừng ở mô tả gián tiếp nguy cơ mắc bệnh qua tỷ suất OR. Một thiết kế nghiên cứu khác có thể sử dụng để xác định chính xác nguy cơ mắc ung thư tế bào gan của những kiểu gen, khi bị nhiễm HBV. Một nghiên cứu có thể đưa ra chỉ số nguy cơ RR (relative risk). Đó là các tiền cứu, được tiến hành trong nhiều năm, sau khi đã xác định chính xác nhiễm HBV mạn. Kết quả quan sát được trong thời gian dài sẽ ghi nhận số bệnh nhân tiến triển thành ung thư tế bào gan nguyên phát. Từ tỷ lệ phát bệnh thu được, sẽ tính toán chính xác chỉ số nguy cơ (RR) mắc ung thư tế bào gan cho

từng kiểu gen. Hơn nữa, độ tuổi trung bình của các bệnh nhân ung thư còn cho biết tuổi khởi phát bệnh của các kiểu gen gây ra cho các đối tượng nhiễm HBV. Đây không những là hạn chế lớn nhất của đề tài nghiên cứu này mà cũng là hạn chế chung của các nghiên cứu bệnh chứng. Tuy nhiên mô hình tiến cứu, đòi hỏi phải tiến hành trên khoảng thời gian kéo dài trong nhiều năm và phải quản lý được các đối tượng tham gia nghiên cứu trong suốt quá trình điều trị. Tại Việt Nam, HBV vẫn là nguyên nhân lớn nhất của ung thư tế bào gan. Việc điều trị và quản lý bệnh nhân viêm gan virus B đang ngày được quan tâm. Một nghiên cứu tiến cứu trên những đối tượng này là có tính khả thi.

V. KẾT LUẬN

Đa hình nucleotid đơn 309T>G của gen MDM2 liên quan đến nguy cơ mắc ung thư tế bào gan nguyên phát ở người nhiễm HBV. Kiểu gen GG làm tăng khả năng mắc bệnh lên hơn bốn lần. OR = 4,38 ; 95% ; CI (1,26 – 5,30).

Lời cảm ơn: Đề tài được thực hiện với sự hỗ trợ kinh phí của đề tài nhánh cấp nhà nước “Đánh giá sự phân bố kiểu gen của một số gen liên quan đến ung thư phổi và ung thư gan” thuộc đề tài nhiệm vụ Quỹ gen “Đánh giá đặc điểm di truyền người Việt Nam”. Nhóm nghiên

cứu trân trọng cảm ơn khoa Nội Tiêu Hóa- Bệnh viện Bạch Mai, Trung tâm ung bướu bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hoá, Trung tâm nghiên cứu Gen-Protein, Trường Đại học Y Hà Nội đã tạo điều kiện giúp đỡ trong quá trình nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Iwama T, Lozano G (2003), MDM2, an introduce, Mol Cancer res, 1 (14), pp. 993-1000.
2. Bond GL, Hu W, Bond EE, et al (2004). A single nucleotide polymorphism in the MDM2 promoter attenuates the p53 tumor suppressor pathway and accelerates tumor formation in humans. Cell, 119, 591-602.
3. Wang X, Zhang X, Qiu B, Tang Y, Sun H, et al. (2012) MDM2 SNP309T>G polymorphism increases susceptibility to hepatitis B virus-related hepatocellular carcinoma in a northeast Han Chinese population. Liver Int, 32, 1172-1178.
4. Yoon YJ, Chang HY, Ahn SH, Kim JK, Park YK, Kang DR, et al. (2008) MDM2 and p53 polymorphisms are associated with the development of hepatocellular carcinoma in patients with chronic hepatitis B virus infection. Carcinogenesis., 29, 1192-1196.
5. Leu JD, Lin IF, Sun YF, Chen SM, Liu CC, Lee YJ (2009). Association between MDM2-SNP309 and hepatocellular carcinoma in Taiwanese population. World J Gastroenterol, 15, 5592-5597.
6. Vogelstein, B., Lane, D. & Levine, A. J (2000). Surfing the p53 network. Nature, 408, 307-310.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG NANG NHÁI SÀN MIỆNG TẠI KHOA RĂNG HÀM MẶT BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Xuân Thực*

TÓM TẮT³¹

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng của nang nhái sàn miệng. **Đối tượng và phương pháp:** Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 31 nang nhái sàn miệng, được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật tại khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện Bạch Mai, trong khoảng thời gian từ 7/2015 – 10/2016. **Kết quả:** Nang nhái gặp nhiều ở lứa tuổi thanh thiếu niên, nữ gặp nhiều hơn nam, tỷ lệ nữ/nam = 1,6. Nang nhái gặp nhiều ở bên trái hơn bên phải (67,7% so với

32,3%), nang nhái nông chiếm tỷ lệ 80,6%, nang nhái sâu chiếm tỷ lệ 19,4%. Triệu chứng cơ năng và thực thể khá nghèo nàn: chủ yếu là nói nuốt vướng kèm sưng phồng sàn miệng với nang nhái nông và sưng phồng dưới hàm với nang nhái sâu. Đối tượng nghiên cứu thường đến khám muộn khi nang đã lớn, hoặc có tiền sử tái phát hay tự vỡ nhiều lần. **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng của nang nhái sàn miệng nghèo nàn, là một trong những lý do khiến người bệnh đến khám muộn, gây khó khăn phức tạp cho điều trị.

Từ khóa: nang nhái sàn miệng, nang nhái nông, nang nhái sâu.

SUMMARY

**CLINICAL FEATURES OF RANULA AT THE
DEPARTMENT OF ODONTOSTOMATOLOGY,
BACHMAI HOSPITAL**

* Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Thực

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Objectives: To survey the ranula's clinical features. **Subjects and Methods:** A cross-sectional study was carried out on 31 ranulas, that was diagnosed and treated surgically at OdontoStomatology department, Bachmai hospital from 7/2015 to 10/2016. **Results:** Ranula was the most common in adolescents, female was met higher than male with a female - to - male ratio of 1.6. Ranula was more frequent in the left site than the right site (67.7% vs 32.3%). Oral ranula accounting for 80.6%, plunging ranula accounting for 19.4%. Clinical symptoms were poor with only affecting ability to swallow and speak, as well as intraoral swelling under the tongue (oral ranula) and extraoral swelling in the submandibular areas (plunging ranula). The subjects often come to hospital lately when ranula enlarged or recurred. **Conclusions:** The clinical symptoms of ranula were poor, It was one of the reasons that make patients come to hospital lately, and its treatment was difficult and complicated

Key words: ranula, oral ranula, plunging ranula.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nang nhái (ranula) sàn miệng gặp khá phổ biến trên lâm sàng. Tên gọi nang nhái xuất phát từ đặc tính của nang căng bóng, màu xanh xám, nhìn giống bụng con nhái. Nang nhái hay còn gọi là nang nhầy sàn miệng xuất phát từ sự sang chấn hay tắc nghẽn của tuyến nước bọt dưới lưỡi hoặc tuyến nước bọt phụ. Dạng nang này tuy là bệnh lành tính, nhưng lại gây nhiều khó chịu cho người bệnh khi vận động khoang miệng [1].

Nang nhái sàn miệng ít được phát hiện và điều trị sớm do tính chất kín đáo của chúng ở giai đoạn đầu. Với các nang nhái thể nông, tiến triển to sẽ gây vỡ, nhưng sau đó lại tái phát và hình thành nang tiếp tục. Với các nang nhái thể sâu, thường được phát hiện khi đã ảnh hưởng nhiều đến chức năng và thẩm mỹ [2].

Ở Việt Nam, nang nhái sàn miệng cũng chưa được chú ý nghiên cứu, các tài liệu nghiên cứu về vấn đề này mà chúng tôi thu thập được cũng rất ít ỏi và tản mạn. Chính vì vậy mà chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đạt được mục tiêu: **"Khảo sát đặc điểm lâm sàng của nang nhái sàn miệng"**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

Gồm 31 bệnh nhân được chẩn đoán nang nhái sàn miệng và được điều trị phẫu thuật tại khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện Bạch Mai trong thời gian 7/2015 -10/2016

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn.

○ Bệnh nhân được chẩn đoán nang nhái sàn miệng, được điều trị phẫu thuật tại khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện Bạch Mai.

○ Tự nguyện hợp tác tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ.

○ Bệnh nhân không hợp tác nghiên cứu.

○ Bệnh nhân có các bệnh nội khoa khác có chống chỉ định phẫu thuật hoặc ảnh hưởng đến kết quả điều trị phẫu thuật.

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

2.2.1. Thu thập thông tin chung.

Ghi đầy đủ thông tin vào mẫu phiếu nghiên cứu bao gồm các mục sau: Thủ tục hành chính: tuổi, giới, địa chỉ, ngày vào viện, ngày phẫu thuật, ngày ra viện, ngày tái khám.

2.2.2. Thu thập thông tin về bệnh.

Cơ năng: Ghi nhận lý do đến khám bệnh, tiền sử điều trị, tiền sử vỡ nang hoặc tái phát, các triệu chứng cơ năng của bệnh nhân

Thực thể: Ghi nhận kết quả khám lâm sàng về vị trí, kích thước nang nhái, tính chất của nang nhái, của niêm mạc sàn miệng

Cận lâm sàng: Ghi nhận kết quả của siêu âm, MRI.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được nhập vào máy tính và xử lý theo phần mềm thống kê Y học SPSS 11.0

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

○ Nhóm tuổi từ 15 trở xuống là hay gặp nhất với tỷ lệ 45,2%; Nhóm tuổi trên 35 ít gặp chiếm tỷ lệ 22,6%. Tuổi thấp nhất là 6 tuổi, cao nhất là 46 tuổi. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là: $22,3 \pm 9,7$ (tuổi).

○ Đối tượng nghiên cứu nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới với 61,3%. Tỷ lệ nữ/nam khoảng 1,6

○ Đối tượng nghiên cứu chủ yếu tập chung ở nông thôn với 61,3%. Khu vực thành thị chiếm tỷ lệ thấp với 38,7%.

3.2. Đặc điểm chung của nang nhái trước điều trị.

Bảng 3.1 Đặc điểm tiến triển của nang nhái trước điều trị

Nhận xét:

- Số nang nhái đến khám chưa từng được điều trị và chưa từng bị vỡ chiếm tỷ lệ 67,7%.

- Số nang đã từng bị vỡ trước khi thăm khám chiếm tỷ lệ 9,7%, chủ yếu là các nang nhái thể nông do căng phồng quá mức nên tự vỡ.

- Có 7 ca (22,6%) đã từng được điều trị nang nhái ở nơi khác và bị tái phát, trong đó có một nang nhái thể sâu.

Bảng 3.2 Đặc điểm về thể bệnh

Thể bệnh	n	%
Nang nhái nông	25	80,6
Nang nhái sâu	6	19,4
Tổng	31	100

Nhận xét: Nang nhái nông chiếm đa số với 80,6%. Nang nhái sâu chiếm tỷ lệ 19,4%.

3.2. Triệu chứng cơ năng.

Bảng 3.3 Triệu chứng cơ năng nhóm nang nhái nông.

Triệu chứng	Không đau		Đau		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Nói nuốt vướng	16	64,0	7	28,0	23	92,0
Nói nuốt không vướng	2	8,0	0	0,0	2	8,0
Tổng	18	72,0	7	28,0	25	100

Nhận xét:

- Triệu chứng cơ năng ở nhóm nang nhái nông rất nghèo nàn, chủ yếu là nói nuốt vướng (92%), trong đó nói nuốt vướng không đau chiếm ưu thế với 64%.

- Dấu hiệu đau ít gặp chỉ chiếm tỷ lệ 28%.

Bảng 3.4 Triệu chứng cơ năng nhóm nang nhái sâu.

Triệu chứng	Không đau		Đau		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
Nói nuốt vướng	4	66,7	1	16,7	5	83,3
Nói nuốt không vướng	0	0,0	1	16,7	1	16,7
Tổng	4	66,7	2	33,3	6	100

Nhận xét:

- Triệu chứng cơ năng của nang nhái sâu cũng rất nghèo nàn với nói nuốt vướng là 83,3%, trong đó nói nuốt vướng không đau chiếm ưu thế với 66,7%.

- Dấu hiệu đau gặp trong 33,3%

3.3. Triệu chứng thực thể.

Bảng 3.5 Vị trí của nang nhái

Vị trí	n	%
Phải	10	32,3
Trái	21	67,7
Hai bên	0	0,0
Tổng	31	100

Nhận xét:

- Không phát hiện thấy trường hợp nào có nang nhái ở cả 2 bên sàn miệng.

- Nang nhái sàn miệng bên trái gặp nhiều hơn với 67,7%. Bên phải gặp ít hơn với tỷ lệ 32,3%.

Bảng 3.6 Sưng phồng sàn miệng và vùng dưới hàm ở nhóm nang nhái nông.

Triệu chứng	Sưng phồng sàn miệng		Không sưng phồng sàn miệng	
	n	%	n	%
Sưng phồng dưới hàm	4	16,0	0	0,0
Không sưng phồng dưới hàm	21	84,0	0	0,0
Tổng	25	100	0	0,0

Nhận xét:

- Triệu chứng sưng phồng sàn miệng là đặc trưng của nang nhái nông chiếm tỷ lệ 100%.

- Sưng phồng sàn miệng đơn thuần gặp ở 84%, sưng phồng sàn miệng kèm sưng phồng dưới hàm gặp 16%.

Bảng 3.7 Sưng phồng sàn miệng và vùng dưới hàm ở nhóm nang nhái sâu.

Triệu chứng	Sưng phồng dưới hàm	Không sưng phồng dưới hàm
-------------	---------------------	---------------------------

	n	%	n	%
Sưng phồng sàn miệng	4	66,7	0	0,0
Không sưng phồng sàn miệng	2	33,3	0	0,0
Tổng	6	100	0	0,0

Nhận xét: Triệu chứng sưng phồng vùng dưới hàm là đặc trưng của nang nhái sâu gặp ở 100% trường hợp. Triệu chứng sưng phồng dưới hàm kèm sưng phồng sàn miệng chiếm tỷ lệ cao hơn với 66,7%, sưng phồng dưới hàm đơn thuần chỉ chiếm 33,3%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.

4.1.1. Đặc điểm về tuổi, giới.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, nang nhái đa số gặp ở người trẻ tuổi, nhóm tuổi từ 15 trở xuống là hay gặp nhất với tỷ lệ 45,2%; Nhóm tuổi trên 35 ít gặp chiếm tỷ lệ 22,6%. Tuổi thấp nhất là 6 tuổi, cao nhất là 46 tuổi. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là: $22,3 \pm 9,7$ (tuổi). Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Hồ Nguyễn Thanh Chơn (2011) với tuổi trung bình là 23,5 [3].

Nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ nữ gặp nhiều hơn nam, tỷ lệ nữ/nam khoảng bằng 1,6. Kết quả của nghiên cứu này cũng phù hợp với hầu hết các nghiên cứu khác đã công bố trong y văn. Các nghiên cứu trong nước gần đây như của Nguyễn Thị Kim Loan (2004) và Hồ Nguyễn Thanh Chơn (2011) cũng đều có chung kết luận tỷ lệ nữ cao hơn nam [3], [4].

4.1.2. Đặc điểm về địa dư.

Kết quả cho thấy, đối tượng nghiên cứu ở vùng nông thôn chiếm tỷ lệ cao với 61,3%. Khu vực thành thị chỉ chiếm 38,7%. Nang nhái sàn miệng là bệnh không liên quan đến yếu tố vùng miền. Sự khác biệt ở đây có thể là do sự trùng hợp ngẫu nhiên, và lại với cỡ mẫu nhỏ và trong khoảng thời gian ngắn nên không thể kết luận khách quan được.

Đối tượng là người khu vực nông thôn cũng gặp bất lợi về nhận thức, điều kiện thăm khám và điều trị hơn so với đối tượng là người khu vực thành thị. Bệnh cũng thường được thăm khám muộn, gây khó khăn cho quá trình điều trị.

4.2. Đặc điểm lâm sàng nang nhái sàn miệng.

4.2.1. Đặc điểm chung của nang nhái trước điều trị.

Số nang nhái đến khám chưa từng được điều trị và chưa từng bị vỡ chiếm tỷ lệ 67,7%. Số nang đã từng bị vỡ trước khi thăm khám chiếm tỷ lệ 9,7%, chủ yếu là các nang nhái thể nông do căng phồng quá mức nên tự vỡ. Có 7 ca

(22,6%) đã từng được điều trị nang nhái ở nơi khác và bị tái phát, trong đó có một nang nhái thể sâu (bảng 3.1).

Do bệnh không có triệu chứng nặng và ít ảnh hưởng đến người bệnh nên thường được khám muộn. Đôi khi để khối này sưng phồng rất to mới đến khám. BN ở khu vực nông thôn đến khám muộn hơn so với các BN ở khu vực thành thị. Điều này cũng có thể lý giải do người bệnh khu vực nông thôn nhận thức về bệnh còn chưa đúng mực, điều kiện kinh tế còn eo hẹp và khó khăn trong việc tiếp cận các dịch vụ y tế, nên chỉ khi khối sưng phồng quá lớn, có ảnh hưởng gây khó chịu (nói nuốt vướng) mới đi khám bệnh.

Về phân loại nang nhái: nang nhái nông chiếm đa số với 80,6%, nang nhái sâu chiếm tỷ lệ 19,4% (bảng 3.2). Kết quả này cho thấy nang nhái sâu hiếm gặp hơn. Nhưng đây cũng là dạng nang nhái khó điều trị nhất, cần phải phẫu thuật cắt nang mở rộng kèm theo cắt tuyến nước bọt dưới lưỡi hoặc cả dưới hàm.

4.2.2. Triệu chứng cơ năng của nang nhái sàn miệng.

Triệu chứng cơ năng của nang nhái sàn miệng nói chung là rất nghèo nàn. Lúc đầu khi xuất hiện, nang nhái không gây ra bất kỳ khó chịu nào cho người bệnh; khi nang nhái phát triển to lên, gây choán chỗ, chèn ép hoặc bội nhiễm... có thể gây ra dấu hiệu nói nuốt vướng và đau.

Nói nuốt vướng là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất ở cả 2 thể nang nhái, nang nhái nông với 92% và nang nhái sâu với 83,3%. Triệu chứng nói nuốt vướng kèm theo đau ở nhóm nang nhái nông chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhóm nang nhái sâu (28% so với 16,7%). Kết luận nói nuốt vướng là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất cũng tương đồng với các tác giả khác như Archer (1975), Granick (1992) [1],[5].

Triệu chứng cơ năng nghèo nàn cũng là một trong những nguyên nhân chủ yếu khiến người bệnh không đi khám khi bệnh khởi phát. Thông thường khi nang nhái phát triển to hoặc bị vỡ và

lại phồng lại nhiều lần mới đi khám, gây khó khăn và nặng nề cho điều trị.

4.2.3. Triệu chứng thực thể.

Bảng 3.5 cho thấy nang nhái sàn miệng chủ yếu gặp ở bên trái (67,7%), không phát hiện trường hợp nào tồn tại nang nhái ở cả 2 bên sàn miệng. Kết luận này cũng phù hợp với các tác giả khác khi nghiên cứu nang nhái sàn miệng. Giải thích cho sự khác biệt này có thể là do thói quen ăn nhai, cũng như vệ sinh răng miệng có tác động nhất định đến cơ chế hình thành nang nhái.

Nhóm nang nhái nông gồm 25 trường hợp, chỉ có 3 trường hợp có kích thước dưới 1,5cm đường kính, còn lại đều có kích thước lớn hơn, thậm chí có những trường hợp nang rất lớn đầy lệch lưỡi và lấn qua đường giữa. Việc đánh giá kích thước nang nhái rất quan trọng bởi nó quyết định việc lập kế hoạch điều trị và lựa chọn phương pháp phẫu thuật. Với nang nhái thể sâu, việc đánh giá kích thước bề mặt khối sưng phồng sàn miệng không có ý nghĩa. Các trường hợp này đều được chụp MRI để đánh giá mối liên quan với tuyến dưới lưỡi, dưới hàm và định vị trí lan của nang.

Triệu chứng thực thể của nang nhái sàn miệng cũng rất nghèo nàn, chủ yếu là sưng phồng sàn miệng và dưới hàm. Sưng phồng sàn miệng là triệu chứng thực thể quan trọng nhất của nang nhái thể nông, đương nhiên gặp ở 100% các trường hợp. Trong đó, sưng phồng sàn miệng đơn thuần gặp ở 84%, sưng phồng sàn miệng kèm sưng phồng dưới hàm chiếm 16%, gặp ở các dạng nang thoát dịch. Đối với nang nhái sâu, triệu chứng thực thể thường thấy là u phồng (tụ dịch nhầy) dưới hàm, triệu chứng này là điển hình và gặp ở 100% các trường hợp, trong đó sưng phồng dưới hàm kèm sưng phồng sàn miệng chiếm tỷ lệ 33,3%, sưng phồng dưới hàm đơn thuần chiếm tỷ lệ cao hơn với 66,7% (bảng 3.7). Các nang nhái nhóm này đều được chỉ định thêm các xét nghiệm cận lâm sàng như siêu âm, MRI để xác định vị trí lan và liên quan của chúng với tuyến dưới lưỡi và tuyến dưới hàm để tiên lượng và lập kế hoạch điều trị. Triệu

chứng thực thể của nang nhái nghèo nàn và rất đơn điệu cũng là kết luận chung của các tác giả khác như của Archer (1975) và Granick (1992) [1], [5].

V. KẾT LUẬN

5.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Nang nhái chủ yếu gặp ở người trẻ tuổi, tuổi trung bình là $22,3 \pm 9,7$; nữ gặp nhiều hơn nam, tỷ lệ nữ/nam = 1,6.

5.2. Đặc điểm lâm sàng của nang nhái.

- Nang nhái gặp nhiều ở bên trái hơn với 67,7%. Nang nhái nông chiếm 80,6%, nang nhái sâu chiếm 19,4%.

- Triệu chứng lâm sàng nghèo nàn với cơ năng chủ yếu là nói nuốt vướng, không đau và thực thể là u phồng sàn miệng ở nang nhái nông và u phồng dưới hàm ở nang nhái sâu.

KIẾN NGHỊ

Triệu chứng cơ năng và thực thể của nang nhái sàn miệng rất nghèo nàn, đó cũng là nguyên nhân khiến người bệnh chủ quan đến khám muộn, gây khó khăn cho điều trị. Cần tuyên truyền giáo dục y khoa cho nhân dân hiểu biết về bệnh lý này, đồng thời cập nhật chẩn đoán và điều trị nang nhái sàn miệng tại các tuyến cơ sở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Archer (1975), "Oral and Maxillofacial Surgert", W.B.Saunders Company, p. 552, 687-692.
2. Granick M.S., Hanna D.C. (1992), "Management of salivary gland lesions", The company Williams and Wilkins, p. 89-90, 175-176.
3. Hồ Nguyễn Thanh Chơn (2011), "Hiệu quả các phương pháp phẫu thuật nang nhái", Tạp chí Y học thực hành, 778 (10), tr. 46-49.
4. Nguyễn Thị Kim Loan (2004), "Góp phần nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh lý và kết quả điều trị nang nhái sàn miệng", Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường ĐHY Hà Nội.
5. Granick M.S., Hanna D.C. (1992), "Management of salivary gland lesions", The Company Williams and Wilkins, p. 89-90

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG L4 L5 BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA LỖ LIÊN HỢP TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC NĂM 2015

Đinh Ngọc Sơn**, Nguyễn Lê Bảo Tiên*, Đinh Trọng Tuyên**

TÓM TẮT³²

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm CSTL L4L5 bằng phẫu thuật nội soi qua lỗ liên hợp. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả lâm sàng. **Kết quả:** Điểm VAS trung bình trước và sau phẫu thuật 24h, 1, 3, 6 tháng có sự cải thiện rõ rệt. Điểm ODI trung bình trước phẫu thuật là $66 \pm 9,67$, sau phẫu thuật chức năng CSTL có sự cải thiện rõ rệt thông qua điểm ODI sau 1 tháng là $11 \pm 9,48$ sau 3 tháng $10,7 \pm 10,56$ sau 6 tháng $11,6 \pm 14,24$. Theo thang điểm Macnab cải tiến sau phẫu thuật 3,6 tháng tỉ lệ tốt và rất tốt là 90%, tỉ lệ xấu ở 3 tháng là 0%, tỉ lệ trung bình ở 3 tháng là 10%. Tỉ lệ trung bình ở 6 tháng là 7,5%, tỉ lệ xấu ở 6 tháng là 2,5%. Trong nghiên cứu không gặp trường hợp nào có tai biến và biến chứng. Gặp 1 trường hợp tái phát sau 7 tháng phẫu thuật và bệnh nhân được phong bế chọn lọc rễ TK bằng thuốc chống viêm corticoid. **Kết luận:** Phương pháp nội soi qua lỗ liên hợp điều trị thoát vị đĩa đệm CSTL L4L5 đem lại kết quả điều trị tốt cho bệnh nhân, cần được áp dụng.

Từ khóa: Phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, nội soi qua lỗ liên hợp.

SUMMARY

**THE RESULTS OF THE TREATMENT
HERNIATED DISC OF THE LUMBAR SPINE
BY ENDOSCOPY THROUGH CONJUGATED
HOLES AT THE VIETNAMESE GERMAN
HOSPITAL IN 2015**

Objective: To evaluate the results of treatment herniated disk of lumbar spine L4L5 by endoscopy through conjugated holes. **Method:** A prospective study of the clinical description. **Results:** The average VAS before and after surgery 24 hours, 1, 3, 6 months improved markedly. Point average preoperative ODI was 66 ± 9.67 , post-surgical spinal function markedly improved through ODI score after 1 month 11 ± 9.48 , after 3 months 10.7 ± 10.56 , after 6 months 11.6 ± 14.24 . According Macnab scale improvement of 3, 6 months after surgery well and very factor ratio is 90%, bad in 3 month rate was 0% , rate on 3-month average is 10%. The average rate at 6 months was 7.5%, the rate at 6 months was negative 2.5%. In the study has not encountered any complications and complications. Meet 1 case of recurrence after 7 months of surgery and patients are blocking selective nerve root by steroid anti-inflammatory drugs.

*Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

**Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Lê Bảo Tiên

Email: drtienvnspine@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Conclusion: The endoscopic through conjugated holes giving good results, should be applied in practice.

Keywords: Surgery herniated disc of the lumbar spine, endoscopy through conjugated holes

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm là sự dịch chuyển tổ chức đĩa đệm vượt quá giới hạn giải phẫu sinh lý của vòng xơ. Khối thoát vị có thể là: nhân nhày, sụn, bản xương sụn thậm chí cả vòng xơ đĩa đệm. Bệnh thường gặp ở tuổi 30 - 50 gây ảnh hưởng tới người lao động. Ở Mỹ, theo A.Touftexia mỗi năm có 31 triệu người đau lưng trong đó có 2 triệu người phải nghỉ việc. Theo Nguyễn Thị Ngọc Lan, đau thần kinh tọa chiếm 11,2% số bệnh nhân vào điều trị tại khoa cơ - xương - khớp Bệnh viện Bạch Mai (1991-2000), đứng thứ 2 sau viêm khớp dạng thấp [1].

Điều trị thoát vị đĩa đệm CSTL từ trước đến nay chủ yếu là điều trị nội và điều trị phẫu thuật. Điều trị phẫu thuật được đặt ra khi thoát vị đã vỡ chèn ép vào rễ thần kinh gây triệu chứng đau tương ứng và những trường hợp có thoát vị điều trị nội khoa sau 3 tháng không có kết quả. Trong điều trị phẫu thuật, mổ mở có bề dày lịch sử và được áp dụng nhiều nhất, tuy nhiên mổ mở có nhiều hạn chế như đường mổ dài, tổn thương phần mềm lớn, mất máu nhiều, có thể gây mất vững cột sống, vì vậy mà tại các nước phát triển phẫu thuật mổ mở chỉ còn áp dụng trong những trường hợp thoát vị đã vỡ, thể thoát vị ở vị trí khó hoặc thoát vị kèm theo mất vững cột sống, hẹp ống sống, hội chứng đuôi ngựa. Trong khi đó phẫu thuật nội soi qua lỗ liên hợp lấy nhân thoát vị trong thoát vị đĩa đệm đường vào là đường bên qua lỗ liên hợp, hầu như không làm thương tổn đến giải phẫu của cột sống, và sẹo sơ dính rất ít vì đường mổ nhỏ khoảng 0,7 cm, bệnh nhân chỉ cần nằm tại chỗ, trong quá trình phẫu thuật bệnh nhân tỉnh hoàn toàn do đó phẫu thuật viên có thể đánh giá ngay được hiệu quả của phẫu thuật, người bệnh chỉ phải nằm viện 1-2 ngày và có thể tham gia các hoạt động xã hội trong vòng 4 tuần. Trên thế giới phẫu thuật nội soi qua lỗ liên hợp lấy nhân thoát vị được ứng dụng rộng rãi tại các nước phát triển như Mỹ, Nhật, Đức... Tại Việt Nam phẫu thuật nội soi qua lỗ liên hợp lấy nhân thoát vị được ứng dụng đầu tiên tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2007, và đầu năm 2008 tại bệnh viện Việt Đức đã triển khai thường quy. Từ năm 2007 đến nay cũng có

nhiều công trình nghiên cứu liên quan đến thoát vị đĩa đệm CSTL nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá riêng về kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm CSTL L4L5 bằng nội soi qua lỗ liên hợp (LLH). Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: "*Đánh giá kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm CSTL L4L5 bằng phẫu thuật nội soi qua lỗ liên hợp*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Gồm 40 bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị đĩa đệm L4L5 có chỉ định phẫu thuật và được phẫu thuật bằng phương pháp NS qua LLH từ 3/2014 đến 1/4/2015

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu mô tả lâm sàng.

Bảng 1. Đánh giá hạn chế vận động CSTL qua các thời điểm theo bảng điểm OSWESTRY (ODI)

Điểm OSWESTRY	Sau phẫu thuật 1 tháng		Sau phẫu thuật 3 tháng		Sau phẫu thuật 6 tháng	
	SL	Tỷ lệ	SL	Tỷ lệ	SL	Tỷ lệ
<20 điểm	39	97.5%	37	92,5%	36	90%
20-40 điểm	0	0%	1	2.5%	0	0%
42-60 điểm	1	2.5%	2	5%	3	7.5%
62-80 điểm	0	0%	0	0%	1	2.5%
> 80 điểm	0	0%	0	0%	0	0%
Trung bình	11±9,48		10.7±10,56		11.6±14,24	

Điểm ODI trung bình sau phẫu thuật 1,3,6 tháng là 11±9,48, 10,7±10,56, 11,6±14,24.

Sau phẫu thuật 1,3,6 tháng không có bệnh nhân nào có ODI trên 80%, sau 6 tháng có 01 bệnh nhân có ODI trong khoảng 62 -80 điểm chiếm 2,5%. Sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,001$.

Bảng 2. Mức độ hài lòng của bệnh nhân theo thang điểm Macnad cải tiến

Điểm Macnad	Sau phẫu thuật 3 tháng		Sau phẫu thuật 6 tháng	
	SL	Tỷ lệ	SL	Tỷ lệ
Rất tốt	15	37.5%	16	40%
Tốt	21	52.5%	20	50%
Trung bình	4	10%	3	7.5%
Xấu	0	0%	1	2.5%
Tổng	40	100%	40	100%

Tổng số bệnh nhân được đánh giá theo thang điểm Macnad rất tốt và tốt sau 3 và 6 tháng phẫu thuật là 36 bệnh nhân (90%), trung bình và xấu có 4 bệnh nhân (10%), trong đó có 1 bệnh nhân từ thang điểm trung bình sau 3 tháng phẫu thuật xuống thang điểm xấu sau 6 tháng phẫu thuật.

Hình ảnh MRI sau phẫu thuật

Sau phẫu thuật 24 h 100% bệnh nhân được chụp lại MRI CSTL để đánh giá tình trạng thoát vị đĩa đệm, trong đó không thấy trường hợp nào còn thoát vị.

2.3 Thu thập số liệu: Số liệu được thu thập vào bệnh án đã được xây dựng sẵn. Bệnh nhân được theo dõi và đánh giá kết quả trong quá trình điều trị tại bệnh viện Việt Đức. Khám lại bệnh nhân sau khi kết thúc nghiên cứu.

Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu được nhập và phân tích theo phần mềm SPSS 16.0.

III. KẾT QUẢ

Sau phẫu thuật 24h, trung bình điểm VAS là $2,15 \pm 0,77$, sau 1,3,6 tháng là $1,52 \pm 1,32$, $1,2 \pm 1,3$, $1,28 \pm 1,58$. Trong đó sau phẫu thuật 24h,1,3,6 tháng không có bệnh nhân nào có VAS trên 7 điểm, tuy nhiên sau phẫu thuật 6 tháng có 1 bệnh nhân có VAS kiểu rẽ 7 điểm chiếm tỉ lệ 2,5%. Khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,001$.

Các tai biến và biến chứng sau phẫu thuật

Trong quá trình theo dõi bệnh nhân không bệnh nhân nào trong nhóm nghiên cứu có tai biến và biến chứng.

Thoát vị tái phát:

Trong nhóm nghiên cứu có 1 bệnh nhân thoát vị tái phát sau 7 tháng phẫu thuật chiếm 2,5%. Đó là trường hợp bệnh nhân Nam 47 tuổi (số thứ tự 20) vào viện với hội chứng thắt lưng và hội chứng chèn ép rễ TK rõ, bệnh nhân đau chân phải Vas chân khi vào 7 điểm ODI 90, MRI CSTL hình ảnh TVDD L4L5 thể trung tâm, bệnh

nhân được phẫu thuật lấy thoát vị qua nội soi LLH L4L5 phải. Sau đó bệnh nhân được phong bế thần kinh rễ L5 phải, sau thủ thuật lâm sàng

đỡ đau chân khoảng 60%. Hiện tại bệnh nhân vẫn được theo dõi.

Các yếu tố ảnh hưởng đến phẫu thuật

Bảng 3. Tương quan giữa kết quả điều trị và các yếu tố liên quan thông qua hệ số tương quan và giá trị p chấp nhận hệ số tương quan

Kết quả	VAS 06 tháng		ODI 06 tháng		Macnab 06 tháng	
	R	P	R	P	R	P
Yếu tố						
Tuổi	0.369	0.19	0.264	0.1	0.388	0.013
Giới	-0.206	0.202	-0.222	0.169	-0.211	0.190
Thể thoát vị	-0.461	0.003	-0.407	0.009	-0.437	0.005
Mức độ thoái hóa đĩa	0.296	0.064	0.274	0.037	0.861	0.022
Mức độ thoát vị	-0.81	0.621	-0.109	0.502	0.24	0.881
VAS trước phẫu thuật	0.168	0.301	0.109	0.502	0.058	0.720

Theo bảng trên cho thấy mức độ thoái hóa đĩa có tương quan với ODI sau mổ 6 tháng, hệ số $r = 0,274$ và có ý nghĩa thống kê với $p = 0,037 < 0,05$. Mức độ thoái hóa đĩa liên quan chặt chẽ với Macnad sau mổ 6 tháng, hệ số $r = 0,861$ và có ý nghĩa thống kê với $p = 0,022 < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đánh giá chức năng cột sống thắt lưng theo thang điểm ODI

Đau CSTL là triệu chứng mà 87,5% bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu gặp phải, để đánh giá mức độ đau ảnh hưởng đến chức năng CSTL như thế nào chúng tôi đánh giá theo thang điểm ODI (Owestry).

Điểm ODI trung bình trước phẫu thuật là $66 \pm 9,67$ sau phẫu thuật 1 tháng là $11 \pm 9,48$ sau 3 tháng $10,7 \pm 10,56$ sau 6 tháng $11,6 \pm 14,24$. Như vậy sự khác biệt giữa ODI trước phẫu thuật và sau phẫu thuật 1,3,6 tháng là rõ rệt với $p < 0,001$. ODI sau phẫu thuật 6 tháng có tương quan với mức độ thoái hóa đĩa đệm, hệ số tương quan $r = 0,274$ với $p < 0,05$. Theo nghiên cứu của Dino [2] cho thấy đau CSTL có liên quan chặt chẽ với mức độ thoái hóa đĩa, điều này giải thích tại sao sau phẫu thuật những bệnh nhân có mức độ thoái hóa đĩa độ 4 độ 5 tính chất đau lưng vẫn tồn tại, nhưng tỉ lệ đau lưng sau phẫu thuật cải thiện rõ rệt so với trước phẫu thuật.

4.2 Đánh giá mức độ hải lòng của bệnh nhân theo thang điểm Macnad cải tiến

Nghiên cứu cho thấy sau phẫu thuật 3 tháng tỉ lệ tốt và rất tốt là 90% và trung bình là 10%, và tỉ lệ này vẫn giữ nguyên sau 6 tháng phẫu thuật, tuy nhiên có 1 trường hợp (2,5%) từ mức độ trung bình xuống mức độ xấu là do bệnh nhân bị thoát vị tái phát. Theo bảng 2 cho thấy

Macnad sau phẫu thuật 6 tháng có tương quan chặt chẽ với mức độ thoái hóa đĩa, hệ số tương quan $r = 0,861$ với $p < 0,05$.

4.3 Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật

Chúng tôi thấy rằng, ưu điểm của phẫu thuật nội soi qua lỗ liên hợp trong những trường hợp mổ cũ, lối đi phía sau là khá rõ: thứ nhất đường mổ của nội soi là đường mổ khác, vì vậy không sợ sẹo cũ, không sợ dính, giảm thiểu được các nguy cơ rách màng cứng, bao rễ trong khi mổ. Trong nghiên cứu không có trường hợp nào bị rách màng cứng, tổn thương rễ trong mổ, không có biến chứng nào khác nữa. Thứ hai, đây là phương pháp mổ can thiệp ít xâm lấn, không làm ảnh hưởng thêm phía sau cột sống, và vì vậy nguy cơ mất vững sau mổ là giảm thiểu.

Một nghiên cứu gần đây của Lee D.Y. [3] so sánh giữa 02 phương pháp mổ mở sử dụng vi phẫu và mổ nội soi qua lỗ liên hợp. Tác giả thấy, mổ mở vi phẫu có 02 trường hợp rách màng cứng (6.9%), trong khi đó mổ nội soi không có trường hợp nào.

Trong nghiên cứu có mối tương quan chặt chẽ giữa mức độ thoái hóa đĩa và Macnad sau mổ 6 tháng với hệ số tương quan $r = 0,861$ và $p = 0,022$, và có sự tương quan giữa mức độ thoái hóa đĩa với ODI sau mổ 6 tháng với hệ số $r = 0,274$ và $p = 0,037$. Do yếu tố nội sinh và ngoại sinh mà đĩa đệm thoái hóa gây hội chứng cột sống thắt lưng làm co người bệnh đau mỏi CSTL

4.4 Biến chứng và tai biến

Trong nghiên cứu chúng tôi không gặp trường hợp nào có tai biến và biến chứng trong quá trình phẫu thuật và sau quá trình điều trị. Trong khi đó năm 2011 Yong Ahn thông báo có 9 trường hợp rách màng cứng trong tổng số 826 bệnh nhân chiếm 1,1%, trong số 9 bn này có 3 bn phát hiện ngay trong khi phẫu thuật và được phẫu thuật mổ mở để vá màng cứng, 6 trường hợp còn lại phát hiện sau phẫu thuật khi bệnh nhân có dò dịch não tủy sau phẫu thuật và cũng được phẫu thuật mổ mở để vá màng cứng.

4.5 Thoát vị tái phát

Thoát vị tái phát được định nghĩa kinh điển là hiện tượng triệu chứng đau lan theo rễ TK hết hoàn toàn sau phẫu thuật và xuất hiện lại có thể sau vài tuần hoặc vài năm, triệu chứng có thể cùng bên hoặc bên đối diện. Trong nghiên cứu có 1 bệnh nhân thoát vị tái phát sau 7 tháng phẫu thuật chiếm 2.5%. Đó là trường hợp bệnh nhân Nam 47 tuổi (mã số 36) vào viện với hội chứng thắt lưng và hội chứng chèn ép rễ TK rễ, bệnh nhân đau chân phải Vas chân khi vào 7 điểm, ODI 90 %, MRI CSTL hình ảnh TVDD L4L5 thể trung tâm, bệnh nhân được phẫu thuật lấy thoát vị qua nội soi LLH L4L5 phải, bệnh nhân được phong bế rễ thần kinh bằng corticoid hiện tại bệnh nhân đỡ đau kiểu rễ VAS 6 điểm và còn đau CSTL nhiều đánh giá ODI khoảng 80%, bệnh nhân vẫn được chúng tôi theo dõi, nếu trong thời gian tới triệu chứng đau của bệnh nhân không cải thiện chúng tôi sẽ phẫu thuật mổ lấy thoát vị tái phát.

Thoát vị đĩa đệm tái phát khác nhau tùy từng tác giả. Theo Ruetten S theo dõi 463 bệnh nhân sau mổ nội soi qua lỗ liên hợp sau 01 năm, thấy tỷ lệ tái phát gặp 32 bệnh nhân (7%). Trong khi đó Peng C.W. [4] theo dõi 55 bệnh nhân trong 02 năm thấy tỷ lệ tái phát là 5%. Còn Lee S.H. [5] theo dõi 116 bệnh nhân mổ nội soi, thời gian theo dõi trung bình là 14.5 tháng(9-20 tháng), không thấy trường hợp nào tái phát. Một báo cáo tổng hợp của Kim DH[6] và cộng sự qua 6522 ca phẫu thuật nội soi qua lỗ liên hợp với thời gian theo dõi từ 01-06 năm, thì tỷ lệ tái phát là 4,7%.

V. KẾT LUẬN

Điểm VAS trung bình trước và sau phẫu thuật 24h, 1, 3, 6 tháng có sự cải thiện rõ rệt. Điểm ODI trung bình trước phẫu thuật là $66 \pm 9,67$, sau phẫu thuật chức năng CSTL có sự cải thiện rõ rệt thông qua điểm ODI sau 1 tháng là $11 \pm 9,48$ sau 3 tháng $10,7 \pm 10,56$ sau 6 tháng $11,6 \pm 14,24$. Theo thang điểm Macnad cải tiến sau phẫu thuật 3,6 tháng tỉ lệ tốt và rất tốt là 90%, tỉ lệ xấu ở 3 tháng là 0% tỉ lệ trung bình ở 3 tháng là 10%. Tỉ lệ trung bình ở 6 tháng là 7,5%, tỉ lệ xấu ở 6 tháng là 2,5%. Trong nghiên cứu không gặp trường hợp nào có tai biến và biến chứng. Gặp 1 trường hợp tái phát sau 7 tháng phẫu thuật và bệnh nhân được phong bế chọn lọc rễ TK bằng thuốc chống viêm corticoid.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Thạch, Nguyễn Văn Chương, Nguyễn Thị Ngọc Lan & Và Cộng Sự** (2011), *Báo cáo tổng hợp kết quả khoa học công nghệ đề tài: "Nghiên cứu thực trạng, các yếu tố nguy cơ và các phương pháp điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống-Đề tài độc lập cấp nhà nước"*. Hà nội.
2. **Dino Samartzis,¹ Jaro Karppinen,² Jason Pui Yin Cheung,¹ and Jeffrey Lotz³** "Disk Degeneration and Low Back Pain: Are They Fat-Related Conditions?"
3. **D. Y. Lee, C. S. Shim, Y. Ahn, Y. G. Choi, H. J. Kim & S. H. Lee** (2009), *"Comparison of percutaneous endoscopic lumbar discectomy and open lumbar microdiscectomy for recurrent disc herniation"*, Journal of Korean Neurosurgical Society, 46(6): p. 515-21.
4. **C. W. Peng, W. Yeo & S. B. Tan** (2009), *"Percutaneous endoscopic lumbar discectomy: clinical and quality of life outcomes with a minimum 2 year follow-up"*, Journal of orthopaedic surgery and research, 4: p. 20.
5. **S. Lee, S. K. Kim, S. H. Lee, W. J. Kim, W. C. Choi, G. Choi & S. W. Shin** (2007), *"Percutaneous endoscopic lumbar discectomy for migrated disc herniation: classification of disc migration and surgical approaches"*, European spine journal 16(3): p. 431-7.
6. **D. H. Kim, G. Choi & S. H. Lee**, *Complications in percutaneous Endoscopic lumbar Discectomy*, in *Endoscopic Spine Procedure*. 2011, Thieme: New York, Stuttgart. p. 253 - 268.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG TOÀN PHẦN KHÔNG XI MĂNG CÓ LỚP PHỦ HYDROXYAPATITE

TÓM TẮT³³

Đặt vấn đề: khớp háng nhân tạo có lớp phủ Hydroxyapatite đã được sử dụng trên lâm sàng trong hơn hai thập kỷ. Tranh cãi vẫn còn tồn tại trong việc sử dụng hydroxyapatite trong thay khớp háng toàn phần lần đầu. Mục đích của nghiên cứu này là đánh giá kết quả thay khớp háng toàn phần không xi măng có lớp phủ hydroxyapatite. **Phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu trên 80 khớp háng nhân tạo không xi măng có lớp phủ hydroxyapatite. Đánh giá kết quả của chúng tôi dựa trên thang điểm Harris hip score (HHS). Các dấu hiệu x-quang cũng được nghiên cứu. **Kết quả:** thời gian theo dõi trung bình là 26,5 tháng. Tuổi trung bình tại thời điểm phẫu thuật là 53,4 năm. Khớp háng phủ Hydroxyapatite cải thiện đáng kể điểm số HHS và giảm tỷ lệ đau đùi sau phẫu thuật. **Kết luận:** khớp háng nhân tạo không xi măng có phủ HA là lựa chọn tốt cho thay khớp háng thì đầu. Kết quả lâm sàng và X quang đạt được rất tốt sau trung bình 26,5 tháng.

Từ khóa: hydroxyapatite, thay khớp háng toàn phần.

SUMMARY**RESULTS OF HYDROXYAPATITE-COATED TOTAL HIP ARTHROPLASTY**

Background: Hydroxyapatite coated hip implants have been used in clinical practice for more than two decades. Controversy exists over the use of hydroxyapatite (HA)-coated in primary total hip arthroplasty. The purpose of this study was to evaluate results of primary total hip arthroplasty using an uncemented, hydroxyapatite-coated hip prosthesis. **Methods:** This was an observational retrospective study of a 80 consecutive hydroxyapatite-coated hip prosthesis. Our main outcome measurements were Harris Hip Score (HHS). Radiological signs of bone remodeling are also presented. **Results:** Median duration of follow-up was 26.5 months. The mean age at time of index surgery was 53.4 years. Hydroxyapatite coating could improve the HHS and reduce the incidence of thigh pain. **Conclusion:** prosthesis with HA coating are useful for primary total hip arthroplasty. At mean 26,5 months, clinical and radiographic results were excellent.

Keywords: hydroxyapatite, total hip arthroplasty.

¹Bộ môn Ngoại Đại học Y Hà Nội,

²Khoa Phẫu thuật khớp BV TW Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Đào Xuân Thành

Email: daoxuanthanh@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thay thế những khớp háng đã bị thoái hóa nặng, mất chức phận bằng một khớp nhân tạo là một kỹ thuật chỉnh hình phổ biến hiện nay. Trên thế giới, mỗi năm có hàng triệu khớp háng toàn phần được thay. Cho đến nay, cơ bản có hai loại khớp háng nhân tạo sử dụng, đó là loại dùng xi măng hoặc không cần xi măng để cố định khớp. Đã có nhiều nghiên cứu đánh giá về hiệu quả sử dụng của cả hai loại khớp này nhưng xu hướng hiện nay là sử dụng loại khớp không xi măng phổ biến hơn. Từ những năm 1980 lớp phủ hydroxyapatite plasma (HA) đã được giới thiệu trong lĩnh vực chỉnh hình như lớp phủ trên bề mặt kim loại cấy ghép. Lớp phủ hydroxyapatite có thể để liên kết trực tiếp với xương, thúc đẩy nhanh định hình và tăng cường sự mọc bám của xương vào vật liệu nhân tạo. Điều này có thể dẫn đến một kiểu cố định sinh học tốt hơn và đáng tin cậy hơn giữa bề mặt của vật liệu cấy ghép và xương liền kề, giảm các mảnh hạt vỡ do mài mòn, gia tăng sự tồn tại của vật liệu nhân tạo. Hydroxyapatite được sử dụng rộng rãi trong vật liệu thay khớp háng nhân tạo và là vật liệu phủ lên bề mặt khớp titan, hoặc hợp kim của nó Ti-6Al-4V, và hợp kim cobalt chrome. Với sự ổn định cơ học ban đầu, vật liệu nhân tạo có phủ hydroxyapatite có thể tạo ra các cầu nối đối với những khuyết xương trong khoảng 2mm, điều này đặc biệt quan trọng khi trong phẫu thuật thay khớp háng, ban đầu có thể không đạt được sự tiếp xúc toàn diện của bề mặt khớp nhân tạo và xương liền kề ngay sau phẫu thuật. Nhiều nghiên cứu thông báo về kết quả tốt và rất tốt của phẫu thuật thay khớp háng sử dụng chuỗi khớp có phủ HA với tỷ lệ đau đùi và thay lại thấp. Tuy nhiên cũng có những nghiên cứu so sánh chuỗi khớp có phủ và không phủ HA sử dụng trong thay khớp háng đều mang lại kết quả tương tự sau thời gian dài theo dõi [1]. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng có lớp phủ HA.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: bao gồm 73 bệnh nhân với 80 khớp háng toàn phần không xi măng có lớp phủ HA đã được chỉ định và tiến hành phẫu thuật TKHTP không xi măng lần đầu tại bệnh

viện Bạch mai từ tháng 3/2013 đến tháng 11/2015. Có 7 bệnh nhân được thay cả hai khớp háng.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: lựa chọn các bệnh nhân thay khớp không xi măng có lớp phủ HA quanh ổ cối và chuôi khớp. Các bệnh nhân được chỉ định mổ TKHTP sử dụng lõi vào khớp phía sau bên (posterolateral). Bệnh nhân thực hiện đúng phác đồ điều trị, tái khám đầy đủ theo hẹn.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân TKHTP không xi măng sử dụng loại khớp nhân tạo khác, sử dụng lõi vào khớp không phải lõi sau bên. Các bệnh nhân thay khớp háng bán phần lưỡng cực (bipolar) hoặc khớp lai (hybrid). Bệnh nhân thay lại khớp. Bệnh nhân không tái khám.

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, theo dõi dọc.

Lựa chọn bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật TKHTP. Xác định, đánh giá các dấu hiệu lâm sàng và các chỉ số cận lâm sàng trước phẫu thuật. Lên kế hoạch phẫu thuật.

Phẫu thuật TKHTP không xi măng: tiến hành theo đúng qui trình chuẩn, sử dụng cùng 1 loại khớp háng nhân tạo không xi măng có lớp phủ bề mặt HA.

Theo dõi sau phẫu thuật: theo dõi dọc tiến hành vào các thời điểm sau mổ 7 ngày, 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng, 24 tháng... Xác định và đánh giá kết quả lâm sàng, cận lâm sàng quan tâm theo từng giai đoạn rút ra kết luận, mối liên quan, hướng điều trị và theo dõi lâu dài.

Đánh giá các đặc điểm lâm sàng: Tuổi, giới, bệnh lý khớp háng được chỉ định phẫu thuật. Đánh giá chức năng khớp háng và các triệu chứng trước phẫu thuật theo thang điểm Harris Hip Score.

Đánh giá các chỉ số cận lâm sàng: Chụp X-quang khung chậu và xương đùi bằng máy chụp X-quang kỹ thuật số lấy kích thước thật (có thước đo chuẩn 1cm in ngay trên phim X-quang). Đo các chỉ số xương theo Dorr để phân loại xương đùi ra các loại A, B, C.

Theo dõi, đánh giá kết quả lâm sàng: Liên vết mổ. Xác định biến chứng sớm, muộn như tắc mạch, trật khớp, nhiễm khuẩn, cốt hóa lạc chỗ, lỏng khớp...Đánh giá chức năng khớp háng và các triệu chứng theo bảng Harris Hip Score.

Đánh giá triệu chứng lâm sàng đau giữa đùi ngay sau phẫu thuật TKHTP theo bảng Pain Score:

Không đau: không có triệu chứng gì

Đau nhẹ: không phải dùng thuốc không ảnh hưởng đến vận động

Đau vừa: có dùng thuốc giảm đau nếu đi lại nhiều

Đau nhiều: liên tục dùng giảm đau, đi lại cần sự hỗ trợ

Đánh giá kết quả cận lâm sàng và thay

đổi mật độ xương: chụp khung chậu thẳng, khớp háng và xương đùi bên phẫu thuật thẳng nghiêng. Xác định vị trí khớp nhân tạo, trục chuôi khớp. Xác định các dấu hiệu thay đổi quanh khớp nhân tạo: mối hàn xương, bề xương, đường thấu xạ, lún khớp, tiêu xương, phì đại vỏ xương, lỏng khớp, cột trụ xương, bề xương quanh vỏ ổ cối nhân tạo. Nứt vỡ ổ cối, xương đùi, cốt hóa lạc chỗ.

Đo mức độ áp khít của chuôi khớp so với ống tủy xương đùi ngang mức giữa mẫu chuyển nhỏ và giữa chuôi khớp. Trên phim X-quang thẳng của xương đùi, độ áp khít của chuôi khớp so với ống tủy từ 80% trở lên được coi là chặt, dưới 80% được coi là không chặt [2].

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:

Các số liệu thu thập được của nghiên cứu được nhập trên phần mềm SPSS 16.0. Số liệu được trình bày bằng bảng và biểu đồ minh họa.

III. KẾT QUẢ

Tuổi thấp nhất là 21, cao nhất là 82. Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là $53,4 \pm 13,4$.

Thời gian theo dõi sau phẫu thuật ít nhất là 12 tháng, lâu nhất là 42 tháng. Thời gian theo dõi trung bình sau phẫu thuật là $26,54 \pm 9,06$ tháng.

Bảng 1. Kết quả phẫu thuật theo thang điểm Harris

Kết quả	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Xấu
n	75	2	3	0
%	94	2,4	3,6	0

Nhận xét: Trước phẫu thuật không có bệnh nhân nào có chức năng khớp háng tốt, rất tốt. Sau phẫu thuật chỉ có 3 trường hợp có kết quả trung bình chiếm tỷ lệ 3,6%, còn lại là tốt và rất tốt chiếm tổng tỷ lệ 96,4%. Không có bệnh nhân nào có kết quả kém sau phẫu thuật.

Bảng 2. So sánh điểm Harris trước và sau phẫu thuật với loại xương đùi

Xương đùi	A	B	C	Tổng
HHS				

Trước phẫu thuật	43,26±22,82	43,60±23,15	35,20±21,94	42,17±21,59
Sau phẫu thuật	100,00±0,00	98,60±1,75	91,50±8,70	97,60±3,59

Nhận xét: Điểm trung bình Harris trước phẫu thuật là 42,17±21,59, sau phẫu thuật là 97,60±3,59. Trước phẫu thuật khác biệt không có ý nghĩa thống kê về điểm Harris giữa các loại xương đùi ($p>0,05$). Sau phẫu thuật khác biệt không có ý nghĩa thống kê về điểm Harris giữa 2 loại xương đùi A và B ($p>0,05$). Có khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa điểm Harris giữa xương đùi loại A và C, giữa B và C ($p<0,05$).

Bảng 3. Diễn biến của mức độ đau giữa đùi

Mức độ \ Thời gian	3 tháng (%)	6 tháng (%)	12 tháng (%)	24 tháng (%)
Không đau	50 (62,5)	65 (81,3)	77 (96,3)	61 (100)
Đau nhẹ	29 (36,3)	15 (18,7)	3 (3,7)	0
Đau vừa	1 (1,2)	0	0	0
Đau nhiều	0	0	0	0

Nhận xét: Tại các thời điểm kiểm tra sau 3, 6, 12 tháng mức độ hết đau giữa đùi giảm dần theo thời gian với tỷ lệ không đau đùi tương ứng là 65,2%, 81,3%, 96,4%. Sau 6 và 12 tháng không có bệnh nhân nào có mức độ đau đùi ở mức độ đau vừa và đau nhiều. Sau 24 tháng kiểm tra được 61 khớp háng (tỷ lệ 76,2%) không có bệnh nhân nào còn triệu chứng đau giữa đùi.

Bảng 4. Liên quan mức độ đau đùi và loại xương đùi

Xương đùi \ Mức độ	A			B			C		
	3 tháng n(%)	6 tháng n(%)	12 tháng n(%)	3 tháng n(%)	6 tháng n(%)	12 tháng n(%)	3 tháng n(%)	6 tháng n(%)	12 tháng n(%)
Không đau	6 (50)	8 (66,7)	11 (91,7)	45 (78,9)	48 (84,2)	56 (98,2)	3 (27,3)	9 (81,8)	10 (90,9)
Đau nhẹ	6 (50)	4 (33,3)	1 (8,3)	11 (19,3)	9 (15,8)	1 (1,8)	8 (72,7)	2 (18,2)	1 (9,1)
Đau vừa	0	0	0	1 (1,8)	0	0	0	0	0
Đau nhiều	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Nhận xét: Không có khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ đau đùi giữa các loại xương đùi sau 3, 6, 12 tháng sau phẫu thuật ($p>0,05$).

Bảng 5. Liên quan mức độ đau đùi và độ áp khít của chuỗi khớp

Chuỗi \ Mức độ	≥80%			<80%		
	3 tháng n (%)	6 tháng n (%)	12 tháng n (%)	3 tháng n (%)	6 tháng n (%)	12 tháng n (%)
Không đau	31 (68,9)	37 (82,2)	45 (100,0)	13 (37,1)	20 (57,1)	32 (91,4)
Đau nhẹ	14 (31,1)	8 (17,8)	0	21 (60)	15 (42,9)	3 (8,6)
Đau vừa	0	0	0	1 (2,9)	0	0
Đau nhiều	0	0	0	0	0	0

Nhận xét: Chuỗi khớp có độ áp khít dưới 80% gây mức độ đau đùi nhiều hơn và kéo dài hơn so với loại chuỗi khớp có độ áp khít từ 80% trở lên ($p<0,05$).

Tai biến trong phẫu thuật: Chúng tôi không gặp phải tai biến nào trong phẫu thuật như chảy máu, tổn thương thần kinh, mạch máu lớn, gãy xương đùi, vỡ ổ cối.

Biến chứng sớm sau mổ: không gặp các biến chứng như tắc mạch, chảy máu sau mổ, nhiễm khuẩn nông, nhiễm khuẩn sâu, trật khớp háng.

Biến chứng muộn sau mổ: không gặp các biến chứng khác như cốt hóa lạc chỗ, trật khớp muện, lỏng khớp vô khuẩn...

Đánh giá các thay đổi X-quang quanh

khớp háng nhân tạo: không gặp trường hợp nào lún chuỗi khớp, tiêu xương quanh khớp, cốt hóa lạc chỗ, nứt gãy xương quanh khớp nhân tạo. Không có chuỗi khớp, vỡ ổ cối nhân tạo nào bị di lệch so với vị trí ban đầu.

Mối hàn xương: các mối hàn xương xuất hiện tại một vài vùng quanh 2/3 trên của chuỗi khớp quan sát được trên phim X-quang sau 12 tháng của cả 80 chuỗi khớp (100%).

Đường thấu xạ: không xuất hiện đường thấu xạ quanh chuỗi khớp và ổ cối.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả chung: Qua kiểm tra đánh giá chức năng 80 khớp háng toàn phần không xi

măng có lớp phủ HA, thời gian theo dõi trung bình sau phẫu thuật $26,54 \pm 9,06$ tháng, chúng tôi thu được kết quả như sau: rất tốt 94%(75/80), tốt 2,4%(2/80), trung bình 3,6%(3/80), không có kết quả xấu. Tổng số bệnh nhân có kết quả tốt và rất tốt của chúng tôi cũng tương tự như kết quả của một số tác giả khác. Tỷ lệ đạt kết quả trung bình có khác một chút so với một vài tác giả. Theo chúng tôi, nguyên nhân có sự khác biệt là do cách đánh giá kết quả theo các thang điểm khác nhau, nhiều loại khớp khác nhau được sử dụng và nhất là thời điểm đánh giá, số lượng bệnh nhân cũng rất khác nhau.

Chúng tôi cũng có nhận xét rằng loại khớp không xi măng có phủ HA cho kết quả ban đầu khả quan. Bằng chứng là kết quả đánh giá chức năng khớp theo thang điểm của Harris của bệnh nhân trước phẫu thuật trung bình là $42,17 \pm 21,59$ và sau phẫu thuật là $97,60 \pm 3,59$. Tất cả các bệnh nhân đều có biên độ vận động gấp khớp háng sau phẫu thuật không dưới 90° .

Kết quả của chúng tôi cho thấy sau phẫu thuật 3, 6, 12 tháng triệu chứng và mức độ đau giữa đùi giảm dần với tỷ lệ tương ứng là 37,5%, 18,7%, 3,7%. Trong số bệnh nhân kiểm tra lại sau 24 tháng không có bệnh nhân nào còn triệu chứng đau đùi. Như vậy kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác và chúng tôi đã có sự ổn định cả về cơ sinh học quanh chuôi khớp không xi măng phủ HA.

Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt giữa triệu chứng đau đùi và loại xương đùi theo phân loại của Dorr trong suốt quá trình theo dõi sau phẫu thuật đến 12 tháng. Mức độ và số lượng bệnh nhân đau đùi giảm theo thời gian, tuy nhiên triệu chứng đau đùi có mối liên quan đến mức độ áp khít đầu trên xương đùi. Chuôi có độ áp khít 80% gây tỷ lệ đau đùi ít hơn chuôi có độ áp khít dưới 80%, không liên quan đến xương đùi có chất lượng A, B hay C theo Dorr LD.

Engel CA và cộng sự nhận thấy tỷ lệ đau giữa đùi sau TKHTP không xi măng của 243 bệnh nhân có xương đùi loại tốt trên phim chụp x-quang trước mổ là 11%. 64 bệnh nhân với chất lượng xương tồi trước mổ có tỷ lệ đau đùi sau phẫu thuật là 26% [3]. Bourne RB nghiên cứu 101 khớp háng toàn phần không xi măng của 94 bệnh nhân, sau 5 năm tỷ lệ đau giữa đùi là 27%. Tác giả cho rằng không có sự liên quan giữa triệu chứng này với chất lượng của xương đùi là loại A, B hay C theo phân loại của Dorr LD [4].

Nghiên cứu kết quả lâm sàng của 100 khớp không xi măng APR phủ HA được thay liên tục với các loại xương đùi khác nhau, Dorr nhận thấy các triệu chứng lâm sàng như đau ở đùi, xuất hiện đường viền sáng quanh bề mặt khớp nhân tạo là tương đương sau 4 năm cho cả 3 loại xương đùi, các triệu chứng này chỉ khác biệt trong 2 năm đầu tiên, ví dụ như sự kéo dài triệu chứng đau ở đùi, đối với các bệnh nhân có xương đùi loại C do các đặc điểm cấu trúc xương. Kim YH trong một nghiên cứu với 116 chuôi khớp kiểu giải phẫu PCA (anatomic stem) nhận thấy loại chuôi áp khít đầu trên xương đùi trên 80% có kết quả lâm sàng và cận lâm sàng tốt hơn loại áp khít dưới 80%, tuy nhiên tác giả không đưa ra được mối liên quan giữa triệu chứng đau đùi và mức độ áp khít của chuôi khớp [2].

Van der Wal BCH nghiên cứu kết quả thay khớp háng toàn phần không xi măng của 64 bệnh nhân sử dụng loại chuôi khớp ABG-II phủ HA thời gian theo dõi trung bình 6,3 năm (5-6,8 năm). Kết quả cho thấy không có sự khác biệt về kết quả đánh giá chức năng khớp háng sau phẫu thuật theo thang điểm Merle d'Aubigne giữa hai loại chuôi có mức độ áp khít khác nhau trên và dưới 80%. Nhóm bệnh nhân không có triệu chứng đau đùi sau phẫu thuật có độ áp khít trung bình là 80% trong khi tỷ lệ này ở nhóm bệnh nhân có triệu chứng đau đùi là 75%. Không có sự khác biệt về độ áp khít đối với các loại xương đùi khác nhau, nhưng tác giả không đưa ra được mối liên quan giữa triệu chứng đau đùi và loại xương đùi theo Dorr [5].

Tai biến trong phẫu thuật: Nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước đã chỉ ra những tai biến thường gặp trong quá trình phẫu thuật TKHTP là chảy máu, thủng ổ cối, vỡ toác đầu trên xương đùi, gãy xương đùi, tổn thương mạch máu, thần kinh.

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào phải truyền máu trong quá trình phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật được thực hiện nhanh, chính xác, cầm máu triệt để ngay trong từng thì, thời gian phẫu thuật chỉ từ 30 phút đến tối đa 90 phút. Đường rạch da là đường mổ nhỏ, ít xâm lấn phía sau bên, chỉ khoảng 7-9 cm do vậy ít gây tổn thương phần mềm và không làm chảy máu lớn.

Về tổn thương mạch máu, thần kinh, chúng tôi cũng không gặp trường hợp nào. Sử dụng lối vào sau bên, sau khi cắt chỗ bám tận của khối cơ chậu hông mẫu chuyển không bóc tách thêm ra phía sau mà cắt ngay bao khớp phía sau,

không đặt banh vết mổ quá sâu và ra sau, do đó tránh được tổn thương thần kinh. Các mạch máu lớn và đám rối tĩnh mạch đều nằm phía trước ổ cối nên không thể quan sát được trong quá trình phẫu thuật. Để không gây tổn thương các thành phần này, cần chú ý đặt ổ cối đúng kỹ thuật, khoan và bắt vít chỉ hướng về phía 1/4 sau trên của ổ cối là nơi có thành xương dày nhất và không có mạch máu lớn.

Trong quá trình chuẩn bị bệnh nhân trước phẫu thuật thay khớp, chúng tôi thường đo mật độ xương để đánh giá tình trạng loãng xương, chất lượng xương nhằm tránh các tai biến hay gặp phải. Theo báo cáo của Nguyễn Văn Hoạt tỉ lệ gãy xương đùi trong phẫu thuật thay khớp háng là 6,7%, của Nguyễn Mạnh Tường là 4% trong đó 2,4% là gãy thân xương đùi, 1,6% là gãy mấu chuyển. Trong nghiên cứu chúng tôi không gặp trường hợp gãy thân xương đùi hay vỡ ổ cối nào xảy ra. Về nguyên nhân, tai biến gãy xương đùi thường xảy ra ở thì doa và mài ống tủy không đúng kỹ thuật, không đánh giá đúng sự phù hợp của kích thước ống tủy với dụng cụ mài giữa xương đùi, sử dụng cỡ chuôi, ổ cối quá lớn... Do vậy trước mổ chúng tôi đo đặc trước các thông số về kích thước vỏ ổ cối và chuôi khớp nhân tạo trên phim X-quang kích thước thật của bệnh nhân, đảm bảo lựa chọn được kích cỡ khớp phù hợp nhất.

Biến chứng: Nhiễm khuẩn là biến chứng nguy hiểm đối với phẫu thuật nói chung và thay khớp háng nói riêng. Có nhiều yếu tố nguy cơ gây biến chứng nhiễm khuẩn như môi trường không khí trong phòng mổ, dụng cụ phẫu thuật không được tiệt khuẩn đúng quy cách, quá trình phẫu thuật không tuân thủ các nguyên tắc vô khuẩn, thời gian phẫu thuật kéo dài, vấn đề sử dụng kháng sinh và chăm sóc sau phẫu thuật... Chúng tôi không gặp trường hợp nào TKHTP bị nhiễm khuẩn. Nghiên cứu của Trần Nguyễn Phương cũng không gặp trường hợp nhiễm khuẩn nào trong 5 năm theo dõi 115 khớp háng toàn phần không xi măng. Để phòng tránh nhiễm khuẩn, ngay từ đầu, nếu trên cơ thể bệnh nhân có tồn tại một ổ nhiễm khuẩn bất kỳ, dù chỉ là nhiễm khuẩn răng miệng hay tiết niệu, một số tác giả khuyên nên điều trị ổn định các loại nhiễm khuẩn đó rồi mới chỉ định phẫu thuật thay khớp. Tất cả các bệnh nhân thay khớp của chúng tôi đều được làm xét nghiệm trước phẫu thuật như số lượng bạch cầu, C-protein, tốc độ máu lắng... Các chỉ số phải ở trong giới hạn bình thường. Trong thời gian 6 tháng trước đó không

có nhiễm khuẩn lớn. Khi xuất hiện những vấn đề nghi vấn là phải phân tích, tìm bằng được để giải quyết triệt để. Bên cạnh đó, chúng tôi còn tuân thủ triệt để nguyên tắc vô khuẩn trong phòng mổ và trong quá trình phẫu thuật, khử khuẩn dụng cụ đúng quy cách, rút ngắn thời gian phẫu thuật nhờ kinh nghiệm và trình độ của phẫu thuật viên, nâng cao sức đề kháng của bệnh nhân, sử dụng kháng sinh dự phòng trước, trong và điều trị kháng sinh sau phẫu thuật.

Biến chứng trật khớp cũng được nhiều tác giả nhắc đến nhưng cũng may mắn là chúng tôi không gặp trường hợp nào bị trật khớp sau phẫu thuật. Tỉ lệ trật khớp sau phẫu thuật TKHTP theo Đặng Hoàng Anh là 3,6%, theo Nguyễn Mạnh Tường là 1,6%. Trật khớp háng sau mổ thường do hai nguyên nhân chính là đặt khớp sai vị trí đặc biệt là ổ cối và do vận động chân thay khớp sai tư thế. Đối với các loại chỏm to từ 36mm trở lên ít xảy ra biến chứng này. Thông thường, ổ cối nhân tạo không xi măng được đặt theo góc nghiêng 45° so với phương nằm ngang và chếch ra trước 15-20°, tuy nhiên nếu cứ đặt ổ cối theo các góc nghiêng này rất dễ đặt sai vị trí do khung chậu bệnh nhân và bàn mổ có thể bị nghiêng sai tư thế. Do vậy ngoài việc chỉnh lại bàn mổ theo đúng phương nằm ngang, cố định bệnh nhân thật tốt theo đúng tư thế nằm nghiêng 90°, khi đặt ổ cối chúng tôi thường chú ý sao cho bờ trên của ổ cối khoảng 10° nhỏ hơn độ nghiêng tự nhiên của ổ cối bệnh nhân, bờ dưới không lấp hết dây chằng ngang và hơi nghiêng ra trước 20°. Chúng tôi không gặp các biến chứng cốt hóa lạc chỗ, tiêu xương, gãy xương quanh khớp nhân tạo, lỏng khớp nhân tạo...

Các thay đổi trên phim x quang: Nghiên cứu trên các phim chụp X quang kiểm tra sau phẫu thuật, chúng tôi thấy cũng có một số thay đổi. Không có chuôi khớp, hay vỏ ổ cối nhân tạo nào khác bị di lệch so với vị trí ban đầu chúng tỏ khớp nhân tạo đảm bảo tốt cố định cơ sinh học. Các mối hàn xương xuất hiện tại một vài vùng quanh 2/3 trên của chuôi khớp quan sát được trên phim X-quang sau 12 tháng của cả 80 chuôi khớp (100%). Như vậy sự xuất hiện của các mối hàn xương này chứng tỏ xương liền kề đã phát triển nhanh chóng lên bề mặt khớp nhân tạo có lớp phủ HA, đây là bằng chứng cho thấy ưu điểm của lớp phủ HA là kích thích xương mọc nhanh lên bề mặt khớp nhân tạo.

Trong tất cả các trường hợp được chúng tôi kiểm tra sau phẫu thuật, chưa phát hiện sự thay

đối trên phim chụp giữa các thời điểm khác nhau, không thấy đường viền sáng thấu xạ chạy theo bề mặt tiếp xúc giữa hõm khớp, chuôi khớp và phần xương chậu cũng như ở phần ống xương đùi. Olav R và cộng sự nghiên cứu 191 ổ cối titanium có bề mặt nhám phủ HA được thay cho 155 bệnh nhân tuổi từ 15 đến 78 với thời gian theo dõi 7-10 năm. Ổ cối kiểu bán cầu tạo áp lực khít có bề mặt nhám phủ lớp HA dày $155 \pm 35 \mu\text{m}$. Trong khoảng thời gian này 39 ổ cối phải thay lại do mất vững cơ học, 9 ổ cối xuất hiện đường thấu xạ và 2 ổ cối có tiêu xương quanh ổ cối nhưng cả 11 bệnh nhân đều không có triệu chứng trên lâm sàng. Tác giả nhận thấy rằng loại ổ cối này có tỷ lệ thất bại cao là do mất lớp phủ HA và bong lớp phủ này khỏi bề mặt ổ cối, trong khi xương bám tốt với lớp HA nhưng lại không phát triển được vào bề mặt nhám của loại ổ cối này [6].

Dorr LA và cộng sự đánh giá kết quả trung bình sau 6,5 năm của 15 bệnh nhân được thay khớp háng toàn phần không xi măng 2 bên, một bên là loại khớp có lớp phủ dạng hạt, bên đối diện cũng là loại khớp có thiết kế dạng phủ hạt này nhưng có thêm lớp phủ HA, kết quả cho thấy không có sự khác biệt trên lâm sàng và thang điểm Harris. Trên phim chụp X-quang thấy có sự cải thiện tăng sinh xương quanh chuôi khớp có phủ hydroxyapatite. Tác giả cho rằng, cùng 1 loại chất lượng xương, miễn dịch, cân nặng, hoạt động, tuổi của bệnh nhân, sử dụng khớp có phủ hydroxyapatite cải thiện khả năng cố định khớp và độ bền vững [6]. Trong một nghiên cứu khác của tác giả Kim YH, với 50 bệnh nhân được thay khớp háng toàn phần 2 bên cùng một lần phẫu thuật, một bên là chuôi khớp phủ dạng hạt cố định đầu gần bên kia có phủ thêm hydroxyapatite, ổ cối không xi măng titan dạng phủ hạt, với thời gian theo dõi trung bình 6,6 năm không thấy có sự khác biệt nào trên lâm sàng,

X-quang giữa hai loại có và không có HA [1].

V. KẾT LUẬN

thay khớp háng nhân tạo toàn phần không xi măng có lớp phủ Hydroxyapatite bước đầu cho kết quả tốt. Cần theo dõi lâu dài và có các nghiên cứu sâu hơn nữa để đánh giá ảnh hưởng của lớp phủ HA đến kết quả thay khớp háng toàn phần không xi măng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kim YH, Kim JS, Oh SH, Kim JM (2003), "Comparison of porous-coated titanium femoral stems with and without hydroxyapatite coating", *J Bone Joint Surg Am*. Sep;85-A(9):1682-8.
2. Kim YH, Kim VE (1993), "Uncemented porous-coated anatomic total hip replacement. Results at six years in a consecutive series", *J Bone Joint Surg Br*. Jan;75(1):6-13.
3. Engh CA, Bobyn JD, Glassman AH (1987), "Porous-coated hip replacement. The factors governing bone ingrowth, stress shielding, and clinical results", *J Bone Joint Surg Br*. Jan;69(1):45-55.
4. Bourne RB, Rorabeck CH, Ghazal ME, Lee MH (1994), "Pain in the thigh following total hip replacement with a porous-coated anatomic prosthesis for osteoarthritis. A five-year follow-up study", *J Bone Joint Surg Am*. Oct;76(10):1464-70.
5. van der Wal BC, de Kramer BJ, Grimm B, Vencken W, Heyligers IC, Tonino AJ (2008), "Femoral fit in ABG-II hip stems, influence on clinical outcome and bone remodeling: a radiographic study", *Arch Orthop Trauma Surg*. Oct;128(10):1065-72. Epub 2007 Dec 6.
6. Olav Reikerås, Ragnhild B Gunderson, Failure of HA coating on a gritblasted acetabular cup, *Acta Orthop Scand* 2002; 73 (1): 104-108.
7. Dorr LD, Wan Z, Song M, Ranawat A (1998), "Bilateral total hip arthroplasty comparing hydroxyapatite coating to porous-coated fixation", *J Arthroplasty*, Oct;13(7):729-36.

NGHIÊN CỨU NGUYÊN NHÂN, ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG BỆNH VIÊM TUY CẤP Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Việt Hà*

TÓM TẮT³⁴

*Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Việt Hà

Email: bsviethabmn@gmail.com

Ngày nhận bài:

Mục tiêu: mô tả nguyên nhân và các biểu hiện lâm sàng của viêm tụy cấp ở trẻ em. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả trên 62 trẻ được

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

chẩn đoán viêm tụy cấp theo tiêu chuẩn Atlanta 2012 điều trị tại khoa Tiêu hóa Bệnh viện Nhi Trung ương.

Kết quả: Tỷ lệ trẻ trai/gái là 1,5/1. Tuổi trung bình mắc bệnh là $6,5 \pm 3,5$. 32,2% có tiền sử mắc bệnh các bệnh tiêu hóa. 58,1% viêm tụy cấp không xác định được nguyên nhân. Tỷ lệ trẻ có đau bụng và nôn lần lượt là 98,4% và 83,6%. Tỷ lệ trẻ có tăng lipase và P-amylase lần lượt là 94,7% và 84,8%. Tăng số lượng bạch cầu và bạch cầu trung tính với tỷ lệ lần lượt là 83% và 78,9%. 66% trẻ có tăng CRP, 42,1% hạ calci máu. 33,3% giảm albumin máu. 51,6% có hình ảnh bất thường trên siêu âm tụy. 83,3% bệnh nhân có bất thường tụy trên CT bụng. **Kết luận:** Chẩn đoán nguyên nhân viêm tụy cấp ở trẻ em khó khăn do các biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu. Xét nghiệm amylase, lipase, P-amylase và siêu âm là những thăm dò có giá trị trong chẩn đoán sớm viêm tụy cấp ở trẻ em.

Từ khóa: đau bụng, viêm tụy cấp, amylase, siêu âm, trẻ em.

SUMMARY

EVALUATION OF CAUSES, CLINICAL AND LABORATORY CHARACTERISTICS OF ACUTE PANCREATITIS IN CHILDREN AT THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Objective: To describe the causes and clinical manifestations of acute pancreatitis in children. **Materials and Methods:** A total of 62 patients with acute pancreatitis according to Atlanta criteria 2012 were documented at the Gastroenterology Department, National Children's Hospital. **Results:** The boy/girl ratio was 1.5/1. Mean age was 6.5 ± 3.5 years. 32.2% had a history of gastrointestinal diseases. Common clinical features were abdominal pain (98.4%), nausea and vomiting (83.6%). Common aetiologies were idiopathic (58.1%) while choledochal cyst, pancreatic divisum was 14.5% and 9.7%, respectively. 94.7% of children had elevated level of lipase while amylase levels increased only in 84.8%. The average concentration of p-amylase was 518.9 ± 423.9 U/L. The prevalence of elevated white blood cells and neutrophils was 83% and 78.9%, respectively. Elevated CRP was seen in 66% of patients, hypocalcaemia rate was 42.1%. The percentage of children had low serum albumin was 33.3%. 51.6% had abnormal image of pancreas in ultrasound. 83.3% of patients had pancreatic abnormalities on CT. **Conclusions:** The data on etiologies and clinical and laboratory may be helpful in managing children who present with acute pancreatitis.

Keywords: abdominal pain, acute pancreatitis, amylase, ultrasound, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

3.1. Nguyên nhân viêm tụy cấp

Bảng 3.1. Nguyên nhân VTC ở trẻ em

Nguyên nhân	n	%
-------------	---	---

Viêm tụy cấp (VTC) là tình trạng viêm cấp tính của tuyến tụy gây tổn thương tế bào nang tuyến do sự tiêu hủy của các men tụy [1]. Bệnh sinh của VTC rất phức tạp, tổn thương không chỉ ở tuyến tụy mà còn ở những cơ quan và các tổ chức khác dẫn đến bệnh diễn biến nặng và nhiều biến chứng [1,2]. Thang điểm Ranson, Glasgow và Glasgow cải tiến, APACHE II sử dụng ở người lớn không dùng được ở trẻ em vì có yếu tố tuổi. Thang điểm DeBanto cho phép đánh giá mức độ viêm tụy cấp ở trẻ em [1,3] nhưng vẫn còn tồn tại một số hạn chế nhất định khi so sánh với thang điểm Ranson, Glasgow. Vì vậy việc tập hợp các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng một cách hệ thống, phát hiện các dấu hiệu quan trọng giúp tiên lượng sớm và nhanh diễn biến của bệnh nhằm hạn chế các biến chứng và tử vong trên trẻ em là rất quan trọng [2]. Xuất phát từ vấn đề này, chúng tôi tiến hành đề tài nhằm mục tiêu: Xác định nguyên nhân và mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh viêm tụy cấp ở trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị viêm tụy cấp tại khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 1/2011 đến tháng 3/2015 được lựa chọn theo tiêu chuẩn của Atlanta 2012 [1]. Bệnh nhân có ít nhất 2 trong 3 biểu hiện sau: (1) Đau bụng cấp, (2) Amylase máu ≥ 660 U/L hoặc P- amylase máu ≥ 150 U/L hoặc lipase máu ≥ 93 U/L, (3) Có hình ảnh VTC trên siêu âm, CT ổ bụng hoặc MRI mật tụy. Thiết kế nghiên cứu: mô tả loạt ca bệnh viêm tụy cấp vào điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê y học STATA 12.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 62 bệnh nhi được chẩn đoán viêm tụy cấp theo tiêu chuẩn Atlanta 2012. Tỷ lệ trẻ trai mắc viêm tụy cấp nhiều hơn trẻ gái, nam/nữ = 1,5/1. Tuổi trung bình của bệnh nhi mắc VTC là $6,5 \pm 3,5$ (1,5 - 15 tuổi). 32,2% trẻ VTC có tiền sử mắc bệnh các bệnh tiêu hóa trước khi bị VTC trong đó chủ yếu là các bệnh lý tiêu hóa (viêm dạ dày tá tràng, đau bụng mạn tính, bệnh lý gan mật). 64,5% viêm tụy cấp xuất hiện ở trẻ khỏe mạnh.

Nhiễm giun	2	3,2
U nang ống mật chủ	9	14,5
Bệnh lý tụy (u đầu tụy và tụy phân chia)	6	9,7
Quai bị	3	4,8
Nhiễm khuẩn huyết	1	1,6
Chấn thương	3	4,8
Hội chứng thận hư	1	1,6
U lympho không Hodgkin	1	1,6
Không tìm thấy nguyên nhân	36	58,1

Nhận xét: Viêm tụy cấp không rõ nguyên nhân chiếm tỷ lệ cao nhất (58,1%). Tỷ lệ trẻ VTC do u nang ống mật chủ và bất thường cấu trúc tụy lần lượt là 14,5% và 9,7%. Các nguyên nhân khác gặp với tỷ lệ thấp hơn.

3.2. Đặc điểm lâm sàng bệnh viêm tụy cấp

VTC thể nhẹ chiếm tỷ lệ cao tới 77,4%. VTC thể nặng chỉ chiếm 22,6%, chủ yếu là do có xuất hiện biến chứng ở tụy (u nang giả tụy, hoại tử tụy) và có phẫu thuật tại tụy. Thời gian nhập viện trung bình của bệnh nhi VTC là $3,2 \pm 3$ ngày. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian nhập viện giữa thể nhẹ và thể nặng với $p > 0,05$.

Bảng 3.2: Liên quan giữa biểu hiện lâm sàng với tuổi mắc bệnh trong VTC ở trẻ em.

Triệu chứng lâm sàng		< 6 tuổi (n = 30)		≥ 6 tuổi (n = 32)		p
		n	%	n	%	
Đau bụng cấp		29	96,7	33	100	0,298
Vị trí	Thượng vị	9	34,6	17	54,8	0,317
	Quanh rốn	14	53,9	11	35,5	
	Hạ sườn P	2	7,7	1	3,2	
	Hạ sườn T	1	3,85	2	6,5	
Nôn		27	93,1	25	75,8	0,056
Sốt		12	40	12	36,3	0,174
Phản ứng thành bụng		7	29,2	11	36,7	0,502
Bụng trướng		10	41,7	12	49	0,7

Nhận xét: Đau bụng và nôn là 2 triệu chứng thường gặp nhất chiếm tỷ lệ lần lượt là 98,4% và 83,6% trong đó chủ yếu là đau bụng thượng vị và quanh rốn. 38,7% trẻ có sốt trong đó chủ yếu là sốt nhẹ. Tỷ lệ trẻ có bụng chướng và phản ứng thành bụng lần lượt là 39,6% và 34,0%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi và các biểu hiện lâm sàng của VTC ở trẻ em.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng viêm tụy cấp

Bảng 3.3: Sự biến đổi của một số chỉ số huyết học và sinh hoá trong VTC

Sự biến đổi của một số chỉ số huyết học và sinh hoá	n	%
Tổng số bạch cầu > 10 G/l	45/57	78,9
Bạch cầu đa nhân trung tính > 7 G/l	44/53	83
Hematocrite < 37%	40/55	72,7
Hemoglobin < 110 g/l	8/44	18,2
Lipase > 93 U/L	36/38	94,7
P-amylase > 150 U/L	28/33	84,8
CRP > 6,00 mg/dl	31/47	66
Ca toàn phần < 2,2 mmol/l	16/38	42,1
Albumin < 30 g/l	10/30	33,3

Nhận xét: Tăng số lượng bạch cầu và bạch cầu đa nhân trung tính với tỷ lệ lần lượt là 83% và 78,9%. 66% có tăng CRP. 94,7% có nồng độ lipase máu tăng gấp 3 lần bình thường. P-amylase trung bình là $518,9 \pm 423,9$ U/L. Tỷ lệ trẻ có hạ canxi và albumin máu lần lượt là 42,1% và 33,3%.

Bảng 3.4: Hình ảnh tổn thương tụy trên siêu âm và CT ổ bụng

Hình ảnh	Siêu âm ổ bụng		CT ổ bụng	
	n (62)	%	n (18)	%
Tụy to	20	32,2	13	72,2
Nhu mô biến đổi	19	30,7	9	50

Bờ tụy không đều	8	12,9	3	16,7
Ổng tụy giãn	6	9,7	6	33,3
Viêm mô mỡ xung quanh tụy	8	12,9	4	22,2
Dịch quanh tụy	11	17,7	10	55,6
Dịch ổ bụng	18	29	6	33,3
Giãn đường mật	9	14,5	4	22,2
Hình ảnh hoại tử	0	0	3	16,7
U nang giả tụy	0	0	3	16,7

Nhận xét: 51,6% bệnh nhân có hình ảnh bất thường ở tụy trên siêu âm trong đó tụy to và nhu mô biến đổi là 2 hình ảnh phổ biến nhất. 83,3% trẻ có bất thường trên CT ổ bụng khi hình ảnh siêu âm bình thường. CT ổ bụng có giá trị phát hiện VTC có biến chứng u nang giả tụy, hoại tử tụy.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của trẻ trong nghiên cứu

Tuổi trung bình của bệnh nhi VTC trong nghiên cứu của chúng tôi là $6,5 \pm 3,5$ (1,5 – 15 tuổi). Lứa tuổi mắc VTC ở trẻ em khá dao động trong các nghiên cứu. Tuổi trung bình mắc VTC là $7,38 \pm 0,03$ [2], nghiên cứu của Nydegger nhận thấy tuổi trung bình mắc bệnh lại là $8,3 \pm 4,1$ [4]. Tại Việt Nam, độ tuổi mắc VTC trong nghiên cứu của Trần Thị Thanh Tâm là $8,74 \pm 4,03$ [5], còn theo Phạm Thị Minh Khoa là $10,1 \pm 4,0$ [6].

Tỷ lệ trẻ trai mắc VTC trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn trẻ gái (1,5/1). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như ghi nhận của một số tác giả trên thế giới [2 -4]. Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác trong nước và trên thế giới lại thấy tỷ lệ mắc VTC ở trẻ nữ nhiều hơn nam [5-7].

Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi đến viện trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $3,2 \pm 3$ ngày và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa thể nhẹ và thể nặng với $p > 0,05$. Kết quả này của nghiên cứu chúng tôi khác so với nghiên cứu của Phạm Thị Minh Khoa ($4,7 \pm 6,8$ ngày), thời gian đến viện của thể nặng muộn hơn so thời gian đến viện của thể nhẹ và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ [6].

4.2. Nguyên nhân gây viêm tụy cấp

41,9% trẻ VTC xác định được nguyên nhân trong đó chủ yếu là bệnh lý đường mật tụy và nhiễm trùng (bảng 3.1). Nghiên cứu của Sanchez-Ramirez xác định được nguyên nhân của VTC ở 25% bệnh nhi [7]. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như các nghiên cứu trên thế giới cho thấy VTC do bệnh lý đường mật chiếm tỷ lệ 5–30% [2 - 4]. VTC do nhiễm trùng được ghi nhận ở 6,4% trẻ trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như kết quả nghiên cứu của một số

tác giả khác trên thế giới [2,3,7]. VTC do nguyên nhân vô căn chiếm ở vị trí hàng đầu trong nghiên cứu của chúng tôi (58,1%). VTC vô căn cũng được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu với tỷ lệ dao động từ 11 đến 45% [2, 3, 6, 7].

4.3. Triệu chứng lâm sàng

Phân loại mức độ nặng của bệnh VTC theo những tiêu chí phân loại của Atlanta 1992 chúng tôi nhận thấy VTC mức độ nhẹ chiếm 77,4% còn mức độ nặng chiếm 22,6%, tương tự như kết quả của các nghiên cứu trong nước và trên thế giới. Nghiên cứu của Nydegger nhận thấy 82% trẻ mắc VTC thể nhẹ và chỉ có 18% mắc VTC thể nặng [4]. Morinville công bố tỷ lệ trẻ mắc VTC mức độ nhẹ và mức độ nặng lần lượt là 93,1% và 6,9%. Tại Việt Nam, Trần Thị Thanh Tâm ghi nhận thấy tỷ lệ trẻ bị VTC thể nhẹ và nặng lần lượt là 87,5% và 12,5% [5]. 98,4% trẻ có triệu chứng đau bụng cấp tính, chỉ có một trẻ 1,5 tuổi không được ghi nhận có triệu chứng đau bụng (Bảng 3.2), tương tự như kết quả của các nghiên cứu trong và ngoài nước [2, 5, 6, 7].

Vị trí đau bụng thường gặp nhất là vùng thượng vị (46%), sau đó là vị trí quanh rốn (44%). Vị trí đau bụng của bệnh nhi VTC cũng được ghi nhận ở nhiều nghiên cứu khác nhau. Benifla ghi nhận thấy đau bụng thượng vị gặp với tỷ lệ 62% [2]. 85% trẻ trong nghiên cứu của Park có đau bụng thượng vị. Theo Trần Thị Thanh Tâm vị trí đau bụng hay gặp nhất là vùng thượng vị chiếm 62,5% [5].

Kết quả từ bảng 3.2 cho thấy triệu chứng nôn xuất hiện ở khoảng 83,6% bệnh nhi, tương tự như các ghi nhận các tác giả trên thế giới [2,4,7]. 73% bệnh nhi trong nghiên cứu của Park có triệu chứng nôn, trong đó nhóm tuổi từ 11–20 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (77,3%), trẻ lớn nôn nhiều hơn trẻ nhỏ, $p < 0,05$. Nghiên cứu của Morinville ghi nhận thấy tỷ lệ bệnh nhi VTC xuất hiện triệu chứng nôn thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi (53%), tuy nhiên tác

giả cũng nhận thấy tỷ lệ nôn cao ở nhóm tuổi từ 10-18 tuổi.

38,7% bệnh nhân có sốt trong đó phần lớn trẻ sốt nhẹ, nhiệt độ dưới 38°C. Tỷ lệ sốt trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của các tác trong nước và trên thế giới [5, 6]. Theo các tác giả này, sốt là một triệu chứng quan trọng báo hiệu sự khởi đầu của một bệnh nhiễm trùng hay tình trạng hoại tử tụy cấp vì vậy việc theo dõi sốt là điều quan trọng trong thời gian bệnh nhi nằm viện [4].

Các triệu chứng bụng khác như phản ứng thành bụng gặp ở 34% bệnh nhi trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Minh Khoa (34,8%) [6] và cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Nydegger (29%) [4] và Trần Thị Thanh Tâm (25%) [5]. Tỷ lệ trẻ có biểu hiện trướng bụng chiếm 39,6% trong nghiên cứu của chúng tôi, tương tự như nghiên cứu của Park (37%), thấp hơn kết quả của Benifla (46%) [2] và cao hơn tỷ lệ trướng bụng của Trần Thị Thanh Tâm (25%) [5].

Chúng tôi tiến hành so sánh trên 2 nhóm trẻ < 6 tuổi và ≥ 6 tuổi dựa trên sự nhận thức của trẻ với những triệu chứng của bệnh. Biểu hiện đau bụng và khu trú vùng thượng vị gặp nhiều ở trẻ ≥ 6 tuổi với tỷ lệ lần lượt là 100% và 54,8%. Các triệu chứng đau bụng quanh rốn, nôn lại gặp ở trẻ < 6 tuổi với tỷ lệ lần lượt là 53,9% và 93,1%. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê, tương tự như kết quả của trên thế giới [2].

4.4. Đặc điểm cận lâm sàng

Kết quả từ bảng 3.3 cho thấy, khi nồng độ amylase máu tăng ≥ 660 U/L 79,2% bệnh nhi được xác định là có tăng amylase. Nồng độ trung bình trong VTC của p-amylase là 518,9 ± 423,9U/L, tương tự như kết quả của các tác giả trong nước và trên thế giới [2, 3, 6, 7]. Chúng tôi không ghi nhận sự khác biệt về mức độ tăng p-amylase giữa VTC thể nặng và thể nhẹ, như ghi nhận của các tác giả trên thế giới [2, 3, 7]. Một vài nghiên cứu gần đây báo cáo lipase là marker chẩn đoán viêm tụy tốt hơn amylase đặc biệt ở trẻ < 3 tuổi [2]. Có sự khác biệt về tỷ lệ nồng độ lipase so với amylase như báo cáo ở một số nghiên cứu khác [2]. Tăng CRP và hạ calci máu gặp ở 66% và 42,1% bệnh nhi trong nghiên cứu của chúng tôi. Pezzilli nhận thấy CRP của thể nặng tăng cao hơn thể nhẹ tại ngày thứ 3 điều trị, với $p = 0,008$ [2]. Phạm Thị Minh Khoa cũng ghi nhận thấy thể nặng có nồng độ CRP máu tăng cao gấp 4 lần thể nhẹ, $p < 0,006$

[6]. Theo các tác giả này, CRP tăng cao trong máu là triệu chứng dự báo mức độ nặng của bệnh chính vì vậy CRP được sử dụng trong chẩn đoán mức độ nặng của bệnh [1].

Kết quả từ bảng 3.5 cho thấy siêu âm và chụp CT ổ bụng là những phương pháp rất có ích trong chẩn đoán VTC. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy siêu âm có hình ảnh bất thường chiếm 51,6%. Tuy to, nhu mô biến đổi và có dịch ổ bụng là 3 hình ảnh thường thấy nhất trong siêu âm và chụp CT ổ bụng đánh giá hình ảnh tuyến tụy. CT ổ bụng xác định các tổn thương tụy ở bệnh nhi VTC với hình ảnh tăng kích thước tụy chiếm 72,2%, nhu mô tụy biến đổi 50%, bờ tụy không đều 16,7%, giãn ống tụy 33,3%, dịch ổ bụng 33,3% và dịch quanh tụy 58,8%. Kết quả này của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu khác [2, 6]. Tỷ lệ trẻ có hình ảnh ống tụy giãn chiếm 9,7% thấp hơn so với nghiên cứu của Morinville (46%) và Phạm Thị Minh Khoa (23,8%) [6,]. 29% bệnh nhi có dịch ổ bụng, thấp hơn so với kết quả của Phạm Thị Minh Khoa (53,6%) [6] và Siegel (50%) [2].

V. KẾT LUẬN

Chẩn đoán nguyên nhân viêm tụy cấp ở trẻ em khó khăn do các biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu. Xét nghiệm amylase, lipase, P-amylase và siêu âm là những thăm dò có giá trị trong chẩn đoán sớm viêm tụy cấp ở trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Suzuki M., Saito N., Naritaka N., et al. (2015). Scoring system for the prediction of severe acute pancreatitis in children. *Pediatr Int*. 57(1): p. 113-8.
2. Benifla M., Weizman Z. (2003). Acute pancreatitis in childhood: analysis of literature data. *J Clin Gastroenterol*. 37(2): p. 169-72.
3. Kandula L., Lowe M. E. (2008). Etiology and outcome of acute pancreatitis in infants and toddlers. *J Pediatr*. 152(1): p. 106-10, 110 e1.
4. Sanchez-Ramirez C. A., Larrosa-Haro A., Flores-Martinez S., et al. (2007). Acute and recurrent pancreatitis in children: etiological factors. *Acta Paediatr*. 96(4): p. 534-7.
5. Trần Thị Thanh Tâm, Tăng Lê Châu Ngọc, (2007), Đặc điểm viêm tụy cấp ở trẻ em ở bệnh viện nhi đồng 1 và bệnh viện nhi đồng 2. *Y học TP. Hồ Chí Minh*. 11: p. 143-147.
6. Phạm Thị Minh Khoa, Nguyễn Gia Khánh (2008), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị viêm tụy cấp ở trẻ, *Luận án tiến sĩ y học*, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
7. Park A. J., Latif S. U., Ahmad M. U., et al. (2010). A comparison of presentation and

management trends in acute pancreatitis between infants/toddlers and older children. *J Pediatr*

Gastroenterol Nutr. 51(2): p. 167-70.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG TẮC ĐỘNG MẠCH PHỔI Ở BỆNH NHÂN ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Nguyễn Quang Đợi¹, Hoàng Bùi Hải²,
Hoàng Hồng Thái³, Chu Thị Hạnh⁴

TÓM TẮT³⁵

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng TĐMP ở bệnh nhân đợt cấp COPD. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 21 bệnh nhân TĐMP ở bệnh nhân đợt cấp COPD tại Trung tâm Hô Hấp – Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Tuổi trung bình: 68,8 ± 9,86. Đợt cấp COPD nặng: 90,5% và 90,5% có ≥ 2 đợt cấp. Khó thở: 100%, tím môi và đầu chi: 90,5%, đau ngực: 81%, phù: 61,9%, đờm mủ: 57,1%, sốt: 38,1%. Điện tim: nhịp nhanh xoang (90,5%), dấu hiệu S1Q3T3 (14,2%); (2) Khí máu: pH > 7,45 (52,4%), PaCO₂ < 35 mmHg (15%), PaO₂ < 80 mmHg (30%); (3) Cắt lớp vi tính đa dãy động mạch phổi: giãn phế nang (85,7%), giãn phế quản (81%), viêm phổi (76,2%), tràn dịch màng phổi (52,4%), xẹp phổi (47,6%). **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng TĐMP chồng lấp với đợt cấp COPD, có thể gặp các bất thường trên điện tim, khí máu, các tổn thương phổi trên cắt lớp vi tính động mạch phổi. **Từ khóa:** TĐMP, đợt cấp COPD.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF PULMONARY EMBOLISM IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE EXACERBATIONS

Objective: To describe the clinical, paraclinical characteristics of pulmonary embolism in patients with COPD exacerbation. **Methods:** Cross-sectional descriptive study of 21 pulmonary embolism patients with COPD exacerbation at the Respiratory Center of Bach Mai Hospital. **Results:** The mean age: 68.8 ± 9.86. Often severe COPD exacerbations: 90.5% and 90.5% had ≥ 2 episodes of exacerbation. Dyspnea (100%), purple lips and extremities (90.5%), chest pain (81%), edema (61.9%), purulent sputum

(57.1%), fever (38.1%). (1) ECG: sinus tachycardia (90.5%), S1Q3T3 signs (14.2%), (2) blood gas: pH > 7.45 (52.4%), PaCO₂ < 35 mmHg (15%), PaO₂ < 80 mm Hg (30%); (3) CT-PA: Emphysema (85.7%), bronchiectasis (81%), pneumonia (76.2%), pleural effusion (52.4%), atelectasis (47.6%). **Conclusions:** Clinical symptoms of pulmonary embolism overlap with those in the COPD exacerbation, may present many abnormalities on ECG, on blood gas, and on CT-PA. **Keywords:** Pulmonary embolism, COPD exacerbation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (TTHKTM) bao gồm huyết khối tĩnh mạch sâu (HKTMS) và tắc động mạch phổi (TĐMP). Là nguyên nhân phổ biến đứng hàng thứ ba trong số các bệnh lý tim mạch với tỷ lệ mới mắc hàng năm 100 – 200/100.000 dân. Ghi nhận tại 6 quốc gia thuộc liên hiệp châu Âu (2004), hơn 317.000 (trên dân số 454,4 triệu người) trường hợp tử vong liên quan đến TTHKTM. Trong số này có 34% tử vong đột ngột, 59% tử vong là hậu quả của TĐMP không được chẩn đoán trong suốt cuộc đời, chỉ 7% TĐMP được chẩn đoán đúng trước tử vong. Triệu chứng của TĐMP thay đổi rộng, có thể biểu hiện khó thở đột ngột, đau ngực kiểu màng phổi và ho. Tuy nhiên, nhiều trường hợp TĐMP lớn các triệu chứng lại nhẹ, thậm chí không triệu chứng [1]. Một số yếu tố nguy cơ gây TĐMP đã được ghi nhận, trong đó COPD là yếu tố nguy cơ, chủ yếu ở các trường hợp đợt cấp COPD nhập viện [2]. Hơn 30% đợt cấp COPD không xác định được nguyên nhân rõ ràng. Hai phân tích gộp ghi nhận tỷ lệ hiện mắc TĐMP trong đợt cấp COPD từ 16 - 20% [3]. Phát hiện TĐMP trong đợt cấp COPD có ý nghĩa lâm sàng quan trọng vì tỷ lệ tử vong đặc biệt cao, tuy nhiên chẩn đoán TĐMP ở bệnh nhân đợt cấp COPD là một thử thách vì sự chồng lấp các triệu chứng. Nghiên cứu mô tử thi ghi nhận tỉ lệ mới mắc TĐMP ở bệnh nhân COPD từ 28 - 51% nhưng không được chẩn đoán trước tử vong [4]. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm

¹Bệnh viện Đa khoa Hải Dương

²Bộ môn Hồi sức cấp cứu – Đại học Y Hà Nội

³Bộ môn Nội – Đại học Y Hà Nội

⁴Trung tâm Hô Hấp – Bệnh viện Bạch Mai.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Đợi

Email: nguyenguangdoi2012@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng TĐMP ở bệnh nhân đợt cấp COPD.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Gồm 21 bệnh nhân được chẩn đoán xác định TĐMP ở bệnh nhân đợt cấp COPD, điều trị nội trú tại Trung tâm Hô Hấp – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 5 năm 2015 đến tháng 5 năm 2016. Thoả mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ sau:

Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định đợt cấp COPD theo hướng dẫn của GOLD; có kết quả xét nghiệm D-dimer > 1mg/l FEU; được chụp CLVT 64 dãy động mạch phổi có tiêm thuốc cản quang (CT-PA) theo quy trình của khoa Chẩn đoán hình ảnh – Bệnh viện Bạch Mai. Kết quả chụp CT-PA có hình ảnh huyết khối trong động mạch phổi.

Tiêu chuẩn loại trừ: Đang dùng các loại thuốc chống đông, đang có lưới lọc tĩnh mạch chủ dưới, những bệnh nhân có chấn thương mới hoặc các can thiệp phẫu thuật vùng chậu, khớp háng, khớp gối, có các bệnh lý ung thư đã biết.

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

Các bước tiến hành nghiên cứu: (1) Bệnh nhân vào viện được khai thác tiền sử,

khám lâm sàng, chỉ định các xét nghiệm cần thiết để chẩn đoán xác định đợt cấp COPD, xác định các nhóm theo hướng dẫn của GOLD và phân loại mức độ nặng đợt cấp theo Anthonisen NR và cs. (2) Chụp x quang phổi, khí máu động mạch, ghi điện tim, siêu âm Doppler tim, các xét nghiệm sinh hóa, huyết học, procancitonin, NT-proBNP, TNT-hs, đông máu cơ bản. (3) Lấy máu làm xét nghiệm D-dimer ngay lúc nhập viện, bảo quản, vận chuyển và phân tích theo quy trình của khoa Huyết Học – Bệnh viện Bạch Mai. (4) Chụp CT-PA 64 dãy có tiêm thuốc cản quang tĩnh mạch, đánh giá chỉ số nặng theo thang điểm Qanadli nếu có tắc động mạch phổi. (5) Đối với các trường hợp suy thận hoặc nằm bất động tại giường trên 3 ngày, bệnh nhân đang thông khí nhân tạo không xâm nhập, những bệnh nhân có kết quả chụp CT-PA (+) chúng tôi tiến hành thêm siêu âm Doppler tĩnh mạch chi dưới có ép. (6) Phân tích đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng TĐMP.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0 và các thuật toán thống kê y học.

Đạo đức nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân đều ký cam kết đồng ý tham gia nghiên cứu, số liệu nghiên cứu được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu và điều trị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung	n = 21	
Tuổi (X ± SD)	68,8 ± 9,86	50 – 86
Giới (Nam/Nữ) (%)	16/5	76,2/23,8
Hút thuốc (có/không) (%)	17/4	81/19
Số bao-năm (X ± SD)	36,94 ± 10,92	22 – 55
Số đợt cấp năm trước (X ± SD)	2,43 ± 0,75	1 – 4
Số đợt cấp năm trước (%)	≤ 1	9,5
	≥ 2	90,5
Phân loại Anthonisen (%)	Týp 2	9,5
	Týp 3	90,5
mMRC (%)	< 1	19
	≥ 2	81
Phân nhóm GOLD (%)	Nhóm A	0
	Nhóm B	4,8
	Nhóm C	4,8
	Nhóm D	90,4
Các bệnh đồng mắc (%)	Đái tháo đường	42,9
	Tăng huyết áp	76,2
	Suy tim	52,4
	Suy vành	33,3
	Ac tính	4,8

Nhận xét: Tuổi trung bình $68,8 \pm 9,86$ (50-86); nam gặp nhiều hơn nữ; đa số có hút thuốc; gặp phổ biến đợt cấp COPD nặng, nhiều đợt cấp, nhiều triệu chứng. Đái tháo đường, tăng huyết áp, suy tim là các bệnh đồng mắc thường gặp.

2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng	n = 21	%
Ran ẩm, nổ	21	100
Khó thở	21	100
Rì rào phế nang giảm	20	95,2
Tím môi, đầu chi	19	90,5
Ran rít, ngáy	19	90,5
Đau ngực	17	81
Co kéo cơ hô hấp	15	71,4
Lồng ngực hình thùng	14	66,7
Gan to, tĩnh mạch cổ nổi	14	66,7
Phù	13	61,9
Khạc đờm đục	12	57,1
Sốt	8	38,1

Nhận xét: Đau ngực, khó thở, tiếng ran ở phổi, tím môi- đầu chi là các triệu chứng gặp phổ biến. Một số trường hợp biểu hiện tình trạng suy tim phải.

3. Kết quả xét nghiệm

Bảng 3. Kết quả xét nghiệm

Xét nghiệm	n = 21	
Miễn dịch		
D – dimer (mg/l FEU)	5,3 ± 4,79	0,82 - 17,95
Fibrinogen (g/l)	4,01 ± 1,48	1,6 – 7,5
TNT-hs (ng/ml)	0,05 ± 0,05	0,003 – 0,242
Pro-BNP (pmol/l)	374 ± 4,18	6,44 - 1614
Khí máu		
pH	7,43 ± 0,09	7,19 – 7,57
	< 7,35	19
	7,35 – 7,45	28,6
	> 7,45	52,4
PaCO ₂ (mmHg)	47,5 ± 18,5	25 – 87
	< 35	15
	35 - 45	45
	> 45	40
PaO ₂ (mmHg)	74,9 ± 23,5	27 - 138
	≥ 80	70
	< 80	30
HCO ₃ ⁻	30,9 ± 7,14	17 – 47,5
SaO ₂	94,3 ± 3,29	88,8 – 99,9
Điện tim		
Nhịp nhanh xoang	19	90,5
Sóng P phế	12	57,1
Suy vành	7	33,3
Block nhánh phải	7	33,3
ST chênh lên ở V1-V4	5	23,8
S1Q3T3	3	14,2
Ngoại tâm thu thất	2	9,5
Rung nhĩ	1	4,8

Nhận xét: (1) Khí máu: pH > 7,45 (52,4%), PaCO₂ < 35 mmHg (15%), PaO₂ < 80 mmHg (30%). (2) Điện tim: Nhịp nhanh xoang (90,5%), dấu hiệu S1Q3T3 gặp 14,2%.

4. Chẩn đoán hình ảnh

Bảng 4. Kết quả chẩn đoán hình ảnh

Chẩn đoán hình ảnh	X quang		MSCT	
	n = 21	%	n = 21	%
Giãn phế nang	11	52,4	18	85,7
Kén khí	3	14,3	13	61,9
Viêm phổi	13	61,9	16	76,2
U phổi	1	4,8	1	4,8
Tổn thương mô kẽ	2	9,5	17	81
Tràn khí màng phổi	2	9,5	2	9,5
Tràn dịch màng phổi	6	28,6	11	52,4
Giãn phế quản	9	42,9	17	81
Xơ hóa co kéo	11	52,4	15	71,4
Xẹp phổi	8	38,1	10	47,6
Tim hình giọt nước	12	57,1	-	-
Bóng tim to	12	57,1	-	-
Vòm hoành cao một bên	3	14,3	-	-

Nhận xét: Các tổn thương phổi thường gặp là giãn phế nang, giãn phế quản, viêm phổi, tổn thương mô kẽ, xơ hóa co kéo. Một số tổn thương bị bỏ sót trên x quang thường quy.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đợt cấp là một biến cố quan trọng trong diễn tiến của COPD vì ảnh hưởng tiêu cực đến chất lượng cuộc sống, ảnh hưởng đến triệu chứng và chức năng phổi mất nhiều tuần để hồi phục, đẩy nhanh tốc độ suy giảm chức năng phổi, chi phí tốn kém. Tử vong tại bệnh viện ở bệnh nhân đợt cấp COPD có tăng CO₂ máu gây toan hô hấp chiếm khoảng 10%, khoảng 40% sau 1 năm ở những bệnh nhân cần thông khí nhân tạo, tử vong do tất cả các nguyên nhân sau 3 năm khoảng 49%. Một số trường hợp có xu hướng xuất hiện nhiều đợt cấp và đợt cấp nặng, trong khi đó một số khác thì không. Những ghi nhận > 2 đợt cấp mỗi năm được xác định là đợt cấp thường xuyên, một kiểu hình xuất hiện ổn định theo thời gian [4]. Kết quả nghiên cứu ở Bảng 1 cho thấy bệnh nhân thường ở nhóm tuổi cao, đa số có hút thuốc, chủ yếu gặp đợt cấp nặng, bệnh nhân có nhiều đợt cấp, nhiều triệu chứng, một số bệnh đồng mắc gặp phổ biến như đái tháo đường, tăng huyết áp, suy tim. Các đặc điểm này thường thấy ở bệnh nhân đợt cấp COPD nhập viện, rất khó để phân biệt do bản thân COPD hay do các triệu chứng của các bệnh đồng mắc trong đó có TĐMP.

4.2 Đặc điểm lâm sàng

Kết quả Bảng 2 cho thấy các triệu chứng lâm sàng thường gặp gồm ho khạc đờm, đau ngực, khó thở, tím môi và đầu chi, tình trạng co thắt phế quản. Một số trường hợp biểu hiện các dấu hiệu của suy tim phải như phù, gan to, tĩnh mạch cổ nổi. Những đặc điểm này biểu hiện tình

trạng mất bù trong đợt cấp của COPD. Đợt cấp COPD gây tăng nguy cơ TTHKTM, hai phân tích meta cho thấy tỷ lệ TĐMP trong đợt cấp là 16 - 20% [3]. Do có sự chồng lấp các triệu chứng, việc phân biệt các triệu chứng của đợt cấp COPD với TĐMP đặc biệt khó khăn. Các hướng dẫn hiện nay đều khuyến cáo định hướng chẩn đoán TĐMP dựa trên đánh giá nguy cơ lâm sàng và xét nghiệm D-dimer. Một nguy cơ lâm sàng thấp (dựa trên thang điểm Wells hoặc Geneva) kết hợp D-dimer âm tính cho phép loại trừ TĐMP [1].

4.3 Kết quả xét nghiệm

Kết quả được chỉ ra ở Bảng 3. Ở những bệnh nhân nghi ngờ TĐMP, các xét nghiệm như khí máu động mạch, các peptide bài natri (BNP, pro-BNP, NT-proBNP), troponin, D-dimer, điện tim, chụp X quang ngực nên được thực hiện. Các xét nghiệm này tuy không nhạy và không đặc hiệu cho chẩn đoán TĐMP nhưng có thể giúp hỗ trợ chẩn đoán và tiên lượng. Xét nghiệm D-dimer có vai trò đặc biệt quan trọng, nếu kết quả D-dimer âm tính kết hợp với khả năng lâm sàng thấp hoặc trung bình có thể giúp loại trừ TĐMP một cách an toàn mà không cần tiến hành thêm bất kỳ một thăm dò hình ảnh nào [5]. Có nhiều biến đổi trên điện tim liên quan đến TĐMP. Nhưng 10 - 25% TĐMP có hình ảnh điện tim hoàn toàn bình thường. Phát hiện nổi tiếng nhất là dấu hiệu S1Q3T3, nhịp tim nhanh xoang là dấu hiệu gặp phổ biến nhất. Một số dấu hiệu trên điện tim gợi ý mức độ tiến triển của bệnh hoặc xuất hiện các biến chứng: điện thế QRS thấp, block nhánh phải (hoàn toàn hoặc không hoàn toàn), ST chênh lên ở chuyển đạo V1 và thường là biểu

hiện có sốc tim, các rối loạn nhịp nhĩ, mô hình giả nhồi máu (pseudoinfarction) (sóng Q sâu) ở các chuyển đạo DIII- aVF, đoạn ST thay đổi ở các chuyển đạo trước tim trái [6]. PaO₂ thấp ở một số bệnh nhân nghi ngờ TĐMP cấp đã được ghi nhận có giá trị hỗ trợ trong đánh giá chẩn đoán. Tuy nhiên, TĐMP cấp có thể có PaO₂ bình thường.

4.4 Kết quả chẩn đoán hình ảnh

Kết quả được chỉ ra ở Bảng 4. Một số tổn thương phổi ở bệnh nhân TĐMP có thể gặp như viêm phổi, giãn phế quản, giãn phế nang, kén khí, tràn dịch màng phổi, bóng tim to, cao vòm hoành một bên. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy x quang thường quy bỏ sót một số tổn thương phổi so với CT-PA. Các dấu hiệu X quang của TĐMP cấp bao gồm giảm tưới máu khu trú, sung huyết bên phổi bị tổn thương, giãn các động mạch rốn phổi, vòm hoành cao một bên, giãn thân động mạch phổi, tràn dịch màng phổi, xẹp phổi, và thâm nhiễm phổi. Đôi khi gặp các tổn thương dạng hang. X quang ngực thẳng không giúp chẩn đoán xác định TĐMP nhưng có thể hỗ trợ loại trừ một số bệnh có biểu hiện lâm sàng giống TĐMP, chẳng hạn tràn khí màng phổi, gãy xương sườn. Hiện nay, kỹ thuật chụp CT-PA giúp chẩn đoán xác định TĐMP và đánh giá mức độ nặng TĐMP, các tổn thương phổi đi kèm [7].

V. KẾT LUẬN

Tắc động mạch phổi thường gặp ở đợt cấp COPD nặng, ở bệnh nhân tiền sử có nhiều đợt cấp, nhiều triệu chứng. Các triệu chứng lâm sàng gặp phổ biến gồm đau ngực, khó thở, ho khạc đờm, tím môi và đầu chi. Kết quả khí máu động mạch có thể bình thường, một số trường hợp có

toan hô hấp. Nhịp nhanh xoang là dấu hiệu phổ biến trên điện tim, dấu hiệu S1Q3T3 gặp tỷ lệ thấp (14,2%). Các tổn thương phổi phổ biến trên CT-PA gồm giãn phế quản, viêm phổi, tràn dịch màng phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bělohávek J, Dytrych V, Linhart A. (2013). "Pulmonary embolism, part I: Epidemiology, risk factors and risk stratification, pathophysiology, clinical presentation, diagnosis and nonthrombotic pulmonary embolism.". *Exp Clin Cardiol*; 18(2): 129-138.
2. Børvik T, Brækkan S, Enga K, Schirmer H, Brodin E, Melbye H, et al. (2016). "COPD and risk of venous thromboembolism and mortality in a general population". *Eur Respir J*; 47(2): 473-481.
3. Aleva F, Voets L, Simons S, de Mast Q, van der Ven A, Heijdra Y. (2016). "Prevalence and Localization of Pulmonary Embolism in Unexplained Acute Exacerbations of COPD: A systematic review and meta-analysis". *Chest*; Aug 11 (doi: 10.1016/j.chest.2016.07.034).
4. Andrejak C, Poulet C, Hoguet E, Magois E, Gosset M, Jounieaux V. (2012). "Prevalence Of Pulmonary Embolism In COPD Patients Hospitalized For An Unexplained Wheezing COPD Exacerbation". *Am J Respir Crit Care Med*; 185: A5862.
5. Lankeit M, Held M. (2016). "Incidence of venous thromboembolism in COPD: linking inflammation and thrombosis?". *Eur Respir J*; 47(2): 369-373.
6. Boey E, Teo SG, Poh KK. (2015). "Electrocardiographic findings in pulmonary embolism". *Singapore Med J*; 56(10): 533-537.
7. Attia N, Seifeldin G, Hasan A, Hasan A. (2015). "Evaluation of acute pulmonary embolism by sixty-four slice multidetector CT angiography: Correlation between obstruction index, right ventricular dysfunction and clinical presentation". *The Egyptian Journal of Radiology and Nuclear Medicine*; 46(1): 25-32.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ PHÂN LOẠI MÔ BỆNH HỌC UNG THƯ BIỂU MÔ TUYẾN PHẾ QUẢN THEO IASLC/ATS/ERC 2011

Nguyễn Văn Tình¹, Ngô Quý Châu², Nguyễn Văn Hưng²

TÓM TẮT³⁶

¹Bệnh viện 74 Trung ương

²Đại học Y HN, Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tình

Email: bsnguyentinh74@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phân loại mô bệnh học ung thư biểu mô tuyến (UTBMT) phế quản theo IASLC/ATS/ERC 2011.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: tiến cứu mô tả 157 bệnh nhân UTBMT phế quản điều trị tại Trung tâm Hô Hấp – Bệnh viện Bạch Mai từ

Ngày duyệt bài:

01/01/2014 đến 30/09/2015. **Kết quả:** tuổi mắc trung bình $60,2 \pm 10,2$; nam/nữ: 1,9/1; đặc điểm lâm sàng: đau ngực (89,8%), sút cân (86,0%), ho khan (61,1%), khó thở (41,4%), ho máu (19,1%); đặc điểm cận lâm sàng: CLVT: kích thước u trung bình $34,4 \pm 18,3$ mm, ngoại vi (65,0%), trung tâm (35,0%), u dạng đặc (58,0%). Phân típ mô bệnh học: chùm nang (51,0%), nhú (13,4%), đặc (10,2%), vi nhú (8,9%), lepidic (8,9%), nhầy (3,2%), dạng keo (2,5%), tế bào sáng (1,3%), dạng thai (0,6%). **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng nổi bật: đau ngực, sút cân, ho khan, khó thở. CLVT: khối u hay ở ngoại vi, u dạng khối (43,3%), MBH phân típ chùm nang chiếm cao nhất, dạng thai hiếm gặp. Có mối liên quan giữa các phân típ MBH với vị trí, hình thái khối u.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tuyến, IASLC/ATS/ERC

SUMMARY

CLINICAL, LABORATORY CHARACTERISTICS AND HISTOPATHOLOGY CLASSIFICATION OF LUNG ADENOCARCINOMA WITH IASLC/ATS/ERC 2011

Objective: To study clinical, laboratory characteristics and histopathology classification of lung adenocarcinoma with IASLC/ATS/ERC 2011. **Subjects and method:** prospective study on 157 patients of lung adenocarcinomas was diagnosed by histopathology at Respiratory center - Bach Mai hospital: from 01/1/2014 to 30/9/2015. **Results:** the mean age: 60.2 ± 10.2 ; the ratio of male/female: 1.9/1; clinical symptoms: chest pain (89.8%), weight loss (86.0%), cough (61.0%), dyspnea (41.4%), hemoptysis (19.1%); CT image: the mean tumor size: 34.4 ± 18.3 mm, peripheral (65.0%), central (35.0%), mass (43.3%). Histopathology classification: Acinar (51.0%), papillary (13.4%), solid (10.2%), micropapillary (8.9%), lepidic (8.9%), mucinous (3.2%), colloid (2.5%), clear cell (1.3%), fetal (0.6%). **Conclusions:** Majority of clinical symptoms were non-specific, CT image: tumors were most common peripheral and solid, histopathological subtype: acinar was most common. There is a relationship between the histopathological subtype location and tumor morphology.

Keywords: Adenocarcinoma, IASLC/ATS/ERC

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tuyến (UTBMT) là phân típ mô bệnh học phổ biến và phức tạp nhất của ung thư phổi, một số biến thể có thể nhầm lẫn với ung thư biểu mô vảy nếu chỉ sử dụng kỹ thuật vi thể thường quy [1]. Ngày nay, khoảng 70% các trường hợp ung thư phổi được chẩn đoán qua sinh thiết phổi. Vì vậy, một phân loại UTBMT mới đã được giới thiệu vào năm 2011 bởi các chuyên

gia thuộc Hội Nghiên cứu Ung thư phổi Quốc tế (IASLC), Hội Lồng ngực Hoa Kỳ (ATS) và Hội Hô hấp châu Âu (ERS) dựa trên bệnh phẩm sinh thiết phổi. Phân loại này nhấn mạnh típ mô bệnh học với tương quan chẩn đoán hình ảnh, sinh học phân tử với mục đích góp phần tiên lượng và điều trị cá thể hóa UTP [2]. Tại Việt Nam, nghiên cứu về phân loại này còn khá mới, do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

1. *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của ung thư biểu mô tuyến phế quản.*

2. *Phân loại mô bệnh học ung thư biểu mô tuyến phế quản qua sinh thiết phổi theo IASLC/ATS/ERC 2011 và tìm hiểu một số mối liên quan với lâm sàng, hình ảnh cắt lớp vi tính.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- 157 bệnh nhân được chẩn đoán xác định UTBMT phế quản bằng mô bệnh học qua sinh thiết phổi tại Trung tâm Hô hấp bệnh viện Bạch Mai từ 1/2014 - 9/2015.

- *Loại trừ:* các típ ung thư phổi khác, ung thư phổi thứ phát, ung thư phổi phổi hợp, các bệnh nhân có chống chỉ định các thủ thuật sinh thiết, loại trừ các trường hợp mảnh sinh thiết không đủ làm mô bệnh học.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Tiến cứu mô tả cắt ngang chùm ca bệnh, chọn mẫu thuận tiện, thiết kế bệnh án mẫu với các mục tiêu của đề tài.

- Tiến trình nghiên cứu: Khai thác tiền sử, bệnh sử theo mẫu bệnh án thống nhất, làm các xét nghiệm cơ bản, chụp Xq phổi, cắt lớp vi tính (CLVT) lồng ngực có tiêm thuốc, nội soi phế quản, các bi lan di căn xa, tiến hành lấy bệnh phẩm để chẩn đoán mô bệnh học bằng các phương pháp qua nội soi phế quản, qua sinh thiết xuyên thành ngực, sinh thiết màng phổi.

- Phân loại giai đoạn theo hệ thống phân loại Quốc tế 2009.

- Nghiên cứu mô bệnh học: Bệnh phẩm sinh thiết được cố định bằng formol 10%, làm mô bệnh học tại Trung tâm Giải phẫu bệnh, các tiêu bản được đọc và phân tích kết quả dưới kính hiển vi quang học bởi 02 bác sỹ giải phẫu bệnh khác nhau theo các bước:

+ **Bước 1:** Đọc và phân típ trên tiêu bản thường quy HE, PAS nếu hình thái phân típ UTBMT rõ rệt, chẩn đoán xác định các phân típ.

+ Bước 2: Các tiêu bản chưa định tí được bằng phương pháp thường quy, được tiến hành nhuộm hóa mô miễn dịch (HMMD) với các marker đặc hiệu cho UTBMT và các marker cho ung thư biểu mô vảy (UTBMV) để chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt bao gồm: TTF-1, Napsin A, CK 5/6, p63, CK 7. Phân tí MBH UTBMT phổ biến theo IASLC/ATS/ERC 2011[2].

2.3. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 19.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng

- Đặc điểm chung: Tuổi trung bình: 60,2 + 10,2 (thấp nhất 31, cao nhất 84 tuổi), tuổi trên 60 tuổi chiếm (54,1%), tỷ lệ nam/nữ (65,6%/34,4%, ~1,9/1, $p < 0.001$), có hút thuốc 96/157 (61,1%), không hút 61/157 (38,9%), thời gian từ khi có triệu chứng đến khi nhập viện từ 1-2 tháng (48,4%). Lý do vào viện nhiều nhất đau ngực (89,8%), phát hiện tình cờ ít nhất (4,5%). Các triệu chứng cơ năng và thực thể:

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân

Cơ năng	n = 157 (100%)	Thực thể	n = 157 (100%)
Đau ngực	141 (89,8)	HCNTR	43 (27,4)
Sút cân	135 (86,0)	Ral ẩm, nổ	39 (24,8)
Ho khan	96 (61,1)	HC 3 giảm	39 (24,8)
Mệt mỏi	66 (42,0)	Hạch ngoại vi	15 (9,6)
Sốt	52 (33,1)	HC đông đặc	18 (11,5)
Ho ra máu	30 (19,1)	HC Pancost-Tobias	17 (10,8)
Ho khạc đờm	28 (17,8)	HC Pierre- Marie	9 (5,7)
Đau khớp	18 (11,5)	Wheezing	5 (3,2)
Khó thở	65 (41,4)	HC Cushing	1 (0,6)
Khàn tiếng	12 (7,6)	HC CETMCT*	7 (4,5)
Nuốt nghẹn	4 (2,5)	HC thiếu máu	13 (8,3)

* HCCETMCT: Hội chứng chèn ép tĩnh mạch chủ trên

Nhận xét: Triệu chứng hay gặp: đau ngực (89,8%), sút cân (86,0%), ho khan (61,1%), mệt mỏi (42,0%), hội chứng 3 giảm (24,8%), các triệu chứng ho ra máu (19,1%), khàn tiếng (7,6%), nuốt nghẹn (2,5%), các hội chứng cận u ít gặp.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

- Hình ảnh CLVT: Kích thước khối u trung bình: 34,4 + 13,8 mm (nhỏ nhất 10,0, lớn nhất 90,0), khối u 30 - 50 mm 72/157 (45,9%), dạng tua gai 88/157 (56,1%), u dạng đặc 91/157 (58,0%).

Bảng 2. Đặc điểm khối u trên CLVT lồng ngực

Vị trí	n = 157 (100%)	Dạng tổn thương	n = 157 (100%)
Ngoại vi	102/157 (65,0)	Dạng khối	68/157 (43,3)
Trung tâm	55/157 (35,0)	Nốt đơn độc	40/157 (25,5)
Trên phải	52/157 (33,1)	U kết hợp TDMP	39/157 (25,1%)
Giữa phải	9/157 (5,7)	Dạng viêm phổi	25/157 (15,9)
Dưới phải	34/157 (21,7)	Hoại tử hang	4/157 (2,5)
Trên trái	26/157 (16,6)	Xẹp phổi	10/157 (6,4)
Dưới trái	22/157 (14,0)	Kính mờ	2/157 (1,3)
Hai phổi	14/157 (8,9)	U vệ tinh	8/157 (5,1)

Nhận xét: Khối u gặp ở ngoại vi 102/157 (65,0%) nhiều hơn ở trung tâm 55/157 (35,0%), $p = 0,03$, phổi phải 95/157 (60,5%), phổi trái 48/157 (30,6%), u dạng khối 68/157 (43,3%), nốt đơn độc 40/157 (25,5%), kết hợp TDMP 39/157 (25,1%).

- Hình ảnh nội soi phế quản (NSPQ): 93/157 (59,2%) bệnh nhân không thấy tổn thương, 64/157 (40,8%) thấy tổn thương, $p = 0,035$, phổi phải 38/64 (59,1%), phổi trái 24/157 (40,9%), $p = 0,04$.

Bảng 3. Dạng tổn thương qua NSPQ (n=64)

Dạng tổn thương	n	%
Thâm nhiễm niêm mạc	27	42,2
Chít hẹp lòng PQ	19	29,7
U sùi trong lòng phế quản	9	14,1
Đề dấy từ bên ngoài	5	7,8
Tù bệ cửa PQ	3	4,7

Chảy máu lòng PQ	1	1,5
Tổng	64	100

Nhận xét: Tổn thương thâm nhiễm niêm mạc phế quản 27/64 (42,2%), chảy máu lòng phế quản ít gặp nhất 1/64 (1,5%).

3.3. Phân loại mô bệnh học ung thư biểu mô tuyến phế quản theo IASLC/ATS/ERC 2011

Trong 157 bệnh nhân: 126/157 (80,3%), định típ xác định bằng nhuộm HE, PAS, 31/157 (19,7%), định típ bằng HMMD. Các phân típ bao gồm:

Bảng 4. Phân típ MBH ung thư biểu mô tuyến

Phân típ mô bệnh học	n	%
UTBMT dạng chùm nang	80	51,0
UTBMT dạng nhú	21	13,4
UTBMT dạng đặc	16	10,2
UTBMT dạng vi nhú	14	8,9
UTBMT lepedic	14	8,9
UTBMT dạng nhầy	5	3,2
UTBMT biến thể dạng keo	4	2,5
UTBMT dạng tế bào sáng	2	1,3
UTBMT biến thể dạng thai	1	0,6
Tổng	157	100

Nhận xét: Phân típ chùm nang gặp nhiều nhất 80/157 (51,0%), tổn thương lepedic 4/157 (8,9%), biến thể dạng thai ít gặp 1/157 (0,6%).

- Khi tìm hiểu mối liên quan giữa các phân típ mô bệnh học với một số đặc điểm lâm sàng, CLVT lồng ngực: Không có mối liên quan giữa các típ MBH với giới và tiền sử hút thuốc, số lượng khối u, $p > 0,05$. Có mối liên quan giữa các phân típ MBH với vị trí khối u: UTBMT nang ở trung tâm nhiều hơn ngoại vi, $p = 0,035$.

- Tần suất bộc lộ các dấu ấn HMMD của UTBMT:

Bảng 5. Tần suất bộc lộ các dấu ấn HMMD (n = 31)

Dấu ấn HMMD	Dương tính		Âm tính		Tổng
	n	%	n	%	
TTF-1	24	77,5	7	22,5	31 (100)
Napsin A	26	83,9	5	16,1	31 (100)
p63	4	12,9	27	81,1	31 (100)
CK5/6	3	9,7	28	90,3	31 (100)
CK7	25	80,6	6	21,4	31 (100)

Nhận xét: các dấu ấn TTF-1, Napsin A, CK7 (+) theo thứ tự: 77,5%, 83,9%, 80,6%. Các dấu ấn p63, CK5/6 (+): 12,9%, 9,7%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm chung: Tuổi trung bình 60,2 + 10,2 (nhỏ nhất 31, cao nhất 84), > 40 tuổi chiếm 96,2%, tỷ lệ nam/nữ: 1,9/1, sự khác biệt có ý nghĩa ($p = 0,001$). Kết quả này tương đối phù hợp với các nghiên cứu gần đây trên thế giới đều ghi nhận ung thư biểu mô tuyến phế quản đang có xu hướng gia tăng ở phụ nữ [1].

Lâm sàng: các triệu chứng hay gặp: sút cân (86,0%), đau ngực (89,6%), ho khan (61,1%), khó thở (41,1%), hội chứng cận u ít gặp.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm khối u trên phim CLVT: ngoại vi (65,0%), trung tâm (35,0%), sự khác biệt có ý nghĩa, $p = 0,03$, phổi phải (60,5%), phổi trái

(30,6%), hai phổi (8,9%), u thùy trên phải (33,1%), trên trái (16,6%) nhiều hơn các phân thùy khác, u dạng khối (43,3%). Theo Trần Văn Chương (2015), UTBMT gặp ở ngoại vi nhiều hơn trung tâm, phổi phải nhiều hơn phổi trái [4].

Tổn thương qua nội soi phế quản: 59,2% bệnh nhân NSPQ không thấy tổn thương, 40,8% thấy tổn thương ($p = 0,035$, hình ảnh thâm nhiễm lòng phế quản (42,2%). Kết quả này thấp hơn so với Hoàng Hồng Thái (2006), tổn thương thâm nhiễm (49,0%) [5].

4.3. Phân loại MBH ung thư biểu mô tuyến phế quản theo IASLC/ATS/ERC 2011

126/157 (80,3%) được phân típ xác định bằng phương pháp thường quy HE, PAS, 31/157 (19,7%), định típ bằng HMMD. Theo Trần Văn

Chương (2015), 82,8% UTBMT được phân típ bằng phương pháp thường quy, 12,3% định típ theo phương pháp HMMD [4].

Các phân típ MBH của UTBMT phế quản: UTBMT chùm nang chiếm tỷ lệ cao nhất (51,0%), dạng thai thấp nhất (0,6%). Theo Trần Văn Chương (2015), dạng nang (52,6%), Warth A và CS (2012), chùm nang (42,5%) [4],[6].

Vị trí khối u của các phân típ: UTBMT nang ở trung tâm (56,4%), ngoại vi (48,0%), $p=0,035$, lepidic trung tâm (9,1%), ngoại vi (8,1%). Theo Mathieu Lederlin và CS (2013), UTBMT dạng lepidic ở trung tâm (6,38%), ngoại vi (15,22%) [7].

Tần suất bộc lộ dấu ấn HMMD: TTF-1, Napsin A, CK7 (+) theo thứ tự: 77,5%, 83,9%, 80,6%, các dấu ấn p63, CK5/6 (+): 12,9%, 9,7%. Theo Withaus và CS (2012), chẩn đoán phân biệt UTBMT với UTBMV khi kết hợp hai dấu ấn Napsin A và p63 có độ đặc hiệu 94%, độ nhạy 96%.

V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng nổi bật: đau ngực, sút cân, ho khan, khó thở. CLVT: khối u hay ở ngoại vi, u dạng khối (43,3%). Hình ảnh nội soi phế quản: 59,2% không thấy tổn thương, tổn thương dạng thâm nhiễm niêm mạc phế quản hay gập. Phân típ mô bệnh học theo IASLC/ATS/ERS 2011: 80,3% định típ bằng HE,PAS, 19,7% định típ bằng hóa mô miễn dịch, phân típ chùm nang chiếm cao nhất, biến thể dạng thai hiếm gặp. Có mối liên quan giữa các phân típ mô bệnh học với vị trí, hình thái khối u.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American Cancer Society (2016).** *Cancer Facts & Figures 2016*.
2. **Travis D, Brambilla E, Noguchi M, et al (2011).** International association for the study of lung cancer / American thoracic society / European respiratory society international multidisciplinary classification of lung adenocarcinoma. *J. Thorac Oncol* 6: 244-285.
3. **Trần Văn Chương (2015).** *Nghiên cứu ứng dụng phân loại mô bệnh học ung thư biểu mô phổi theo phân loại IASLC/ATS/ERS Quốc tế 2011 cho các mảnh sinh thiết phổi*, Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ nội trú, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Hoàng Hồng Thái, Bùi Trung Nghĩa (2008).** Mô tả triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân mắc ung thư phổi, điều trị tại Khoa Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai (từ 1/2006- 7/2007). *Tạp chí Y học Lâm sàng, số chuyên đề 11/2008*, 45-50.
5. **Warth A, Muley T, Meister M, Stenzinger A, Thomas M, et al (2012).** The novel histologic International Association for the Study of Lung Cancer/American Thoracic Society/ European Respiratory Society classification system of lung adenocarcinoma is a stage independent predictor of survival. *J Clin Oncol*, May 1;30(13):1438-46.
6. **Lederlin M, Puderbach M, Muley T, Schnabel PA, Stenzinger A, et al (2013).** Correlation of radio - and histomorphological pattern of pulmonary adenocarcinoma. *European Respiratory Journal* 41: 943-951.
7. **Whithaus K, Fukuoka J, Prihoda TJ, Jagirdar J (2012).** Evaluation of Napsin A, Cytokeratin 5/6, p63, and Thyroid Transcription Factor 1 in Adenocarcinoma Versus Squamous Cell Carcinoma of the Lung. *Archives of pathology & laboratory medicine* 136: 155-162.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA CYTOFLAVIN Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP TÍNH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Dương Đình Chính*, Nguyễn Thanh Long*, Nguyễn Huy Thắng**

TÓM TẮT³⁷

*Bệnh viên HN Đa Khoa Nghệ An

**Bệnh viên Nhân Dân 115

Chịu trách nhiệm chính:

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị của thuốc Cytoflavin đối với bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp tính tại bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. **Phương pháp:** Nghiên cứu bệnh chứng tiến cứu được thực hiện trên 116 bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp tính điều trị tại khoa Thần kinh, bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 06/2015 tới tháng 05/2016. Đánh giá hiệu quả điều trị thông qua cải thiện của điểm NIHSS và điểm Rankin sửa đổi (modified Rankin Scale – mRS). Đánh giá độ an toàn

của thuốc qua tỉ lệ của các tác dụng không mong muốn của thuốc. **Kết quả:** Trong khoảng thời gian nghiên cứu có 116 bệnh nhân đột quỵ não cấp tính được đưa vào nghiên cứu, bao gồm nhóm nghiên cứu (50%) và nhóm chứng (50%). Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu và nhóm chứng lần lượt là 65 ± 17 và 66 ± 16 tuổi, tỉ lệ nam/nữ là 2,4/1. Đa số các bệnh nhân có điểm NIHSS 5-14 (70%), tỉ lệ phân bố NIHSS của 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa. Tỉ lệ bệnh nhân có cải thiện điểm NIHSS của nhóm nghiên cứu là 93,2%, của nhóm chứng là 74,2% ($p < 0,05$). Tỉ lệ cải thiện điểm mRS của nhóm nghiên cứu và nhóm chứng lần lượt là 87,2% và 73,7% ($p < 0,05$). Cả 2 nhóm có các tác dụng không mong muốn không nghiêm trọng và đều ít xuất hiện ($< 6\%$). Các biến đổi các chỉ số cận lâm sàng của 2 nhóm là không đáng kể và khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). **Kết luận:** Điều trị nhồi máu não cấp tính bằng Cytoflavin có kết quả khả quan với tỉ lệ hồi phục khá, an toàn với tỉ lệ các tác dụng không mong muốn thấp và ít biến đổi các chỉ số cận lâm sàng.

Từ khóa: nhồi máu não cấp tính, Cytoflavin, tác dụng không mong muốn.

SUMMARY

EVALUATION ON RESULTS OF TREATMENT WITH CYTOFLAVIN FOR ACUTE ISCHEMIC STROKE PATIENTS AT GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL OF NGHE AN

Objective: To evaluate the results of treatment with Cytoflavin for acute ischemic stroke patients at General Friendship Hospital of Nghe An. **Method:** A prospective case-control study was performed on 116 patients with acute ischemic stroke treated at General Friendship Hospital of Nghe An from June 2015 to May 2016. Review the effectiveness of the treatment through improvements of NIHSS and the modified Rankin scale. Reviews safety of the treatment through the ratio of the adverse effects. **Results:** during the study period there were 116 patients, including research group (50%) and control group (50%). The means of age of research group and control group were 65 ± 17 and 66 ± 16 years old respectively, male/female ratio is 2.4/1. The majority of the patients was in 5-14 of NIHSS (70%), NIHSS distribution rates of 2 groups had no significant difference. The ratio of patients improved their NIHSS in research group and control group were 93.2% and respectively ($p < 0.05$). The proportions of patients improved their mRS accounted for 87.2% in research group and 73.7% in control group ($p < 0.05$). Both groups only had non-serious adverse effects all of them had low rates ($< 6\%$). Lab tests' changes of two groups was not significantly different ($p > 0.05$). **Conclusions:** the treatment of acute ischemic stroke with Cytoflavin initially showed good results with favorable recovery rates and reliable safety with low frequencies of adverse effects and minimal changes of lab tests.

Key words: acute cerebral infarction, Cytoflavin, adverse effects.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não luôn là một thách thức và là một vấn đề thời sự trong y học, là căn nguyên gây tử vong đứng hàng thứ ba ở các nước đang phát triển chỉ sau bệnh tim mạch và ung thư, đây cũng là nguyên nhân hàng đầu gây tàn phế ở người trưởng thành. Di chứng nặng nề để lại cho bệnh nhân, gây ảnh hưởng rất lớn và trực tiếp đến khả năng thực hiện các hoạt động sinh hoạt hàng ngày cũng như khả năng tái hội nhập vào đời sống cộng đồng.

Ngày nay, nhờ có các hiểu biết mới và các phương tiện chẩn đoán sớm, việc chẩn đoán và điều trị nhồi máu não đã mang lại những kết quả to lớn. Cho đến nay, nguyên tắc điều trị nhồi máu não cấp đã tương đối thống nhất: hồi sức tích cực thần kinh, dùng thuốc tiêu sợi huyết, lấy cục huyết khối bằng dụng cụ cơ học, thuốc chống kết tập tiểu cầu, thuốc chống đông, thuốc bảo vệ thần kinh, tập phục hồi chức năng sớm... Tuy nhiên, việc tìm kiếm và ứng dụng các loại thuốc mới trong điều trị đột quỵ não để tăng hiệu quả điều trị là vấn đề đang được các quốc gia quan tâm. Cytoflavin của hãng khoa học-công nghệ dược phẩm Polysan.Lmt (Liên bang Nga) đã nghiên cứu và đưa vào điều trị cho bệnh nhân đột quỵ não ở liên bang Nga. Thành phần của Cytoflavin (trong ống tiêm 10 ml) chứa: 1g acid succinic, 100g nicotinamide, 200mg inosine, 20mg riboflavin, do đó tác dụng dược lý của Cytoflavin dựa trên tác dụng hiệp đồng của các thành phần. Nhìn chung thuốc có tác dụng: Cải thiện các quá trình sử dụng oxy và glucose trong mô, khôi phục hoạt tính các enzym chống oxy hóa, thúc đẩy tái tổng hợp gamma aminobutyric acid trong tế bào thần kinh. thiếu máu cục bộ, làm hạn chế tình trạng giảm đột ngột ATP, giảm hàm lượng lactat, kích thích các quá trình phục hồi, kích thích ho hấp và tạo năng lượng trong các tế bào. Vì vậy được chỉ định để điều trị cho các bệnh nhân: rối loạn tuần hoàn não cấp, thiếu máu não mạn tính, bệnh não do ngộ độc và thiếu oxy trong ngộ độc cấp và mạn tính, ngộ độc nội sinh, ức chế nhận thức sau gây mê. Ở Việt Nam chưa có nghiên cứu hệ thống về thuốc này cho nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu với tên gọi "Đánh giá hiệu quả điều trị của Cytoflavin ở bệnh nhân nhồi máu não cấp tính tại bệnh viện hữu nghị đa khoa nghệ an" với mục tiêu đánh

giá hiệu quả lâm sàng của thuốc Cytoflavin ở bệnh nhân nhồi máu não giai đoạn cấp tính.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Bao gồm 116 bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não giai đoạn cấp (< 24 giờ) được điều trị tại khoa Thần kinh, bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An từ tháng 06/2015 tới tháng 05/2016, có đầy đủ hồ sơ bệnh án, phim chụp (cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ) và được theo dõi tới 3 tháng kể từ khi khởi phát bệnh.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân là những bệnh nhân bị đột quỵ nhồi máu não cấp nhập viện trong vòng 24 giờ kể từ thời điểm khởi phát, có điểm NIHSS < 25; loại trừ những bệnh nhân dưới 40 tuổi, bị chảy máu não/chấn thương sọ não, có chống chỉ định với Cytoflavin, kèm theo các bệnh lý cấp tính khác, các bệnh lý tim mạch, gan, thận, bệnh nhân có thai, điểm Rankin sửa đổi (mRS) trước đột quỵ ≥ 2 , các bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng mô tả tiến cứu có nhóm chứng theo dõi dọc.

Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định nhồi máu não trên lều được chọn ngẫu nhiên vào hai nhóm:

- Nhóm nghiên cứu: Các bệnh nhân nhồi máu não được điều trị bằng Cytoflavin với liều 2 lọ (lọ 10ml)/24 giờ pha trong dung dịch 500ml Natriclorua 0,9%, chuyển nhỏ giọt tĩnh mạch 30 giọt/phút x 15 ngày + phác đồ chung.

- Nhóm chứng: Các bệnh nhân điều trị nhồi máu não cấp bằng phác đồ chung.

Cả hai nhóm được điều trị tích cực theo trình tự phác đồ chung của cấp cứu đột quỵ não cấp là lưu thông đường thở, đảm bảo các chức năng sống, chống phù não nếu có, các thuốc dinh dưỡng, thuốc bảo vệ tế bào não, bù điện giải và dịch nuôi dưỡng, chống bội nhiễm,...

Xác định triệu chứng lâm sàng qua hỏi và thăm khám bệnh đầy đủ, chi tiết tại thời điểm trước và sau điều trị 2 tuần, ghi chép đầy đủ các thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất đối với cả hai nhóm.

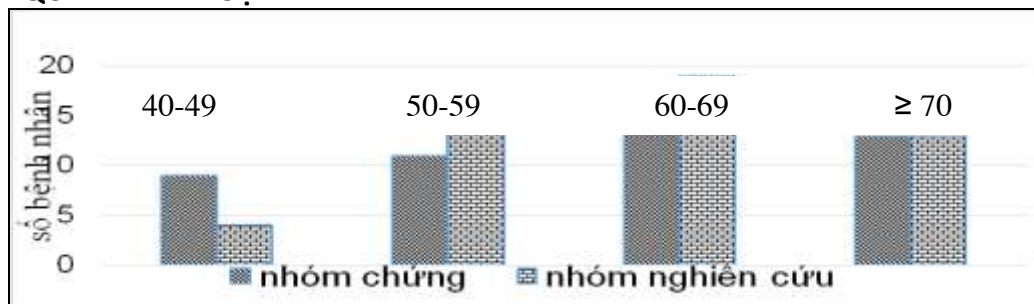
Đánh giá tác dụng lâm sàng của nhóm bệnh nhân dùng thuốc Cytoflavin và nhóm chứng bằng các thang điểm: NIHSS, Rankin sửa đổi (mRS). So sánh tác dụng lâm sàng của hai nhóm với nhau trên cùng thang điểm qua các tiêu chuẩn trên. So sánh một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước và sau điều trị của từng nhóm và so sánh hai nhóm với nhau.

Theo dõi tác dụng không mong muốn của Cytoflavin trên hệ tim mạch, hệ thần kinh, tiêu hóa, tiết niệu, da, niêm mạc và các cơ quan khác qua các chỉ số lâm sàng và cận lâm sàng.

Các số liệu nghiên cứu được phân tích bằng phần mềm IBM SPSS 16. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

Đề tài nghiên cứu với mục đích điều trị cho bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não giai đoạn cấp. Bệnh nhân được chọn theo tiêu chuẩn nghiên cứu và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu và có thể tự rút lui khỏi nghiên cứu. Nếu bệnh diễn biến nặng thêm, phản ứng phụ nặng thì phải dùng thuốc nghiên cứu chuyển phương pháp khác để điều trị cho bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN



Biểu đồ 1: Phân bố theo nhóm tuổi

Bảng 1: Phân bố theo giới

Giới	Nhóm NC		Nhóm chứng		Cả 2 nhóm		p
	N=58	%	N=58	%	N=116	%	
Nam	43	74,1%	39	67,2%	82	71%	>0,05

Nữ	15	25,9%	19	32,8%	34	29%	>0,05
----	----	-------	----	-------	----	-----	-------

Các bệnh nhân nghiên cứu có tuổi đời từ 40 đến 80. Đa số từ 50 tuổi trở lên (chiếm 78,5%). Khác biệt về phân bố bệnh nhân theo tuổi giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Kết quả nghiên cứu phù hợp với Nguyễn Văn Thông và cộng sự[1]; tỉ lệ bệnh nhân 50 đến 80 tuổi chiếm 72%; theo Phan Việt Nga là 81,4%[2]. Bệnh nhân nam chiếm đa số, tỉ lệ nam/nữ là 2,4/1. Phân bố bệnh nhân theo giới ở 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Kết quả nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Thông và cộng sự[1], của Nguyễn Minh Hiện thì tỉ lệ nam/nữ là 2,1/1[3].

Bảng 2. Hoàn cảnh xuất hiện bệnh

Hoàn cảnh xuất hiện	Nhóm NC		Nhóm chứng		Cả 2 nhóm		p
	n	%	n	%	n	%	
Căng thẳng	3	5,1%	3	5,1%	6	5,2%	>0,05
Nghỉ ngơi	43	74,1%	45	77,7%	88	75,9%	>0,05
Làm việc	8	13,8%	5	8,6%	13	11,2%	>0,05
Gắng sức	4	7%	5	8,6%	9	7,7%	>0,05
Cộng	58	100%	58	100%	116	100%	>0,05

Đa số bệnh nhân khởi bệnh trong trạng thái nghỉ ngơi (75,9%). Khác biệt về tỉ lệ các hoàn cảnh bị bệnh ở 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Kết quả nghiên cứu phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Minh Hiện là khởi bệnh trong trạng thái nghỉ ngơi chiếm 82%[3]. Kết quả này cho thấy tính chất đột ngột khó lường trong khởi phát đột quỵ não nói chung cũng như đột quỵ nhồi máu não nói riêng.

Bảng 3. Các yếu tố nguy cơ

Các yếu tố nguy cơ	Nhóm NC		Nhóm chứng		Cả 2 nhóm		p
	n	%	n	%	n	%	
Tăng huyết áp	32	55,1%	35	60,3%	67	57,7%	>0,05
Nghiện thuốc lá	5	8,6%	3	9%	8	6,9%	>0,05
Nghiện rượu	3	5,1%	4	6,7%	7	6%	>0,05
Tăng lipid	6	10,3%	5	9%	11	9,5%	>0,05
Đái tháo đường	7	12%	6	10,3 %	13	11,2%	>0,05
Bệnh lý tim mạch	2	3,4%	1	1,6%	3	2,9%	>0,05
Tiền sử bệnh lý mạch máu não	3	5,1%	4	6,7%	7	6%	>0,05

Các yếu tố nguy cơ hay gặp nhất là THA (57,7%), tiếp theo là đái tháo đường 11,2% và béo phì (9,5%). Khác biệt về tỉ lệ mắc các yếu tố nguy cơ giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Kết quả nghiên cứu phù hợp với Nguyễn Văn Thông và cộng sự: yếu tố nguy cơ hay gặp nhất ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não là tăng huyết áp (66,8%) và đái tháo đường (14,2%)[1].

Bảng 4. Các biểu hiện tiên triệu

Các biểu hiện	Nhóm NC		Nhóm chứng		Cả 2 nhóm		p
	N=58	%	N=58	%	N=116	%	
Đau đầu	6	1,1%	8	13,8%	14	12,1%	>0,05
Chóng mặt	8	1,4%	11	19%	19	16,4%	>0,05
Tê bì	7	1,2%	4	6,9%	11	9,2%	>0,05
Choáng váng	16	27,6%	18	31%	34	29,3%	>0,05
Không có tiên triệu	21	68,7%	17	29,3%	38	33%	>0,05

Khởi phát bệnh thường do nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh quyết định. Trong NMN khởi phát bệnh đột ngột thường từ vài giây đến dưới 30 phút biểu hiện là bệnh lý hết sức nhanh và bất ngờ. Cách khởi phát hay gặp nhất là đột ngột (chiếm 65,5%), cách khởi phát cấp tính chỉ chiếm 12,1%. Đây chính là những đặc điểm gợi

ý chẩn đoán về mặt lâm sàng đột quỵ nhồi máu não khác với đột quỵ chảy máu não. Các triệu chứng thường gặp nhất là liệt nửa người (93%) liệt mắt (76,7%). Sự khác biệt giữa hai nhóm về tỉ lệ xuất hiện các triệu chứng khởi phát không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Kết quả nghiên cứu phù hợp với kết quả nghiên cứu của Phan

Việt Nga: triệu chứng hai gặp nhất là liệt nửa người (97,2%), liệt dây VII (76,7%)[2]. Theo nghiên cứu của Nguyễn Minh Hiện thì liệt nửa người 97%, liệt dây VII 90%[3]. Do tính chất

phổ biến của triệu chứng liệt nửa người và liệt mặt ở bệnh nhân đột quỵ não nên hai triệu chứng này được khuyến cáo trong cộng đồng để phát hiện sớm đột quỵ não.

Bảng 5. Đánh giá mức độ lâm sàng trước điều trị theo thang điểm NIHSS

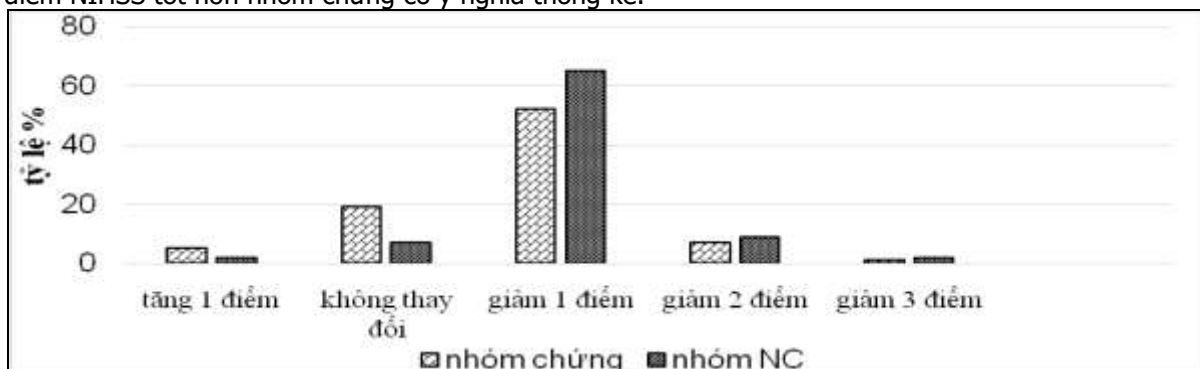
TT	NIHSS vào viện	Nhóm chứng		Nhóm NC		Tổng		p
		N=58	Tỷ lệ (%)	N=58	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)	
1	0-4 điểm	11	19%	9	15,5%	20	17,2%	>0,05
2	5-9 điểm	20	34,5%	26	44,8%	46	39,6%	
3	10-14 điểm	21	36,2%	16	27,6%	37	31,9%	
4	15-20 điểm	5	8,6%	6	10,3%	11	9,5%	
5	20-24 điểm	1	1,7%	1	1,8%	2	1,8%	

Đánh giá mức độ lâm sàng trước điều trị theo thang điểm NIHSS: Các bệnh nhân có điểm NIHSS từ 1-24 điểm. Trong đó đa số có điểm NIHSS từ 5-14 điểm (83%). Khác biệt về tỉ lệ phân bố bệnh nhân theo thang điểm NIHSS giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Đánh giá mức độ lâm sàng trước điều trị theo thang điểm mRS: Tỉ lệ bệnh nhân có khả năng tự phục vụ mà không cần trợ giúp (mRS 0-2) chiếm 36,2% trước điều trị. Nhóm bệnh nhân có thể tự đi lại được nhưng cần trợ giúp nhất định của người khác (mRS = 3) trước điều trị chiếm 60,3%. Khác biệt về tỉ lệ phân bố bệnh nhân theo thang điểm mRS giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$).

Bảng 6. Mức độ cải thiện lâm sàng theo thang điểm NIHSS

TT	So sánh điểm NIHSS trước và sau điều trị	Nhóm chứng		Nhóm NC		Tổng		p
		N=58	Tỷ lệ (%)	N=58	Tỷ lệ (%)	N=116	Tỷ lệ (%)	
1	Tăng điểm	6	10,3%	2	3,4%	8	6,9%	<0,05
2	Không thay đổi	9	15,5%	2	3,4%	11	9,5%	
3	Giảm 1-4	20	34,5%	26	44,8%	46	39,6%	
4	Giảm 5-9	22	38%	28	46,7%	50	43,1%	
5	Giảm ≥ 10	1	1,7%	1	1,7%	2	0,9%	

Mức độ cải thiện lâm sàng theo thang điểm NIHSS: tỉ lệ bệnh nhân có cải thiện mức độ lâm sàng theo thang điểm NIHSS là 82%; nhóm nghiên cứu là 93,2%, cao hơn nhóm chứng 74,2%. Khác biệt tỉ lệ cải thiện lâm sàng giữa 2 nhóm có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Kết quả nghiên cứu phù hợp với các tác giả Rumayantseva[4] và Fedin[5]: nhóm dùng Cytoflavin có cải thiện lâm sàng theo thang điểm NIHSS tốt hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê.



Biểu đồ 2. Cải thiện tình trạng lâm sàng theo thang điểm mRS

Mức độ cải thiện lâm sàng theo mRS: Đa số bệnh nhân cải thiện 1 độ theo thang mRS 64%. Tỉ lệ cải thiện tình trạng bệnh nhân của nhóm nghiên cứu là 87,2%, cao hơn hẳn nhóm chứng 73,7%. Và sự khác biệt này là có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$). Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của

Rumayantseva[4] và Shestakov[6]: nhóm dùng Cytoflavin có cải thiện lâm sàng theo thang điểm NIHSS tốt hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê.

Bảng 7. Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng

TT	Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng	Nhóm chứng		Nhóm NC		Tổng		P
		N=58	Tỷ lệ (%)	N=58	Tỷ lệ (%)	N=116	Tỷ lệ (%)	
1	Khô họng	1	1,7%	1	1,7%	2	1,7%	>0,05
2	Nóng bừng mặt	1	1,7%	3	5,17%	4	3,4%	
3	Đánh trống ngực	2	3,4%	3	5,17%	5	4,3%	
4	Quá mẫn	0	0	0	0	0	0	
5	Chảy máu	0	0	0	0	0	0	
6	Tổng	4	6,8%	6	10,3%	10	8,6%	

Tác dụng không mong muốn trên lâm sàng: tỉ lệ xuất hiện biến chứng nói chung ở nhóm nghiên cứu là 10,3%, cao hơn nhóm chứng là 6,8%. Tuy nhiên, khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Các biến chứng đều ở mức độ nhẹ, thoáng qua và không để lại di chứng.

Bảng 8. Biến đổi các chỉ tiêu sinh hóa máu sau điều trị

Chỉ tiêu sinh hóa máu	Nhóm chứng		Nhóm NC		p
	Trước điều trị	Sau điều trị	Trước điều trị	Sau điều trị	
Glucose tăng	9(15,5%)	3(5,2%)	14(24,1%)	5(8,6%)	> 0,05
Ure tăng	7(12,1%)	7(12,1%)	9(15,5%)	9(15,5%)	
Creatinin tăng	7(12,1%)	5(8,6%)	6(10,3%)	7(12,1%)	
Men gan tăng (GOT và/hoặc GPT)	6(10,3%)	5(8,6%)	11(19%)	9(15,5%)	

Biến đổi các chỉ tiêu sinh hóa máu sau điều trị: theo dõi các biến đổi bất thường về đường máu, ure, creatinin, men gan ở 2 nhóm cho thấy khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Ở nhóm nghiên cứu tỉ lệ bệnh nhân tăng đường máu trước điều trị 24,1%, sau điều trị giảm còn 8,6%. Tuy nhiên kết quả này chưa đủ kết luận Cytoflavin có tác dụng hạ đường máu do đã có nhiều nghiên cứu chứng minh các bệnh nhân đột quỵ não giai đoạn cấp có tình trạng tăng đường máu phản ứng, sau đó dần trở về mức bình thường. Tỉ lệ tăng ure, creatinin, men gan trước và sau điều trị ở cả 2 nhóm là tương đương nhau. Như vậy, chưa thấy Cytoflavin gây ra các biến đổi bất thường về đường máu, ure, creatinin, chức năng gan. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Romantsov và cộng sự[7].

Bảng 9. biến đổi các chỉ số huyết học sau điều trị

Chỉ tiêu công thức máu	Nhóm chứng		Nhóm NC		p
	Trước điều trị	Sau điều trị	Trước điều trị	Sau điều trị	
Tăng bạch cầu	9(15,5%)	5(8,6%)	6(10,3%)	6(10,3%)	> 0,05
Giảm bạch cầu	0	0	1(1,7%)	0	
Giảm hồng cầu	3(5,17%)	3(5,17%)	4(6,9%)	3(5,17%)	
Giảm tiểu cầu	0	0	0	0	

Biến đổi các chỉ số huyết học sau điều trị: tỉ lệ có bất thường thành phần máu ở 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Các trường hợp có tăng bạch cầu đa số là do có nhiễm trùng hoặc bệnh lý gây viêm kết hợp (gout, viêm khớp...). Sau điều trị thích hợp thì công thức bạch cầu lại trở về bình thường. Không có trường hợp nào bị giảm tế bào máu sau điều trị. Theo kết quả của Romantsov cho thấy Cytoflavin cũng không làm thay đổi bất thường thành phần tế bào máu[7].

V. KẾT LUẬN

Điều trị nhồi máu não cấp có sử dụng Cytoflavin áp dụng tại bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An bước đầu cho những kết quả khả quan với mức độ cải thiện về lâm sàng tốt và có

độ an toàn cao với tỉ tác dụng không mong muốn thấp và ít gây biến động các thông số cận lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Thông và cộng sự (2012).** Nhận xét đặc điểm tính chất cơ cấu bệnh tại trung tâm đột quỵ viện 108 từ tháng 1/2003 đến 6/2012. *Tạp chí Y dược lâm sàng 108*, tập 7, số đặc biệt tháng 10/2012, tr. 10-22.
2. **Phan Việt Nga và Nguyễn Thị Thanh Nhân (2012).** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não có hội chứng chuyển hóa. *Tạp chí Y dược lâm sàng 108*, tập 7, số đặc biệt tháng 10/2012, tr. 221-226.
3. **Nguyễn Minh Hiện và cộng sự (2012).** Nghiên cứu hiệu quả phác đồ điều trị kết hợp Thụ huyết nhĩ với y học hiện đại ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu bán cầu đại não. *Đề tài cấp cơ sở, Bệnh viện 103*.
4. **Rumyantseva SA et al (2011).** Effects of Early Correction of Energy and Free Radical Homeostasis on the Clinical and Morphological Picture of Cerebral Infarction. *Neuroscience and Behavioral Physiology*, 41 (8), pp. 843.
5. **Fedin AI, Rumyantseva SA and Piradov MA (2006).** Multi-centered placebo-controlled clinical trial of cytoflavin solution for intravenous use in patients with consequences of acute ischemic cerebrovascular accident in the early recovery period. *Vrach*, 13 (8), pp. 52-58.
6. **Shestakov VV et al (2011).** Clinical efficacy of cytoflavin in the combined treatment of patients during acute phase of ischemic stroke. *Klin Med (Mosk)*, 89 (1), pp. 38-40.
7. **Romantsov MG and Kovalenko AL (2005).** Double-blinded placebo-controlled multi-centered clinical trial of cytoflavin in patients with acute cerebrovascular accident (brain infarction) in the first 3 weeks of the disease. *Base clinical trials*, 5, pp. 29-33.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM LOÉT GIÁC MẠC NẶNG DO NẤM BẰNG PHỐI HỢP TIÊM AMPHOTERICIN B VÀO TIỀN PHÒNG VÀ NHỎ MẮT NATAMYCIN 5%

Nguyễn Quốc Đạt*

TÓM TẮT³⁸

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của việc tiêm amphotericin B tiền phòng phối hợp với nhỏ tại chỗ Natamycin 5% trong điều trị những trường hợp viêm loét giác mạc nặng không đáp ứng với điều trị không can thiệp. **Phương pháp nghiên cứu:** 28 mắt viêm loét giác mạc do nấm không đáp ứng với thuốc nhỏ tại chỗ natamycin 5% và thuốc uống itraconazole được chỉ định tiêm tiền phòng amphotericin B liều 5ug/0,1ml. **Kết quả:** 20 mắt đáp ứng với liệu pháp điều trị của chúng tôi. Thời gian hết mù tiền phòng trung bình là 10 ± 7.3 ngày. Thời gian biểu mô hóa ổ loét trung bình là $22,7 \pm 9,3$ ngày. Tình trạng thị lực được cải thiện rõ rệt sau thời gian điều trị. Có 8 mắt thất bại phải thay đổi liệu pháp điều trị là mức nội nhãn. **Kết luận:** Tiêm tiền phòng amphotericin B được xem như là một liệu pháp điều trị bổ sung có hiệu quả cho những trường hợp viêm loét giác mạc nặng đã đề kháng với liệu pháp điều trị truyền thống không can thiệp.

Từ khóa: viêm loét giác mạc do nấm nặng, tiêm tiền phòng amphotericin B, natamycin 5%

SUMMARY

EVALUATING THE EFFECT OF INTRACAMERAL AMPHOTERICIN B COMBINED WITH TOPICAL NATAMYCIN 5% IN MANAGEMENT OF DEEP FUNGAL KERATITIS

Purpose: to evaluate the efficacy and safety of intracameral amphotericin B in the management of severe fungal keratitis not responding to conventional antifungal therapy. **Method:** 28 eyes with fungal keratitis that did not respond to initial treatment with topical Natamycin 5 % and oral Itraconazole were treated with up to 5 intracameral injections of 5ug of amphotericin B. **Result:** 20/28 eyes (71,43%) responded to amphotericin B therapy. The mean time for disappearance of hypopyon is 10 ± 7.3 days and for re epithelialization of ulcer is $22,7 \pm 9,3$ days. The visual acuity is improved clearly. Eight eyes progressed to evisceration. **Conclusion:** intracameral amphotericin B may be an effective adjunctive of fungal keratitis unresponsive to conventional antifungal therapy.

Key words: fungal keratitis, intracameral amphotericin B, topical natamycin 5%

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

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

Viêm loét giác mạc (VLGM) là một bệnh nhiễm trùng thường gặp ở nước ta, trong đó, viêm loét giác mạc do nấm chiếm tỷ lệ cao nhất (50,8% theo nghiên cứu của viện Mắt trung ương trong vòng 10 năm từ 1998-2007) [7], [2]. Viêm loét giác mạc do nấm thường tiến triển nặng, gây nhiều biến chứng nặng nề, ảnh hưởng đáng kể đến cuộc sống của người bệnh. Không giống vi khuẩn, nấm là tác nhân duy nhất có khả năng đi xuyên qua lớp màng Descemet còn nguyên vẹn, và đi vào tiền phòng gây ra mù tiền phòng. Do đó, mù tiền phòng trong những trường hợp viêm loét do nấm thường bao gồm cả tác nhân nấm gây bệnh. Mặc dù hiện nay đã có nhiều loại thuốc chống nấm khác nhau trên thị trường nhưng vấn đề điều trị viêm loét giác mạc do nấm vẫn là một thách thức, nhất là khi viêm loét giác mạc đã có kèm theo mù tiền phòng, do phổ kháng nấm hẹp, tính thấm qua giác mạc thấp, và độc tính cao. Vì vậy, thời gian điều trị viêm loét giác mạc do nấm thường kéo dài [2].

Natamycin 5% được xem như là lựa chọn đầu tay để điều trị nấm sợi. Tuy nhiên, vấn đề đề kháng với thuốc và khả năng thẩm kém qua giác mạc đã làm cho vấn đề điều trị gặp nhiều khó khăn, đặc biệt là những trường hợp nhiễm nấm nhu mô sâu và có mù tiền phòng. Bên cạnh đó, nguồn cung cấp thuốc không ổn định, có những thời điểm thuốc không có ở thị trường. Do đó, amphotericin B là 1 liệu pháp thay thế đầy hứa hẹn [4].

Amphotericin B là nhóm thuốc polyene có hiệu quả đối với nhiều chủng loại nấm. Nó có thể dùng theo đường toàn thân, nhỏ tại chỗ. Nó cũng được xem như là an toàn để tiêm vào nội nhãn nếu chỉ định với liều lượng thích hợp.

Vì vậy, để có thêm lựa chọn thuốc điều trị viêm loét giác mạc do nấm trong điều kiện thực tế của nước ta hiện nay, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục đích đánh giá hiệu quả của phương pháp tiêm amphotericin B vào tiền phòng để điều trị những trường hợp nhiễm nấm đã đề kháng với phương pháp điều trị truyền thống là nhỏ thuốc tại mắt.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 28 bệnh nhân được chẩn đoán viêm loét giác mạc sâu được điều trị tại khoa kết giác mạc Bệnh viện Mắt Đà Nẵng từ tháng 2/2015 đến tháng 6/2016

2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Được chẩn đoán xác định là viêm loét giác mạc do nấm bằng soi tuai chất nạo ổ loét.

- Ổ loét sâu, có mù tiền phòng

- Đã điều trị bằng nhỏ tại chỗ Natamycin 5%, kèm với thuốc uống itraconazole 0,1g x 2 viên/1 ngày trong 1-2 tuần, tùy mức độ lâm sàng, nhưng tình trạng mù tiền phòng không giảm và ổ loét có xu hướng lan rộng hoặc thâm nhiễm sâu hơn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp nghiên cứu tiến cứu. Bệnh nhân vào viện được khám theo qui trình thường qui, bao gồm hỏi bệnh sử, tiền sử, đo thị lực và khám dưới sinh hiển vi.

- Nhuộm Fluorescein để đánh giá mức độ tổn thương bề mặt biểu mô

- Đánh giá mức độ thâm nhiễm nhu mô

- Đánh giá mức độ mù tiền phòng

- Đánh giá các yếu tố khác như mổ mắt, thủy tinh thể...

Từ đó, đánh giá mức độ lâm sàng nhẹ, vừa hoặc nặng

Sau khi đã xác định nguyên nhân viêm loét giác mạc do nấm, tiến hành điều trị theo liệu trình như sau:

- Itraconazole 0,1g x 2 viên/ngày uống 1 lần sau ăn no sáng

- Natamycin 5% x 01 lọ, nhỏ 6-8 lần/ngày

- Atropin 1% nhỏ 1 lần/ngày

Sau 1 tuần sẽ ghi nhận lại tình trạng lâm sàng, nếu không đáp ứng điều trị, loét có nguy cơ lan rộng, thâm nhiễm sâu, mù tiền phòng không có dấu hiệu thuyên giảm, bệnh nhân sẽ được chỉ định tháo mù tiền phòng phối hợp với tiêm amphotericin B vào tiền phòng. Quy trình tiêm Amphotericin B vào tiền phòng như sau:

- Pha thuốc Amphotericin B 5microg/0,1ml:

- Gây tê cạnh nhãn cầu

- Sát trùng bằng povidin 5%

- Đặt vành mi

- Mở tiền phòng tại vị trí thái dương

- Hút mù tiền phòng

- Bơm hơi tái tạo tiền phòng

- Bơm 0,1ml dung dịch pha loãng thứ 3 vào tiền phòng

- Bơm phủ tại vị trí mở tiền phòng. Kết thúc phẫu thuật

Theo dõi và đánh giá kết quả điều trị

- Đánh giá tình trạng bệnh nhân sau tiêm, nếu sau mũi tiêm đầu tiên mà các triệu chứng lâm sàng chưa được cải thiện, mù tiền phòng xuất hiện trở lại thì bệnh nhân có chỉ định tiêm amphotericin B tiền phòng mũi thứ 2 hoặc thứ 3

vào những ngày sau tùy tình trạng bệnh, khoảng cách tối thiểu giữa các lần tiêm là 3 ngày. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ tiêm tối đa là 5 mũi tiêm.

- Bệnh nhân được theo dõi và đánh giá kết quả điều trị cho đến lúc ra viện, 1 tuần sau ra viện, và 1 tháng sau ra viện

- Đánh giá sự chuyển biến của các triệu chứng cơ năng: đau nhức, cộm xốn, chảy nước mắt

- Đánh giá quá trình biểu mô hóa ổ loét, diễn biến của thâm nhiễm trên giác mạc và tiến triển của mù tiền phòng

- Khi ổ loét đã được biểu mô hóa, thâm nhiễm đã xơ hóa hoặc ở mức độ nhẹ, chúng tôi cho bệnh nhân ra viện và hẹn tái khám sau 1 tuần và 1 tháng để theo dõi tiến triển bệnh

- Đánh giá thị lực lúc ra viện, 1 tuần sau ra viện, và 1 tháng sau ra viện

- Đánh giá các tác dụng không mong muốn của thuốc trong và sau khi sử dụng

2.3. Xử lý số liệu : kết quả được xử lý theo chương trình SPSS 16.0

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu:

Trong thời gian nghiên cứu từ 2/2015 đến 6/2016, chúng tôi đã tiến hành khám và điều trị cho 28 bệnh nhân VLGM do nấm có mù tiền phòng, không đáp ứng với điều trị Natamycin 5% nhỏ tại chỗ, trong đó:

- Nam chiếm 42,86% (12), nữ chiếm 57,14% (17)

- Độ tuổi trung bình là 55+/-12,7, tuổi nhỏ nhất là 30 tuổi, tuổi lớn nhất là 79 tuổi

- Phần lớn bệnh nhân là nông dân (19), chiếm 67,86%

- Về yếu tố thuận lợi gây bệnh, có đến 13 bệnh nhân (46,43%) tìm thấy yếu tố thuận lợi gây bệnh, chủ yếu là do chấn thương với tác nhân là dị vật thực vật. Khoảng 28,57% (8 mắt) không rõ tiền sử, không tìm thấy yếu tố thuận lợi gây bệnh.

- Mức độ lâm sàng:

Bảng 3.1: Mức độ lâm sàng của bệnh nhân trong nghiên cứu

Mức độ lâm sàng	Số bệnh nhân	%
Nhẹ	0	0
Vừa	10	35,71
Nặng	18	64,29
Tổng	28	100

Trong 28 bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số là bệnh nhân nặng chiếm tới 64,29%, mức độ vừa chiếm 35,71%, không có bệnh nhân nhẹ.

- 100% bệnh nhân đều có mù tiền phòng vào thời điểm bắt đầu liệu trình điều trị.

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Đánh giá kết quả điều trị chung

Bảng 3.2: Kết quả điều trị chung

Kết quả	Số bệnh nhân	%
Tốt	5	17,86
Trung bình	15	53,57
Xấu	8	28,57
Tổng	28	100

Trong số 28 bệnh nhân được tiêm Amphotericin B, có 20 mắt (71,43%) đáp ứng với điều trị, trong đó có 5 bệnh nhân cho kết quả tốt, 15 bệnh nhân đạt kết quả trung bình. Có 8 mắt đạt kết quả xấu và phải chuyển phác đồ điều trị là mức nội nhãn. Những trường hợp đó được xem như là thất bại trong điều trị.

3.2.2. Thời gian hết mù tiền phòng

Bảng 3.3: Thời gian hết mù tiền phòng

Thời gian	Số bệnh nhân	%
1-3 ngày	2	10
<1 tuần	5	25
1-2 tuần	8	40
>2 tuần	5	25
Tổng	20	

Thời gian hết mù tiền phòng trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 10 +/-7.3 ngày. Thời gian này được tính từ thời điểm mũi tiêm cuối cùng đến khi mù tiền phòng biến mất.

3.2.3. Thời gian biểu mô hóa ổ loét

Bảng 3.4: Thời gian biểu mô hóa ổ loét hoàn toàn

Thời gian	Số bệnh nhân	%
<1 tuần	1	5
1-2 tuần	3	15
2-3 tuần	3	15
>3 tuần	13	65
Tổng	20	100

Thời gian trung bình biểu mô hóa ổ loét hoàn toàn trong nghiên cứu của chúng tôi là 22,7+/- 9,3. Thời gian này được tính từ khi bệnh nhân vào viện cho đến khi ổ loét đã được biểu mô hóa hoàn toàn.

3.2.4. Số mũi tiêm tiên phòng được thực hiện

Bảng 3.4: Số mũi tiêm tiên phòng

Số mũi tiêm Kết quả điều trị	1-3 mũi	3-5 mũi	Tổng
Tốt	5	0	5
Trung bình	13	2	15
Xấu	2	6	8
Tổng	20	8	28

Trong số bệnh nhân được điều trị khỏi theo phác đồ của chúng tôi, hầu hết đều chỉ nhận <3 mũi tiêm tiên phòng (chiếm 90 %). Còn với những bệnh nhân được tiêm >3 mũi, chỉ có 2 bệnh nhân đáp ứng với điều trị, còn tới 6 bệnh nhân được coi như là thất bại điều trị.

3.2.5. Đánh giá kết quả điều trị sau 1 tháng

Tại thời điểm đánh giá sau 1 tháng, trong số 20 bệnh nhân khỏi hẳn, có 9 bệnh nhân tạo sẹo xấu gồm: sẹo rộng tới vùng chu biên, sẹo dày, có tân mạch, chiếm 60%. Chỉ khoảng 5 bệnh nhân tạo sẹo mỏng tại vị trí trung tâm, còn 3 bệnh nhân có sẹo dính mỏng mắt. Có 3 bệnh nhân không quay lại tái khám, nhưng kết quả tái khám của 3 bệnh nhân này tại thời điểm 1 tuần đều tốt, 1 ca biểu mô hóa hoàn toàn, tạo sẹo vùng trung tâm, sẹo dày, 2 mắt đang dần được biểu mô hóa, đang tạo sẹo mỏng vùng chu biên.

Thị lực tại thời điểm sau ra viện:

Bảng 3.5: Kết quả thị lực theo thời gian

Thị lực \ Thời gian	Vào viện	Ra viện	Sau ra viện	
			Sau 1 tuần	Sau 1 tháng
As(+)	7	2	1	0
BBT- ĐNT 5m	14	8	8	7
1/10-3/10	5	7	5	5
3/10- 5/10	2	3	5	3
>5/10	0	0	1	2
Tổng	28	20	20	17

Thị lực sau ra viện cải thiện rõ rệt so với thời điểm lúc vào viện.

3.2.6. Biến chứng sau tiêm tiên phòng

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận hầu hết bệnh nhân đều có cảm giác đau tức mắt sau tiêm và 7 trường hợp có phản ứng tiên phòng thoáng qua nhưng cả 2 triệu chứng trên đều tự điều chỉnh sau 24 h. Không có trường hợp nhiễm trùng thứ phát hay viêm mủ nội nhãn sau tiêm tiên phòng trong vòng 3 ngày sau tiêm.

Tại thời điểm thăm khám sau 1 tháng, ghi nhận 4 trường hợp đục thủy tinh thể.

IV. BÀN LUẬN

Viêm loét giác mạc là nguyên nhân chính gây nên mù mắt ở những vùng nông thôn, nơi mà khí hậu luôn nắng nóng và ẩm ướt. Mặc dù

các thuốc điều trị nấm đã được cải tiến rất nhiều với sự phát triển của những loại thuốc kháng nấm phổ rộng, nhưng tỷ lệ các trường hợp nhiễm nấm nặng do những loại nấm kháng thuốc cũng gia tăng gần đây. Do đó, việc lựa chọn loại thuốc điều trị nấm thích hợp vẫn còn là một thách thức. Hiệu quả lâm sàng của thuốc kháng nấm phụ thuộc phần lớn vào nồng độ tập trung của thuốc tại mô đích, phổ hoạt động và mức độ an toàn.

Natamycin từ lâu đã được xem như là lựa chọn đầu tay để điều trị viêm loét giác mạc do nấm sợi. Tuy nhiên, trên thị trường hiện nay chỉ có chế phẩm natamycin dùng nhỏ mắt tại chỗ, và nhược điểm của thuốc là thẩm qua giác mạc rất kém sau khi được nhỏ tại chỗ.

Ngược lại với Natamycin, Amphotericin B có thể được chỉ định dùng theo nhiều đường khác nhau bao gồm: đường toàn thân, tiêm dưới kết mạc, nhỏ tại chỗ, tiêm vào buồng dịch kính và tiêm nhu mô và tiêm tiền phòng. Đường tiêm tĩnh mạch ít được chỉ định vì nồng độ tập trung tại mắt thấp và nhiều tác dụng phụ, đặc biệt là độc thần kinh. Tiêm dưới kết mạc có thể gây ra tình trạng viêm kéo dài quanh nhãn cầu, loét biểu mô, và hoại tử tại vị trí tiêm. Đường dùng tại chỗ với nồng độ 0,15 % cho kết quả điều trị kháng nấm tốt trên bề mặt nhưng thẩm kém qua lớp biểu mô nguyên vẹn.

Amphotericin B còn có thể được chỉ định tiêm tiền phòng. Kaushik và cộng sự là những người đầu tiên đánh giá hiệu quả tiêm thuốc kháng nấm tiền phòng để điều trị viêm loét giác mạc sâu do nấm [10]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi dùng thuốc amphotericin B tiêm tiền phòng với nồng độ 5ug/0,1ml, giống với nồng độ của nhiều nghiên cứu trước đó như của Kuriakose và cộng sự, hay của Namarata Sharma và cộng sự [2], [4]. Liều dùng từ 5ug đến 10ug được cho là an toàn và hiệu quả để tiêm tiền phòng hay tiêm vào buồng dịch kính theo nhiều nghiên cứu trước đó.

Trong 28 bệnh nhân được điều trị theo phác đồ nghiên cứu, tỷ lệ tiến triển khỏi bệnh là 71,43%, và có 8 mắt (chiếm 28,57%) thất bại phải chuyển phác đồ điều trị qua mức nội nhãn. Tỷ lệ khỏi này của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của tác giả Sharma và cộng sự (73,3% ở nhóm tiêm amphotericin B tiền phòng phối hợp với rửa mù tiền phòng và nhỏ natamycin 5 % tại chỗ) [4]. Nhưng lại thấp hơn hầu hết các nghiên cứu của các tác giả trước đó cũng nghiên cứu về hiệu quả điều trị của amphotericin B tiêm tiền phòng như Yoon và cộng sự (2007), hay tác giả Salfiye Yilmaz và cộng sự (2006) [3], [5]. Điều này có thể là do tỷ lệ bệnh nhân nặng trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ cao, hầu hết bệnh nhân đến khám và điều trị khi tình trạng bệnh đã nặng hoặc đã được điều trị bằng các phác đồ điều trị khác trước đó nhưng không đáp ứng. Một nhược điểm nữa trong nghiên cứu của chúng tôi cũng ảnh hưởng đến kết quả điều trị là chúng tôi không phân lập được danh tính của tác nhân nấm gây viêm loét.

Nếu so với các kết quả nghiên cứu hiệu quả điều trị viêm loét giác mạc của Amphotericin B theo những đường dùng khác nhau như tác giả

Thái Lê Na (2006) nghiên cứu về amphotericin B 0,15% tra mắt phối hợp với Itraconazole toàn thân (81,6%) hay nghiên cứu của tác giả Đoàn Thúy Hòa (2010) nghiên cứu về tiêm Amphotericin B nhu mô giác mạc phối hợp với Itraconazole toàn thân thì kết quả của chúng tôi cũng thấp hơn [3], [5]. Điều này cũng có thể là do trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp bệnh nhân nhẹ, còn bệnh nhân nặng chiếm tỷ lệ cao.

Thời gian mù tiền phòng biến mất trong nghiên cứu của chúng tôi khó có thể so sánh với các nghiên cứu khác trên thế giới vì chúng tôi tính thời gian mù tiền phòng biến mất từ thời điểm mũi tiêm cuối cùng mà chúng tôi thực hiện trên bệnh nhân, còn những tác giả khác như Yoon hay Shamar lại tính kể từ thời gian bắt đầu xuất hiện mù tiền phòng. Còn với thời gian biểu mô hóa hoàn toàn, thời gian trong nghiên cứu của chúng tôi dài hơn các nghiên cứu khác như nghiên cứu của Yoon và cộng sự là 19,8 ngày +/- 10,4; hay tác giả Yishao và cộng sự (2010) là 20,2 +/- 10,6 [2], [6]. Điều này ngoài lý do có đến 64,29% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân nặng, không có bệnh nhân nhẹ thì thêm lý do khách quan là bệnh nhân năm thường năm điều trị lâu dài với gánh nặng chi phí rất lớn, cho nên khi chúng tôi nhận thấy bệnh nhân đã đáp ứng điều trị, hết mù tiền phòng và đang trong quá trình biểu mô hóa vết loét, chúng tôi thường cho bệnh nhân xuất viện và tái khám theo hẹn, vì vậy, nhiều lúc không đánh giá được chính xác thời gian biểu mô hóa hoàn toàn vết loét. Tuy nhiên, theo nhiều nghiên cứu trước đó có sự so sánh giữa nhóm có tiêm tiền phòng amphotericin B và nhóm không dùng amphotericin B đều cho kết luận là amphotericin B tiêm tiền phòng có hiệu quả trong việc làm giảm thời gian xuất hiện mù tiền phòng và rút ngắn thời gian biểu mô hóa vết loét [3], [5], [6].

Theo nhiều nghiên cứu, liều 5ug mà chúng tôi dùng trong nghiên cứu là an toàn và hiệu quả trong điều trị viêm loét giác mạc do nấm có kèm mù tiền phòng [3],[6],[7]. Tuy nhiên, rõ ràng trong nghiên cứu của chúng tôi, liều 5ug tỏ ra có hiệu quả về mặt lâm sàng, bởi vì có 4 mắt lành sau 1 mũi tiêm, và 14 mắt đáp ứng điều trị sau 3 mũi tiêm. Trong số 8 mắt cần >3 mũi tiêm, chỉ có 2 mắt có cải thiện. Còn 6 mắt phải chuyển phác đồ điều trị. Do đó, chúng tôi khuyến cáo rằng chỉ cần 3 mũi tiêm amphotericin B liều 5ug là đủ để kiểm soát viêm loét giác mạc do nấm và

tránh được các biến chứng liên quan đến độc tính của thuốc dùng. Nhận định này của chúng tôi cũng phù hợp với nhận định của tác giả Salfiye Yilmaz và cộng sự[7].

Nhìn chung, thị lực của những bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được cải thiện rõ rệt, tỷ lệ tăng thị lực chung của chúng tôi là 17/20 bệnh nhân, và cải thiện dần sau thời gian 1 tuần, 1 tháng sau ra viện. Tuy nhiên, mức độ cải thiện không cao, hầu hết chỉ tới được mức 3/10. Điều này có thể là do trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nặng chiếm tỷ lệ cao, viêm loét diện rộng và vị trí ở trung tâm. Với những viêm loét ở vị trí trung tâm thì dù có điều trị khỏi cũng gây giảm thị lực nhiều.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trong 28 mắt được tiêm Amphotericin B, có 7 mắt có phản ứng tiền phòng thoáng qua ngay đầu sau tiêm nhưng tự cải thiện sau 24h. Mặc dù trong nghiên cứu không có trường hợp nào nhiễm trùng thứ phát hoặc viêm mủ nội nhãn nhưng đó cũng là 1 nguy cơ đáng lưu ý, cần phải thực hiện việc tiêm tiền phòng trong điều kiện vô trùng. Sau 1 tháng, ghi nhận 4 trường hợp đục thủy tinh thể.

Kết quả từ nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng tiêm tiền phòng Amphotericin B là một phương pháp điều trị bổ sung hữu ích cho những trường hợp viêm loét giác mạc nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Minh Châu, Phạm Ngọc Đông, (2007)**, "Đặc điểm viêm loét giác mạc nhiễm khuẩn tại bệnh viện mắt trung ương", Tạp chí Nghiên cứu y học (tập 50) số 4, tr 92-97
2. **Phạm Thu Lan, Trần Anh Thư (2008)**, "Tìm hiểu viêm loét giác mạc do nấm", Tổng kê của phòng vi sinh, khoa xét nghiệm tổng hợp – Bệnh viện Mắt Trung Ương, Mục Bệnh Viêm – Trang tham khảo về sức khỏe, phòng bệnh và các vấn đề liên quan tới bệnh tật, Sức khỏe.com.vn.
3. **Thái Lê Na (2006)**, "Đánh giá hiệu quả điều trị Viêm loét Giác mạc do nấm bằng phối hợp Amphotericin B tra tại chỗ và Itraconazole toàn thân", Luận văn thạc sĩ Y học, trường Đại học Y HN
4. **Lê Minh Thông (2005)**, "Giải phẫu và sinh lý mắt", Giáo trình nhãn khoa, Nhà xuất bản giáo dục, tr.9-92.
5. **Lê Anh Tâm (2008)**, "Nghiên cứu tình hình viêm loét giác mạc tại bệnh viện mắt trung ương trong 10 năm (1998-2007)", Luận văn thạc sĩ Y học, Trường
6. **Basak S. K., Mohanta A., Bhowmick A. (2004)**, "Intracameral Amphotericin B in deep keratomycosis with hypopyon: a randomized controlled clinical trial", Final programme, American Academy of Ophthalmology, pp. 176.
7. **Bhavana Sharma, Preeti Kataria, Reena Anand, Rachma Gupta, Kavita Kumar, Salil Kumar, Richa Gupta, (2015)** "Efficacy profile of intracameral amphotericin B: The often forgotten step", Asia-Pacific Journal of Ophthalmology ,4(6), pp.360-366.

ĐIỀU KIỆN AN TOÀN CỦA CÁC PHÒNG X-QUANG TẠI CÁC CƠ SỞ Y TẾ TRÊN ĐỊA BÀN TỈNH QUẢNG NGÃI NĂM 2016

Hoàng Ngọc Sơn*, Nguyễn Trọng Tín*, Nguyễn Thúy Quỳnh***

TÓM TẮT³⁹

Mục tiêu: Mô tả thực trạng điều kiện an toàn các phòng X-quang ở các cơ sở y tế trên địa bàn tỉnh Quảng Ngãi năm 2016. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, kết hợp định lượng và định tính được tiến hành từ 1/2016 đến 5/2016 tại 28 cơ sở y tế (31 phòng X-

quang) trên địa bàn tỉnh Quảng Ngãi. Số liệu định lượng được thu thập thông qua bảng kiểm quan sát thực tế và tham khảo số liệu thứ cấp để đánh giá về an toàn bức xạ. Số liệu định tính được thu thập thông qua các cuộc phỏng vấn sâu lãnh đạo và nhân viên của các cơ sở y tế. **Kết quả:** 100% các đơn vị đã tuân thủ tốt quy định về trang bị đèn, biển báo, nội quy nơi làm việc. 100% phòng chụp đã được ốp chì hoặc trét batriit theo quy định. 93,5% cơ sở có thực hiện đo và lưu kết quả đo môi trường bức xạ định kỳ hàng năm. 100% các phòng X-quang đều có liều bức xạ đạt tiêu chuẩn cho phép. Tuy nhiên, vẫn còn 33,34% số đơn vị không trang bị găng tay chì, 22,23% số cơ sở không trang bị áo chì/tạp dề chì cho nhân viên chụp X-quang và 26,2% nhân viên X-quang chưa được đưa đi đào tạo an toàn bức xạ. Chỉ có 12/31 (38,7%)

*Bệnh Viện Việt Đức

**Trung tâm y tế dự phòng Quảng Ngãi

***Trường Đại học Y tế công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Ngọc Sơn

Email: hoangngocson69@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

phòng chụp X-quang đạt tiêu chuẩn về an toàn bức xạ. **Kết luận:** Nhìn chung, các phòng chụp X-quang tại các cơ sở y tế trong nghiên cứu đều đảm bảo tương đối tốt về an toàn bức xạ, tuy nhiên việc trang bị đồ bảo hộ lao động cũng như đào tạo, tập huấn cho các nhân viên chụp X-quang về an toàn bức xạ vẫn còn nhiều hạn chế.

Từ khóa: an toàn bức xạ, cơ sở y tế, X-quang

SUMMARY

SAFETY CONDITIONS OF X-RAY ROOMS AT MEDICAL FACILITIES IN QUANG NGAI PROVINCE IN 2016

Objective: Description of the situation of safety of X-ray room in the health facilities in the province of Quang Ngai 2016. **Subjects and research methods:** A cross-sectional descriptive study analysis combined quantitative and qualitative research methods was conducted from 1/2016 to 5/2016 at 28 health facilities (31 X-ray rooms) in the province of Quang Ngai. Quantitative data was collected through observation checklist and reference actual secondary data to assess radiation safety. Qualitative data was collected through in-depth interviews of leaders and employees of health care facilities. **Results:** 100% of the units have good compliance regulations fitted lights, signs and rules work. 100% lead-paneled room was shooting or plaster batrit prescribed. 93.5% of facilities have implemented measurements and save the results of environmental radiation measurements annually. 100% of the X-ray room are standard radiation dose allowed. However, 33.34% of the shares are still not equipped with gloves lead, 22.23% of the base is not outfitted with lead / lead aprons for X-ray staff and 26.2% of employees X ray has not given training on radiation safety. Only 12/31 (38.7%) the X-ray room standards on radiation safety. **Conclusion:** Overall, the X-ray room at the health facilities in the study were relatively better ensure the safety of radiation, but the protective equipment as well as training employees, training for X-ray personnel about radiation safety is still limited.

Keywords: radiation safety, medical facilities, X-ray

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong Y học, chiếu chụp X quang là một trong những phương pháp chẩn đoán quan trọng. Tuy nhiên, việc dùng tia X (một loại bức xạ ion hóa) trong khám và chữa bệnh gây ra tác hại không nhỏ đối với những người tiếp xúc, đặc biệt là đối với các nhân viên y tế làm việc tại các phòng chiếu chụp X- quang do liên tục phải tiếp xúc với tia X, loại bức xạ ion hóa này là yếu tố tác hại nghề nghiệp nguy hiểm [6]. Tiếp xúc với bức xạ ion hóa có thể gây biến đổi gen và nhiễm sắc thể, làm chậm hoặc hủy hoại phân chia tế bào hoặc gây các bệnh ung thư như ung thư máu, xương, da và tuyến giáp [5].

Trên địa bàn tỉnh Quảng Ngãi hiện nay có 38 cơ sở sử dụng 45 thiết bị X- quang để chẩn đoán hình ảnh, trong đó có 19 phòng X-quang nhà nước và 19 phòng X-quang tư nhân [23]. Tuy nhiên công tác an toàn bức xạ tại tỉnh Quảng Ngãi hiện nay còn nhiều bất cập do sự gia tăng đáng kể về số cơ sở y tế sử dụng nguồn bức xạ ion hóa, kèm theo là sự gia tăng về số nhân viên y tế (NVYT) tiếp xúc với bức xạ ion hóa. Cho đến nay, trên địa bàn tỉnh Quảng Ngãi chưa có một nghiên cứu nào về điều kiện an toàn tại các phòng X-quang, do vậy chưa thể phản ánh được toàn diện tình hình công tác an toàn bức xạ ở các cơ sở y tế cũng như nguy cơ do bức xạ ion hóa gây ra cho sức khỏe của các NVYT tại các cơ sở y tế này. Từ lý do trên, tác giả tiến hành nghiên cứu: "Điều kiện an toàn của các phòng X-quang và kiến thức, thực hành phòng bệnh nhiễm xạ nghề nghiệp của nhân viên X- quang trong các cơ sở y tế trên địa bàn tỉnh Quảng Ngãi năm 2016" qua đó nhằm mô tả thực trạng điều kiện an toàn các phòng X-quang ở các cơ sở y tế trên địa bàn tỉnh Quảng Ngãi năm 2016. Bài báo này được viết từ một phần trong nghiên cứu trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Các phòng X – quang trên địa bàn 14 huyện của tỉnh Quảng Ngãi, có sử dụng X-quang. Trong đó, loại trừ những phòng X-quang không hoạt động và bị đình chỉ hoạt động trong thời gian triển khai nghiên cứu

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: 01/2016 – 5/2016

- Địa điểm nghiên cứu: 14 huyện, thành phố thuộc tỉnh Quảng Ngãi

3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, kết hợp định lượng và định tính.

4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Mẫu định lượng: Chọn toàn bộ phòng X-quang: 41 phòng X-quang thuộc 38 cơ sở y tế. Trên thực tế có 28 cơ sở y tế (31 phòng X-quang) tham gia nghiên cứu. Trong đó: 03 cơ sở tạm dừng hoạt động (đóng cửa không thời hạn), 03 cơ sở chưa được cấp phép hoạt động, 04 cơ sở không tham gia nghiên cứu.

Mẫu định tính: Chọn mẫu có chủ đích các đối tượng, cụ thể như sau: 03 nhân viên X-quang; 02 Giám đốc/Phó giám đốc bệnh viện; 02 Giám đốc phòng khám/Cơ sở X-quang tư nhân; 02

Trưởng/Phó khoa chẩn đoán hình ảnh bệnh viện : 1 cán bộ ở tuyến tỉnh, 1 cán bộ ở tuyến huyện; 01 Trưởng/Phó Khoa Sức khỏe nghề nghiệp (TTY tế dự phòng tỉnh); 01 Trưởng/Phó Phòng Quản lý công nghệ và sở hữu trí tuệ (Sở Khoa học và công nghệ)

5. Biến số nghiên cứu

- Nhóm biến số đèn báo, biển báo và nội quy an toàn bức xạ
- Nhóm biến số bố trí, thiết kế phòng chụp X-quang đảm bảo an toàn bức xạ
- Nhóm biến số bố trí, thiết kế phòng điều khiển đảm bảo an toàn bức xạ
- Nhóm biến số bố trí, thiết kế phòng xử lý phim đảm bảo an toàn bức xạ
- Nhóm biến số thiết bị X-quang đảm bảo an toàn bức xạ
- Nhóm biến số lưu giữ hồ sơ
- Nhóm biến số kết quả đo suất liều bức xạ
- Nhóm biến số công tác đào tạo an toàn bức xạ, chăm sóc sức khỏe người lao động

6. Phương pháp thu thập số liệu

- Số liệu/thông tin về điều kiện an toàn của các phòng X-quang được thu thập qua bảng kiểm quan sát thực tế và tham khảo số liệu thứ cấp (Hồ sơ phòng X-quang; Các báo cáo chuyên môn quản lý về vật tư y tế của phòng vật tư y tế; danh sách trang thiết bị phòng X-quang).

- Số liệu định tính được thu thập qua các cuộc phỏng vấn sâu với các nhân viên y tế.

7. Xử lý số liệu

- Số liệu định lượng thu thập sẽ được làm sạch, nhập và quản lý bằng phần mềm Epi-Data 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0.
- Các cuộc phỏng vấn sâu được nghiên cứu viên ghi chép cẩn thận và được ghi âm. Bảng gỡ băng, bảng tóm tắt cuộc phỏng vấn được mã hoá và phân tích theo từng chủ đề của mục tiêu nghiên cứu.

8. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y tế công cộng thông qua theo Quyết định số 043/2016/YTCC-HĐ3 ngày 03/03/2016.

III. KẾT QUẢ

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ phòng X-quang tổng hợp chiếm đa số với tỷ lệ 96,8% và chỉ có 3,2% phòng X-quang nha khoa. Trong số 30 phòng X-quang tổng hợp thì có 25,8% phòng X-quang tổng hợp có bàn lật nghiêng, 71% phòng X-quang tổng hợp có bàn cố định. Số lượng máy X-quang tổng hợp chiếm đa số trong các thiết bị bức xạ ion hóa, với 22,6% ở tuyến tỉnh, 46,16% ở tuyến huyện và 29,03% ở y tế tư nhân. Máy X-quang nha khoa chỉ chiếm 3,22%.

Bảng 1. Thực trạng an toàn bức xạ phòng X-quang (n=31)

TT	Thông tin	N	%
1	Đèn, biển cảnh báo	31	100
2	Đèn báo hiệu làm việc	31	100
3	Bảng nội quy	31	100
4	Có treo bảng hướng dẫn vận hành, chế độ chụp	30	96,8
5	Diện tích phòng chụp tối thiểu 20 m ² (14 m ²)	29	93,5
6	Diện tích phòng rửa phim 7 m ²	13	46,4
7	Khe cửa ra vào khép kín	31	100
8	Ốp chì cửa ra vào	31	100
9	Kính chì ô cửa quan sát từ phòng điều khiển	31	100
10	Ốp chì/trét batrit tường phòng chụp	31	100
11	Bề dày tấm ốp chì tối thiểu 1,5 mm	31	100
12	Chiều cao tấm chắn chì tối thiểu 2 m	30	96,8
13	Thiết bị X-quang đã được cấp phép	28	90,3

Kết quả nghiên cứu cho thấy 100% các đơn vị đã tuân thủ tốt quy định về trang bị đèn, biển báo, nội quy nơi làm việc và chỉ có 01 (3,2%) đơn vị không có treo bảng hướng dẫn vận hành; 93,5% phòng chụp và 46,4 % phòng rửa phim đạt tiêu chuẩn về diện tích vì thực tế cho thấy

điều kiện cơ sở vật chất ở các phòng khám tư nhân khá chật hẹp nên tiêu chí này không đảm bảo. Kết quả này phù hợp với kết quả định tính khi PVS giám đốc một phòng khám tư nhân cho thấy: "Nhìn chung đơn vị tôi điều kiện an toàn bức xạ cũng tương đối đảm bảo, tuy nhiên vì

điều kiện diện tích chật hẹp nên phòng rửa phim còn chưa đạt yêu cầu. (PVS_LĐPKTN_01) cũng phản ánh điều kiện cơ sở vật chất một số phòng khám tư nhân hiện tại.

Nghiên cứu cũng cho thấy, có 96,8% số phòng X-quang có chiều cao chỉ đạt chuẩn quy định, 100% phòng chụp đã được ốp chì hoặc trát batriit theo quy định (Thông tư liên tịch số 13/2014/TTLT-BKHCN-BYT và TCVN 6561-1999). Vẫn còn 9,7% số cơ sở có thiết bị X-quang chưa được cấp phép lại.

Về việc lưu trữ hồ sơ, có 89,3% số đơn vị có đo và lưu trữ hồ sơ liều chiếu xạ cá nhân định kỳ, 93,5% số đơn vị có thực hiện đo và lưu kết quả đo môi trường bức xạ định kỳ hàng năm. Tuy nhiên, có đến 21,4% số cơ sở không khám sức khỏe định kỳ cho nhân viên và lưu trữ hồ sơ sức khỏe của nhân viên bức xạ. Trong đó chỉ có 64,3% số cơ sở thực hiện đúng quy định khám sức khỏe định kỳ 06 tháng/lần.

Kết quả đo kiểm liều bức xạ tại các cơ sở y tế cho biết, 100% các phòng X-quang đều có liều bức xạ đạt tiêu chuẩn cho phép. Kết quả phỏng vấn sâu cán bộ quản lý Khoa Sức khỏe nghề nghiệp - Trung tâm Y tế dự phòng tỉnh cũng cho thấy: "Theo kết quả báo cáo công tác y tế lao động năm 2015 thì Khoa Sức khỏe nghề nghiệp đã đo môi trường lao động cho 23 đơn vị y tế, trong đó đo kiểm tra môi trường bức xạ cho 11 đơn vị y tế với 100% mẫu đo đều đạt tiêu chuẩn cho phép." (PVS_CBQLKSKNN).

Về vấn đề bảo hộ lao động cho nhân viên chụp X-quang, tại 27 cơ sở có phòng chụp X-quang tổng hợp, có đến 33,34% số đơn vị không trang bị găng tay chì, 22,23% số cơ sở không trang bị áo chì/tạp dề chì cho nhân viên chụp X-quang. Có 73,8% nhân viên X-quang được đưa đi đào tạo an toàn bức xạ do Cục An toàn bức xạ & hạt nhân tổ chức theo quy định định kỳ 03 năm/lần. Tại các cơ sở y tế công lập, tỷ lệ nhân viên X-quang được đào tạo về an toàn bức xạ cao hơn so với các cơ sở y tế tư nhân (66,7% so với 7,1%).

Nếu xét theo Quy chế tổ chức và An toàn bức xạ ion hóa phòng X- quang chỉ có 12 (38,7%) phòng đạt về an toàn bức xạ khi đạt đủ 100% các tiêu chí đánh giá. Đặc biệt, chỉ có 01(3,2%) phòng X-quang tư nhân đạt về an toàn bức xạ. Đa số các phòng khám tư nhân không đạt về diện tích phòng rửa phim không đạt về diện tích, công tác khám sức khỏe định kỳ không tốt, một số đơn vị chỉ khám sức khỏe định kỳ 01 năm/lần.

IV. BÀN LUẬN

Theo quy định của nhà nước qua các thời kỳ thì diện tích tối thiểu đối với phòng chụp X-quang tổng hợp với bàn chụp lật nghiêng là 20m², phòng chụp X- quang tổng hợp với bàn chụp cố định và phòng chụp X-quang nha khoa là 14 m². Kết quả nghiên cứu cho thấy số phòng chụp và phòng rửa phim đạt tiêu chuẩn về diện tích đạt tỷ lệ: 93,5% phòng chụp và 45,4% phòng rửa phim. Kết quả này cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hòa (2015) tại Thái Nguyên khi chỉ có 68,3% phòng máy và 25,5% phòng rửa phim đạt diện tích theo quy định (trên 25 m²) [3] và kết quả nghiên cứu của Nguyễn Khắc Hải và cộng sự (2004) khi chỉ có 7,5% số phòng máy đạt diện tích theo quy định (trên 25 m²) [1].

Để đảm bảo an toàn cho nhân viên X-quang thì tường phải được sử dụng vật liệu che chắn tia X như tấm chì, tấm cao su chì hoặc tường được trát barit, nghiên cứu của tác giả chỉ ra rằng, 100% phòng chụp được ốp chì hoặc trát barit, cho thấy các cơ sở X-quang đã nhận thức được tầm quan trọng trong công tác an toàn bức xạ và công tác cải thiện điều kiện an toàn phòng X-quang tốt hơn so với trước kia. Kết quả nghiên cứu của tôi tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thái Hòa (2011) [2] và Nguyễn Khắc Hải (2004) khi có đến 100% phòng chụp được ốp chì hoặc trát barit [1].

Theo quy định tại Thông tư liên tịch số 13/2014/TTLT-BKHCN-BYT năm 2014 của Bộ Khoa học & công nghệ và Bộ Y tế, hàng năm các đơn vị phải đưa liều kế cá nhân của nhân viên X-quang đi kiểm tra và thực hiện công tác đo kiểm môi trường bức xạ 01 lần/năm. Nghiên cứu của tác giả cho thấy, có 93,5% số cơ sở đã đo kiểm môi trường bức xạ và có lập hồ sơ theo dõi suất liều bức xạ và 89,3% số cơ sở đã đưa liều kế cá nhân của nhân viên X-quang đi kiểm tra. Kết quả nghiên cứu này cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Khắc Hải (2004) [1] và nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hòa (2015) [3].

Kết quả nghiên cứu cho thấy 73,8% số cơ sở đã tổ chức đưa nhân viên X-quang đi đào tạo an toàn bức xạ. Theo kết quả phân tích thì trong đó có 26,2% số nhân viên X- quang chưa được đưa đi đào tạo an toàn bức xạ, 16,7% số nhân viên X-quang đã hết hạn chứng chỉ an toàn bức xạ nhưng chưa được cử đi đào tạo lại. Kết quả này

thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hòa (2015) khi có 79,3% nhân viên X-quang được đi đào tạo an toàn bức xạ[3].

Tạp dề chì/Áo chì và găng tay chì là phương tiện bảo hộ phổ biến và thiết yếu nhất để đảm bảo an toàn cho nhân viên X-quang trong quá trình làm việc được quy định tại Thông tư liên tịch số 13/2014/TTLT-BKHCN-BYT và TCVN 6561:1999. Tuy nhiên, vẫn còn 33,34% số đơn vị không trang bị găng tay chì, 22,23% số cơ sở không trang bị áo chì/tạp dề chì cho nhân viên chụp X-quang. Kết quả nghiên cứu của tôi cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thái Hòa (2011) khi chỉ có 35% số cơ sở có tạp dề chì và 26,9% cơ sở có găng tay chì[2]. Điều này có thể giải thích do các phòng X-quang trên địa bàn tỉnh Quảng Ngãi hiện nay ở tuyến huyện và tư nhân ít khi chỉ định chiếu tia chẩn đoán bệnh mà chủ yếu là chụp X-quang thường quy nên không chú trọng trang bị găng tay chì cho nhân viên.

Theo quy chế tổ chức và an toàn bức xạ ion hóa phòng X-quang, kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ có 12 (38,7%) phòng X-quang đạt chuẩn theo quy định của nhà nước. Đặc biệt, chỉ có 01 (3,2%) cơ sở tư nhân đạt chuẩn theo quy định của nhà nước. Kết quả này cao hơn so với kết quả khảo sát bức xạ tỉnh Quảng Ngãi năm 2007 chỉ có 20,8% số cơ sở đạt chuẩn theo quy định nhà nước [4]. Những phòng X-quang tư nhân không đạt chuẩn theo quy định vì điều kiện cơ sở vật chất còn chật hẹp, dẫn đến phòng xử lý phim không đạt quy định về diện tích. Một số đơn vị không cung cấp bảo hộ lao động cho nhân viên X-quang, công tác chăm sóc sức khỏe như khám sức khỏe định kỳ và tập huấn về an toàn bức xạ cho nhân viên X-quang chưa được tốt.

V. KẾT LUẬN

-100% các đơn vị đã tuân thủ tốt quy định về trang bị đèn, biển báo, nội quy nơi làm việc. 100% phòng chụp đã được ốp chì hoặc trét batri theo quy định. 93,5% cơ sở có thực hiện

đo và lưu kết quả đo môi trường bức xạ định kỳ hàng năm. 100% các phòng X-quang đều có liều bức xạ đạt tiêu chuẩn cho phép.

-Vẫn còn 33,34% số đơn vị không trang bị găng tay chì, 22,23% số cơ sở không trang bị áo chì/tạp dề chì cho nhân viên chụp X-quang và 26,2% nhân viên X-quang chưa được đào tạo an toàn bức xạ. Chỉ có 12/31 (38,7%) phòng chụp X-quang đạt tiêu chuẩn về an toàn bức xạ.

KHUYẾN NGHỊ

- Các bệnh viện tuyến huyện, phòng X-quang tư nhân cần trang bị thêm áo chì, găng tay chì để đảm bảo an toàn bức xạ cho nhân viên y tế; trang bị thêm liều kế cá nhân cho các nhân viên X-quang hợp đồng ngắn hạn.

- nhân viên X-quang hợp đồng ngắn hạn và những nhân viên X-quang đã hết hạn chứng chỉ an toàn bức xạ tại các bệnh viện, phòng X-quang tư nhân cần phải được đào tạo và đào tạo lại về an toàn bức xạ theo quy định.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Khắc Hải và các cộng sự (2004)**, "Nghiên cứu sự tiếp xúc nghề nghiệp và ảnh hưởng tới sức khỏe người tiếp xúc ở phòng X-quang tư nhân, đề xuất giải pháp dự phòng", Đề tài nghiên cứu khoa học cấp Bộ, Bộ Y tế.
2. **Nguyễn Thái Hòa và các cộng sự. (2011)**, "Nghiên cứu tình hình an toàn bức xạ tại các cơ sở X-quang của tỉnh Thừa Thiên Huế", Tạp chí Y học thực hành, 911.
3. **Nguyễn Xuân Hòa (2015)**, Thực trạng an toàn bức xạ, sức khỏe, bệnh tật của nhân viên y tế tiếp xúc với bức xạ ion hóa và hiệu quả một số giải pháp quen thuộc, Đại học Thái Nguyên, Thái Nguyên.
4. **Sở khoa học và công nghệ tỉnh Quảng Ngãi (2007)**, Kết quả điều tra, khảo sát bức xạ trên địa bàn tỉnh Quảng Ngãi năm 2007
5. **NIOSH (1988)**, Guidelines for Protecting the safety and health of health care workers.
6. **WHO (2012)**, Ionizing radiation, health effects and protective measures, accessed 28/11/2015, from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs371/en/>.

TỈ LỆ LÃO THỊ VÀ KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VỀ LÃO THỊ CỦA NGƯỜI DÂN Ở HUYỆN QUỐC OAI, HÀ NỘI

Nguyễn Đức Anh*, Vũ Thị Thanh Hương*

TÓM TẮT⁴⁰

Mục tiêu: Đánh giá tỉ lệ lão thị và đánh giá kiến thức, thái độ về lão thị của người dân ở huyện Quốc Oai, Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** Tất cả những người ≥ 40 tuổi. Tiêu chuẩn lão thị là không đọc được dòng 8 của bảng thị lực gần và đọc thêm ít nhất một dòng với kính cộng thêm. Độ lão thị là số kính cộng cần thiết để đạt đọc được dòng cuối (N8). Đánh giá kiến thức và thái độ về lão thị bằng các câu hỏi. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Nghiên cứu gồm 400 người (27,5% nam và 72,5% nữ, đối tượng ≥ 70 tuổi chiếm tỉ lệ 39,5%. Tỉ lệ lão thị là 64%, trong số người lão thị, nhóm tuổi 50-59 có tỉ lệ cao nhất (79%). Tỉ lệ người đã nghe nói đến tật lão thị là 24,25%, tỉ lệ người biết được là lão thị có thể cải thiện được chiếm 89,69%. Số người có nguyện vọng đeo kính nhìn gần là 87,5%. **Kết luận:** Tỉ lệ lão thị ở Quốc oai tương đối cao so với các nghiên cứu khác. Tỉ lệ người chưa được nghe nói đến tật lão thị tương đối cao, nhưng phần lớn nhận ra được dấu hiệu chính của lão thị và biết được là lão thị có thể cải thiện thị lực bằng kính đọc sách. Đa số có mong muốn đeo kính để cải thiện thị lực gần.

SUMMARY

PREVALENCE OF PRESBYOPIA AND KNOWLEDGE, ATTITUDE ABOUT PRESBYOPIA OF PEOPLE IN QUOC OAI DISTRICT OF HANOI

Objective: To assess the prevalence of presbyopia and knowledge, attitude about presbyopia of people in Quoc Oai district of Hanoi. **Subjects and Methods:** All people ≥ 40 years of age. Presbyopia was determined if patient could read 8th line of the near vision chart and read at least one more line with reading add. The degree presbyopia was the amount of reading add that enabled the patient to read N8. Assessment of knowledge and attitudes of presbyopia was performed with our designed questionnaire. Study design is cross-sectional descriptive. **Results:** The study includes 400 people (27.5% male and 72.5% female). People ≥ 70 years old accounts for 39.5%. The prevalence of presbyopia is 64%, highest in 50-59 age group. The percentage of people who have heard of presbyopia is 24.25%, The percentage of people who know that presbyopia can be improved with glasses is 89.69%. The percentage of people who desired to wear glasses is 87.5%. **Conclusions:** The prevalence of presbyopia is high compared to other studies. The percentage of people who have not heard of presbyopia was high, but most recognize signs of presbyopia and know that presbyopia can be improved

with glasses. The majority of people desire to wear glasses to improve their near vision.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lão thị là một tật khúc xạ do sự giảm khả năng điều tiết của mắt ở người lớn tuổi. Theo ước tính, trên thế giới có 1,04 tỉ người bị lão thị. Trong số đó, 517 triệu người không có kính mắt hoặc kính đeo mắt không phù hợp, hầu hết ở các quốc gia đang phát triển [1]. Đã có nhiều nghiên cứu trên thế giới ở người trên 40 tuổi, tuy nhiên các nghiên cứu này đã cho thấy các tỉ lệ lão thị khác nhau. Nghiên cứu của Nirmalan PK ở bang Andhra Pradesh của Ấn Độ cho tỉ lệ lão thị là 55,3%[4]. Burke AG nghiên cứu trên 1709 người ở Kongwa, Tanzania cho tỉ lệ lão thị là 61,7% [5]. Duarte WR nghiên cứu ở 3007 ở Rio Grande do Sul (Brazil) cho tỉ lệ lão thị là 54,7% [6]. Nghiên cứu của Qing Lu trên 1008 người ở Thẩm Dương, tỉnh Liêu Ninh, Trung Quốc cho tỉ lệ lão thị là 67,3%[7]. Ở Việt nam, nghiên cứu của Lưu Hồng Ngọc trên 268 bệnh nhân khám tại bệnh viện mắt trung ương năm 2012 cho thấy lão thị có ở 85,1% trong số bệnh nhân ở độ tuổi 40-45 và hiểu biết của người dân về lão thị còn hạn chế[3]. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào về lão thị trong cộng đồng và kiến thức của người dân về lão thị. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mục tiêu: Đánh giá tỉ lệ lão thị và kiến thức, thái độ về lão thị của người dân ở huyện Quốc Oai, Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu là những người từ 40 tuổi trở lên ở huyện Quốc Oai của Hà nội, huyện này có dân số khoảng 174 254 nghìn người (năm 2013).

Lão thị được xác định tho các tiêu chuẩn: (1) không đọc được dòng 8 của bảng thị lực gần, có thể đọc thêm ít nhất một dòng với kính cộng thêm. Độ lão thị được xác định là số kính cộng cần thiết để đạt đọc được dòng cuối (N8).

- Đánh giá kiến thức về lão thị bằng các câu hỏi: (1) đã nghe nói đến tật lão thị chưa. Đối với những người đã nghe nói đến tật lão thị thì được hỏi thêm dấu hiệu của lão thị là: (a) không nhìn rõ vật ở gần, (b) phải để vật ở xa mắt mới thấy rõ. (c) khó nhìn ở nơi ánh sáng yếu, (d) hay bị mỏi mắt hoặc chảy nước mắt khi đọc sách báo, làm các công việc nhìn gần trong thời gian dài, (d) lão thị có thể cải thiện được không, (2) biện

*Trường đại học Y Hà nội
Chịu trách nhiệm chính:
Email:
Ngày nhận bài:
Ngày phản biện khoa học:
Ngày duyệt bài:

pháp cải thiện lão thị là đeo kính hay là cách khác (phẫu thuật, dùng thuốc, tập mắt).

- Đánh giá thái độ đối với lão thị bằng các câu hỏi: (1) có muốn đeo kính khi mắt nhìn gần bị mờ không, (2) khi có vấn đề thị lực gần thì sẽ tìm đến cán bộ y tế hay là người khác (người thân, bạn bè).

Nghiên cứu phân chia các đối tượng theo các lứa tuổi: 40-49 tuổi, 50-59 tuổi, 60-69 tuổi, và 70 tuổi trở lên.

Phương tiện nghiên cứu gồm có: bảng thị lực Snellen, bảng thị lực gần, hộp kính thử, máy đo khúc xạ tự động, đèn soi đáy mắt, phiếu điều tra.

Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu được tính theo công thức sau:

$$n = Z^2 \left(1 - \frac{\alpha}{2}\right) \frac{p(1-p)}{e^2}$$

Trong đó:

$p = 0,5$ do chưa có nghiên cứu nào trước đây về kiến thức thái độ lão thị.

$$Z_{\left(1-\frac{\alpha}{2}\right)} = 1,96$$

là giá trị của hệ số giới hạn tin cậy ứng với $\alpha = 0,05$ với độ tin cậy 95%.

e : là sai số cho phép, chọn $e = 0,05$. Khi nghiên cứu tiến hành đã thu được 400 phiếu.

Số liệu được xử lý bằng phần mềm STATA 12.0. Test χ^2 để kiểm định sự khác biệt của 2 tỉ lệ; T-test để kiểm định sự khác biệt của hai giá trị trung bình; các test phi tham số cho các biến không theo phân bố chuẩn.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu bao gồm 400 đối tượng, trong đó số nam là 110 (27,5%) và nữ là 290 (72,5%). Sự khác biệt giữa tỉ lệ nam và nữ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Theo độ tuổi thì nhóm tuổi có nhiều đối tượng tham gia nghiên cứu nhất là ≥ 70 tuổi, chiếm tỉ lệ 39,5%. Thấp nhất là độ tuổi 40-49, chiếm tỉ lệ 16,75% (Bảng 1).

Bảng 1. Phân bố theo lứa tuổi

Tuổi	n	%
40-49	67	16,75
50-59	68	17
60-69	107	26,75
≥ 70	158	39,5
Tổng số	400	100

Về trình độ học vấn của các đối tượng nghiên cứu thì chủ yếu là tốt nghiệp cấp 2 (39,5%), tỉ lệ không đi học là 13%, trình độ đại học chỉ có 2,5% (Bảng 2).

Bảng 2. Phân bố theo học vấn

Học vấn	n	%
Đại học	10	2,5
Cao đẳng, trung cấp	16	4
Cấp 3	37	9,25
Cấp 2	158	39,5
Cấp 1	127	31,75
Không đi học	47	13
Tổng số	400	100

Về nghề nghiệp, tỉ lệ đối tượng làm nghề nông chiếm cao nhất với 69,25%; còn lại các nghề nghiệp khác chiếm tỉ lệ tương đối thấp.

Về tình trạng sức khỏe toàn thân và mắt thì 51% các đối tượng có sức khỏe bình thường, tỉ lệ cận thị là 5,25%, viễn thị là 11,25%, đục thể thủy tinh là 42,75%.

1.2. Tỉ lệ lão thị: Trong số 400 đối tượng nghiên cứu, có 256 người được xác định là bị lão

thị, chiếm tỉ lệ 64%. Về giới tính, trong số người lão thị có 78 nam (30,46%) và 178 nữ (69,54%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Xét theo tuổi thì tỉ lệ là 52 % ở nhóm tuổi từ 40-49, tăng lên 79% ở độ tuổi 50-59, sau đó giảm dần, ở độ tuổi 60-69 là 68,22 % và ở độ tuổi 70 trở lên chỉ còn 59,49%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) (Bảng 3).

Bảng 3. Tỉ lệ lão thị theo tuổi

Tuổi	Lão thị	Không	Có	Tổng số
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
40 - 49	35 (52,24)	32 (47,76)	67 (100)	

50 – 59	54 (79,41)	14 (20,59)	68 (100)
60 – 69	73 (68,22)	34 (31,78)	107 (100)
≥ 70	94 (59,49)	64 (40,51)	158 (100)

3.3. Kiến thức và thái độ

Kiến thức về lão thị

Số người đã nghe nói đến tật lão thị chỉ có 97 người (24,25%), trong khi đó số người chưa nghe đến tật lão thị là 303 (75,75%). Trong số 97 người đã từng nghe nói đến tật lão thị thì số người nhận ra dấu hiệu của lão thị là “không

nhìn rõ vật ở gần” chiếm tỉ lệ 84,21%, và số người nhận ra dấu hiệu “mỏi mắt và chảy nước mắt khi làm công việc nhìn gần, đọc sách, làm việc máy tính” chỉ chiếm 45,36% (Bảng 4). Tỉ lệ người trả lời lão thị có thể cải thiện được tương đối cao chiếm 89,69%; trong khi đó tỉ lệ người không biết là có thể cải thiện được là 7,22%

Bảng 4. Kiến thức về lão thị

Muốn đeo kính	n	%
Không nhìn rõ vật ở gần	82	84,54
Phải để vật xa mắt để thấy rõ	63	64,95
Khó nhìn ở nơi ánh sáng yếu	62	63,92
Mỏi mắt, chảy nước mắt khi nhìn gần lâu	44	45,36

Thái độ đối với việc cải thiện khả năng nhìn gần

Số người có nguyện vọng đeo kính khi mắt không nhìn rõ chiếm tỉ lệ cao 87,5%; chỉ một phần nhỏ số người không có nhu cầu đeo kính, chiếm chỉ 12,5% (Bảng 5).

Bảng 5. Thái độ đối với việc đeo kính nhìn gần

Muốn đeo kính	n	%
Có	350	87,5
Không	50	12,5
Tổng số	400	100

Đối với câu hỏi là khi thấy có khó khăn đối với nhìn gần thì cần tham khảo ý kiến cán bộ y tế hay là những người khác thì tỉ lệ người cho rằng sẽ tham khảo ý kiến của bác sĩ hoặc cán bộ y tế chiếm tỷ lệ cao 78,83%, tỉ lệ người còn không biết phải xử trí thế nào chiếm tỉ lệ 2,25%.

Trong nghiên cứu này thì nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 70 tuổi trở lên, chiếm tỉ lệ 39,5%, Tỉ lệ người cao tuổi này là yếu tố ảnh hưởng đến nhận thức của các đối tượng nghiên cứu. Độ tuổi trung bình của các đối tượng trong ở nghiên cứu này là 64,4, cao hơn so với kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác [4-7] (Bảng 6).

IV. BÀN LUẬN

Bảng 6. Tuổi trung bình của một số nghiên cứu

Tác giả	Tuổi		
	Trung bình	Min	Max
Nguyễn. Đ. A., Vũ Th.Th. H.	64,4	40	88
Burke AG	53,4	40	91
Uche JN	49	35	99
Qing Lu	58,4	40	86

Tỉ lệ nữ giới trong nghiên cứu này là 72,5%, chênh lệch tỉ lệ theo giới tính của nghiên cứu của tôi khá cao và đây cũng là một đặc điểm khác biệt so với nhiều nghiên cứu. Trong nghiên cứu của Qing Lu, tỉ lệ nam 40,1% và nữ là 59,9%[7].

Trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu còn thấp, chủ yếu là học hết cấp 2 chiếm 39,5%. Nguyên nhân là do những người có học vấn cao hơn không làm việc tại địa phương, điều này cũng ảnh hưởng đến nhận thức và thái độ về lão thị.

Nghề nghiệp chủ yếu của đối tượng là nông dân chiếm 69,25%. Những người có trình độ học vấn cao hơn, có công việc liên quan đến việc đọc

sách, làm việc máy tính...nhiều thường có hiểu biết tốt hơn về vấn đề lão thị, cũng như cần kính hỗ trợ cho việc nhìn gần sớm hơn, so với những người có học vấn thấp. Như vậy có thể thấy rằng các đối tượng của nghiên cứu này có những đặc điểm khác với nhiều nghiên cứu, đó là tuổi cao, nữ giới chiếm đa số, trình độ học vấn thấp. Tất cả những yếu tố này đều ảnh hưởng đến nhận thức và thái độ đối với lão thị.

Về tỉ lệ lão thị thì các nghiên cứu ở những người trên 40 tuổi cho thấy những tỉ lệ khác nhau. Nghiên cứu của Qing Lu cho tỉ lệ là 67,3%, trong khi nghiên cứu của Ramke cho tỉ lệ 43,8%

và nghiên cứu của Burke cho tỉ lệ là 58,9%[6,7]. Tỉ lệ lão thị trong nghiên cứu này là 64%, cao hơn so với nghiên cứu của Ramke và Burke. Sự chênh lệch này có thể là do sự khác biệt về địa lý và chủng tộc, đặc biệt là sự khác nhau về nhiệt độ môi trường hoặc sự khác nhau về lứa tuổi của đối tượng nghiên cứu. Ngoài ra, sự khác nhau về tỉ lệ tật khúc xạ giữa các khu vực đó cũng có thể là một lý do của sự khác nhau của các tỉ lệ lão thị. Theo chúng tôi, những nguyên nhân chính của tỉ lệ lão thị cao ở nghiên cứu này là số người 70 tuổi trở lên chiếm đa số và tỉ lệ viễn thị tương đối cao.

Tỉ lệ lão thị của nữ cao gần gấp đôi của nam. Một số nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy tỉ lệ lão thị ở nữ cao hơn so với nam nhưng trong nghiên cứu này thì sự khác biệt này lại càng rõ rệt [2,6]. Lý do một phần là tỉ lệ nữ trong nghiên cứu cao hơn. Ngoài ra, người ta cũng đã thấy rằng biên độ điều tiết ở nữ giảm nhanh hơn ở nam, đặc biệt là ở độ tuổi 45-50 [2]. Ngoài ra, từ 40 trở đi, phần đông phụ nữ bước vào thời kỳ mãn kinh với những thay đổi lớn về tâm sinh lý và nội tiết, điều đó cũng có thể góp phần giải thích cho việc tỉ lệ lão thị cao hơn ở nữ giới.

Kết quả cho thấy tỉ lệ lão thị tăng nhanh từ 52% ở độ tuổi 40-49, cao nhất là 79% ở độ tuổi 50-59, sau đó giảm dần đến 59% số người lão thị trong độ tuổi >70. Sự giảm tỉ lệ lão thị khi tuổi càng tăng này cũng phù hợp với nghiên cứu của Qing Lu [7]. Theo chúng tôi, nguyên nhân của sự giảm tỉ lệ lão thị từ sau độ tuổi 60 theo nghiên cứu của chúng tôi có thể do tuổi càng cao thì thường có thêm các bệnh mắt khác ảnh hưởng đến thị lực như đục thể thủy tinh, glôcôm, v.v.

Đối với kiến thức về lão thị, tỉ lệ người chưa nghe đến tật lão thị chiếm trên 75%. Con số này nói lên kiến thức của người dân về lão thị còn thấp, dù cho đây là một tật khúc xạ gặp phổ biến ở người trên 40 tuổi. Tỉ lệ này cho thấy là việc tuyên truyền về lão thị chưa được quan tâm đúng mức. Trong số những người đã biết đến lão thị thì số người nhận ra các triệu chứng mỏi mắt và chảy nước mắt khi đọc sách hoặc làm việc máy tính có thể do lão thị chiếm tỉ lệ 45,32%, điều này cũng cho thấy nhận thức của người dân về lão thị còn chưa đầy đủ, tuy nhiên một nguyên nhân khác là do phần đông đối tượng nghiên cứu làm nông nghiệp nên ít đọc sách hay sử dụng máy tính.

Tỉ lệ người trả lời đúng về lão thị cải thiện được chiếm 89,69%, điều này cho thấy là nhận

thức rất tốt về khả năng cải thiện thị lực gần. Số người có nguyện vọng đeo kính khi mắt không nhìn rõ đạt 87,5%, chỉ có 12,5% không có nguyện vọng đeo kính để cải thiện thị lực. Điều này cho thấy mong muốn cải thiện thị lực ở đây cũng rất lớn, không chỉ ở những người sống ở thành thị hoặc làm các việc nhìn gần như đọc sách báo và làm việc máy tính. Kết quả này cũng phù hợp với một số nghiên cứu khác[5,6]. Đây là vấn đề cần chú ý bởi vì trên thực tế lâm sàng chúng ta thường quan niệm là những người làm nông nghiệp thường không cần đeo kính đọc sách.

Đối với câu hỏi là khi nhìn gần bị mờ thì cần tham khảo ý kiến cán bộ y tế hay là những người khác thì tỉ lệ người cho rằng sẽ tham khảo ý kiến của bác sĩ hoặc cán bộ y tế chiếm tỷ lệ cao 78,83%. Điều này cũng cho thấy thái độ đúng đắn của người dân ở đây đối với việc tìm kiếm giải pháp cho vấn đề nhìn gần.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 400 người trên 40 tuổi ở huyện Quốc oai cho thấy đối tượng nữ giới chiếm 69,54% và tỉ lệ người làm nông nghiệp chiếm 69,25%, tỉ lệ lão thị là 64%, cao nhất ở độ tuổi 50-59. Mặc dù phần lớn người dân ở đây chưa được nghe nói đến tật lão thị, nhưng phần lớn lại nhận ra dấu hiệu của lão thị làm giảm thị lực gần và có thể cải thiện thị lực bằng đeo kính. 87,5% số người được hỏi có mong muốn đeo kính để cải thiện thị lực gần. Cần tăng cường tuyên truyền và chú ý hơn đến việc tuyên truyền về lão thị chăm sóc mắt và thị lực ở người trên 40 tuổi để những người lão thị có thể có kính đọc sách thích hợp, góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống ở người già.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Brien A. Holden.** Global Vision Impairment Due to Uncorrected Presbyopia. Arch Ophthalmol. 2008, 126(12):1731-1739
2. **Nirmalan PK, Krishnaiah S, Shamanna BR et al.** A populationbased assessment of presbyopia in the state of Andhra Pradesh, south India: the Andhra Pradesh Eye Disease Study. Invest Ophthalmol Vis Sci, 2006, 47(6):2324-2328
3. **Lưu Hồng Ngọc.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân lão thị khám bệnh tại bệnh viện mắt Trung ương. Luận văn Thạc Sĩ Y Học, trường đại học Y Hà Nội, 2012.
4. **Burke AG, Patel I, Munoz B, et al.** Population-based study of presbyopia in rural Tanzania, Ophthalmology. 2006, 113(5):723-727.
5. **Duarte WR, Barros AJD, Dias-da-Costa JS, Cattán JM.** Prevalence of near vision deficiency

- and related factors: a population-based study in Brazil. *Cad Saude Publica*. 2003, 19(2): 551-559
6. Ramke J, du Toit R, Palagyi A, Brian G, Naduvilath T. Correction of refractive error and presbyopia in Timor-Leste. *Br J Ophthalmol*. 2007, 91:860-866
7. Lu Q, He W, Murthy GV, He X, et al. Presbyopia and near-vision impairment in rural northern China. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2011, 52(5):2300-5

MỐI LIÊN QUAN GIỮA TRẦM CẢM, LO ÂU VÀ MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CỦA BỆNH NHÂN BỆNH TIM THIẾU MÁU CỤC BỘ MẠN TÍNH

Cao Tiến Đức*, Phạm Thị Thu*, Lương Công Thức*

TÓM TẮT⁴¹

Mục tiêu: Tìm hiểu mối liên quan giữa trầm cảm, lo âu và một số đặc điểm của bệnh nhân bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính. **Đối tượng:** 125 bệnh nhân bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính vào điều trị nội trú tại Khoa nội tim mạch Bệnh viện 103 từ tháng 3/2016 đến 10/2016. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** 58.4% bệnh nhân có rối loạn trầm cảm, 28.8% bệnh nhân có rối loạn lo âu. Tỷ lệ trầm cảm ở nhóm bệnh nhân có CRPhs > 3 cao hơn rõ rệt nhóm bệnh nhân có CRPhs < 1 ($p < 0.05$). Tỷ lệ trầm cảm cao nhất ở bệnh nhân đau ngực độ 4, tỷ lệ rối loạn lo âu cao nhất ở bệnh nhân đau ngực độ 2, 3 ($p < 0.05$). Không có mối liên quan giữa rối loạn trầm cảm, lo âu với phân suất tổng máu và tiền sử đặt stent.

SUMMARY

THE RELATION BETWEEN DEPRESSION, ANXIETY AND SOME CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH STABLE CORONARY ARTERY DISEASE

Aim: To investigate the relation between depression, anxiety and some characteristics of patients with stable coronary artery disease. **Subjects:** 125 inpatients with stable coronary artery disease treatment at the Cardiovascular Department of Hospital 103 from 3/2016 to 10/2016. **Method:** cross-sectional description. **Results:** 58.4% of patients had depressive disorder, 28.8% of patients had anxiety disorders. The rate of depression in patients with CRPhs > 3 is significant higher than patients with CRPhs < 1 ($p < 0.05$). Patients with chest pain level 4 had highest rates of depression, patients with chest pain level 2 and 3 had highest rate of anxiety disorders ($p < 0.05$). There is no relation between depressive, anxiety disorder and ejection fraction, previous coronary stent.

* Bệnh viện Quân Y 103

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Thu

Email: thu41b@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm, lo âu là hai bệnh lý tâm thần phổ biến trên toàn cầu và là 2 bệnh đồng diễn thường gặp trong thực hành lâm sàng tâm thần cũng như trong các bệnh cơ thể đặc biệt là bệnh tim mạch. Ở Việt Nam trong những năm gần đây, bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính đang có xu hướng gia tăng nhanh chóng và vươn lên đứng hàng thứ năm trong các bệnh tim mạch [1]. Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính và trầm cảm, lo âu là trạng thái đồng bệnh lý phổ biến [4]. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về rối loạn trầm cảm, lo âu ở bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính, tuy nhiên các nghiên cứu cho các kết quả khác nhau về mối liên quan giữa trầm cảm lo âu và một số đặc điểm của bệnh lý này [3],[2],[6]. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mục tiêu: Tìm hiểu mối liên quan giữa trầm cảm, lo âu và một số đặc điểm của bệnh nhân bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

125 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính vào điều trị nội trú tại Khoa nội tim mạch Bệnh viện 103 từ tháng 3/2016 đến 10/2016.

Chẩn đoán bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính: Dựa trên kết quả chụp mạch vành qua da có hẹp ít nhất 50% một nhánh động mạch vành chính hoặc tiền sử đã đặt stent động mạch vành.

Loại trừ: Bệnh nhân có hội chứng vành cấp, các bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, các bệnh nhân nặng không thể thực hiện phỏng vấn.

Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu mô tả cắt ngang xác định tỉ lệ rối loạn trầm cảm, lo âu ở bệnh nhân bệnh mạch vành và mối liên quan với phân độ đau ngực,

tiền sử đặt stent, phân suất tổng máu và nồng độ CRPhs. Chẩn đoán rối loạn trầm cảm, lo âu ở bệnh thực tổn theo tiêu chuẩn DSM5.

III. KẾT QUẢ

- Tỉ lệ trầm cảm, lo âu:

Bảng 1: Tỉ lệ trầm cảm, lo âu

Rối loạn	Số lượng	Tỉ lệ (%)
Trầm cảm- lo âu	32	25.6
Trầm cảm	73	58.4
Lo âu	36	28.8
Không trầm cảm- lo âu	48	38,4
Tổng	125	100

Nhận xét: 58.4% bệnh nhân có trầm cảm, 28.8% bệnh nhân có lo âu. Tỉ lệ trầm cảm-lo âu đi cùng cao (25.6%).

Bảng 2: Liên quan tỉ lệ trầm cảm, lo âu với phân độ đau ngực:

Phân độ đau ngực	Trầm cảm				Lo âu				p
	Có		Không		Có		Không		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Không đau	5	71.4	2	28.6	2	28.6	5	71.4	p<0.05
Độ 1	18	38.3	29	61.7	7	14.9	40	85.1	
Độ 2	15	60.0	10	40.0	11	44.0	14	56.0	
Độ 3	20	69.0	9	31.0	13	44.8	16	55.2	
Độ 4	15	88.2	2	11.8	3	17.6	14	82.4	

Nhận xét: Bệnh nhân đau ngực mức độ 4 có tỉ lệ trầm cảm lớn nhất (p<0.05). Các bệnh nhân đau ngực mức độ 2, 3 có tỉ lệ lo âu cao hơn (p<0.05).

Bảng 3: Liên quan tỉ lệ trầm cảm, lo âu với tiền sử đặt stent trước đây:

Tiền sử đặt stent	Trầm cảm				Lo âu				p
	Có		Không		Có		Không		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Chưa đặt	34	55.7	27	44.3	19	31.1	42	68.9	p>0.1
Đã đặt	39	60.9	25	39.1	17	26.6	47	73.4	

Nhận xét: Tỉ lệ trầm cảm ở các bệnh nhân đã được đặt stent và chưa được đặt stent khác nhau không đáng kể (p>0.1)

Bảng 4. Mối liên quan EF% và trầm cảm, lo âu

EF%	Trầm cảm		Không trầm cảm		p	Lo âu		Không lo âu		p
	n	%	n	%		n	%	n	%	
<50	20	69.0	9	31.0	p=0.14	6	20.7	23	79.3	p=0.16
≥50	51	55.4	41	44.6		30	32.6	62	67.4	
Mean EF%	57.15±15.68		62.27±13.74			61.25±13.35		57.84±15.60		
p	p=0.14					p=0.25				

Nhận xét: Tỉ lệ trầm cảm, lo âu ở 2 nhóm khác biệt không đáng kể (p>0.1).

Bảng 5. Liên quan CRPhs với trầm cảm, lo âu

CRPhs	Trầm cảm		Không trầm cảm		p	Lo âu		Không lo âu		p
	n	%	n	%		n	%	n	%	
1	8	42.1	11	57.9	p ₁₋₃ =0.04	5	26.3	14	73.7	p=0.62
2	24	60.0	16	40.0		12	30.0	28	70.0	
3	15	75.0	5	25.0		8	40.0	12	60.0	
Mean CRPhs	2.79±2.21		1.81±1.77			2.59±2.14		2.30±2.08		
p	p=0.04					p=0.57				

(Nhóm 1: CRPhs<1; Nhóm 2: 1≤CRPhs≤3; Nhóm 3: 3≤CRPhs<10)

Nhận xét: Tỉ lệ trầm cảm ở nhóm CRPhs<1 ít hơn nhóm CRPhs>3 rõ rệt (p<0.05). Tỉ lệ lo âu và điểm Zung trung bình giữa 3 nhóm khác biệt không đáng kể (p>0.1).

IV. BÀN LUẬN

Có 58.4% bệnh nhân có trầm cảm, kết quả này lớn hơn rõ rệt ($p < 0.01$) kết quả của một số nghiên cứu khác (32- 37%) [4]. Sự khác biệt do mẫu nghiên cứu của các tác giả trên không chọn những bệnh nhân có suy tim mạn tính. Có 28.8% bệnh nhân có rối loạn lo âu, tương tự kết quả nghiên cứu của Morýs J.M (2005) [4].

Tất cả các mức độ đau ngực theo phân độ của hiệp hội tim mạch Canada (CCS) đều có thể gặp rối loạn trầm cảm, lo âu. Các bệnh nhân có độ đau ngực cao hơn có tỉ lệ trầm cảm cao hơn rõ rệt các bệnh nhân có độ đau ngực thấp hơn ($p < 0.05$), với 88.2% bệnh nhân có phân độ đau ngực độ 4 có trầm cảm, 38.3% bệnh nhân đau ngực độ 1 có trầm cảm. Ngoài ra, những bệnh nhân không đau ngực cũng có tỉ lệ trầm cảm cao, vì các bệnh nhân này thường nhập viện do các triệu chứng của trầm cảm, lo âu như mệt mỏi hay hoa mắt chóng mặt. Khác với trầm cảm, các bệnh nhân có đau ngực độ 2 và độ 3 có tỉ lệ rối loạn lo âu cao hơn.

Các bệnh nhân đã từng được đặt stent có tỉ lệ trầm cảm cao hơn các bệnh nhân chưa được đặt stent trước đây, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa ($p > 0.1$). Có một nghiên cứu thấy rằng can thiệp mạch qua da là một yếu tố nguy cơ của trầm cảm ở bệnh nhân bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính, tuy nhiên trong nghiên cứu đó, nhóm bệnh nhân được can thiệp mạch qua da cao tuổi hơn và nhiều bệnh kết hợp hơn nhóm bệnh nhân không được can thiệp [5].

Không thấy có sự liên quan nào giữa phân suất tống máu với rối loạn trầm cảm, lo âu ($p > 0.1$). Kết quả này phù hợp với kết quả một nghiên cứu thấy rằng không có mối liên quan giữa trầm cảm với chức năng tâm thu thất trái [3]. Một nghiên cứu khác cũng thấy tỉ lệ trầm cảm ở nhóm bệnh nhân có chức năng tâm thu thất trái thiếu sót và nhóm chức năng tâm thu thất trái bảo tồn là tương đương (20.2% và 21.6%, $p = 0.87$) [2].

Tỉ lệ trầm cảm ở những bệnh nhân có CRPhs > 3 lớn hơn rõ rệt nhóm bệnh nhân có CRPhs < 1 (75% và 42.1%, $p = 0.04$). Nồng độ CRPhs trung bình ở nhóm bệnh nhân có trầm cảm cũng lớn hơn rõ rệt nhóm bệnh nhân không trầm cảm (2.79 ± 2.21 và 1.81 ± 1.77 , $p = 0.04$), tương tự kết quả nghiên cứu của Song B.M

(2015) [6]. Không thấy nổi liên quan giữa nồng độ CRPhs với lo âu ($p > 0.4$).

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 125 bệnh nhân chúng tôi rút ra kết luận như sau:

Tỉ lệ trầm cảm, lo âu tương ứng là 58.4% và 28.8%, có 25.6% bệnh nhân có cả lo âu và trầm cảm. Bệnh nhân có phân độ đau ngực cao hơn có tỉ lệ trầm cảm cao hơn, bệnh nhân đau ngực mức độ 2,3 có tỉ lệ lo âu cao hơn ($p < 0.05$). Không thấy sự liên quan giữa trầm cảm, lo âu với tiền sử đặt stent trước đây ($p > 0.1$). Không thấy sự liên quan giữa phân suất tống máu với trầm cảm, lo âu. Tỉ lệ trầm cảm ở nhóm bệnh nhân có CRPhs > 3 lớn hơn rõ rệt nhóm có CRPhs < 1 ($p = 0.04$). Nồng độ CRPhs trung bình ở nhóm có trầm cảm lớn hơn nhóm bệnh nhân không trầm cảm ($p = 0.04$). Không có sự liên quan giữa nồng độ CRPhs và rối loạn lo âu ($p > 0.1$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Lâm Việt và cộng sự (2010)**, "Nghiên cứu mô hình bệnh tật ở bệnh nhân điều trị nội trú tại Viện tim mạch Việt Nam trong thời gian 2003-2007", *Tạp chí Tim mạch học*, 52, tr. 11-18.
2. **Dogdu O. và các cộng sự (2012)**, "Relationship between psychosocial status, diabetes mellitus, and left ventricular systolic function in patients with stable multivessel coronary artery disease", *Cardiology Journal*, 19 (3), tr. 249-255.
3. **Lett H., Ali S. và Whooley M. (2008)**, "Depression and Cardiac Function in Patients With Stable Coronary Heart Disease: Findings From the Heart and Soul Study", *Psychosom Med*, 70(4), tr. 444-449.
4. **Morýs J.M. và các cộng sự (2005)**, "Depression and anxiety in patients with coronary artery disease measured by means of self-report measures and clinician-rated instrument", *Polish Heart Journal*.
5. **Park M.W. và các cộng sự (2012)**, "Effects of Percutaneous Coronary Intervention on Depressive Symptoms in Chronic Stable Angina Patients", *Korean Neuropsychiatric Association*, 9(3), tr. 252-256.
6. **Song B M. và các cộng sự (2015)**, "Association between C reactive protein level and depressive symptoms in an elderly Korean population: Korean Social Life, Health and Aging Project", *BMJ Open*, 5(2), tr. e006429.

MỤC LỤC

TẠP CHÍ Y HỌC VIỆT NAM TẬP 451 - THÁNG 2 - SỐ 1 - 2017
VIETNAM MEDICAL JOURNAL N^o1 - FEBRUARY - 2017

----- 000 -----

- 1 **Nghiên cứu mối liên quan của chỉ số kháng insulin với một số đặc tính lâm sàng bệnh nhân có hội chứng cushing do corticoid**
Correlation of homa2-ir and homa2-b with clinical manifestation and serum lipid in cushing's syndrome patients
Phạm Thanh Bình, Nguyễn Minh Núi
- 2 **Hiệu quả của phương pháp đo điện thế thất sớm nhằm xác định vị trí đích trong triệt đốt ngoại tâm thu thất từ đường ra thất phải**
Role of early activation mapping technique in radiofrequency catheter ablation of right ventricular outflow tract premature ventricular contractions
Phan Đình Phong, Trần Tuấn Việt
- 3 **Nghiên cứu chỉ số mùn ngà sau khi sử dụng dung dịch edta 17% trên kính hiển vi điện tử**
Study on smear layer index after using 17% edta solution on
Phạm Thị Thu Hiền
- 4 **Thăm dò độc lực của một số chủng vi khuẩn thường gặp trong bệnh viện thông qua liều gây chết LD50 động vật thí nghiệm**
Exploration the virulence of some common bacteria in hospital through lethal dose LD50 on mices
Nguyễn Thái Sơn, Lê Thanh Hà, Nguyễn Văn An
- 5 **Đặc điểm lâm sàng một số rối loạn tâm thần phối hợp ở trẻ tăng động giảm chú ý từ 6 đến 14 tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung ương**
Clinical characteristics of some combined psychiatric disorders among children aged 6-14 years old with attention deficit hyperactivity disorder at national Hospital of pediatric
Thành Ngọc Minh, Trương Thị Mai Hồng
- 6 **Nghiên cứu ảnh hưởng của nước rửa rau quả vegy đến sự phát triển của trứng giun đũa và trứng giun móc/mỏ**
Effects of vegetables cleaning liquid vegy on ascaris and hookworm eggs
Đinh Thị Thanh Mai
- 7 **Nghiên cứu một số đặc điểm giải phẫu ứng dụng vùng ống ngón tay**
Anatomical study on some features of the digital canal
Lưu Danh Huy, Phạm Đăng Ninh, Vũ Nhất Định
- 8 **Bước đầu nghiên cứu tác dụng hạ đường huyết của cây lược vàng *callisia fragrans* trên mô hình thực nghiệm**
Initial research on hypoglycemia of *callisia fragrans* species on empirical model
Bùi Thành Nam, Phạm Phương Thảo, Ninh Thế Sơn, Nguyễn Thị Cúc, Đỗ Thị Thảo, Nguyễn Mạnh Cường, Chử Thị Bích Việt
- 9 **Đánh giá hiệu quả của ghép khối huyết tương giàu yếu tố tăng trưởng trong phẫu thuật nhổ răng khôn hàm dưới**
Evaluate the effectiveness of impact of plasma rick of growth factors after third molar extraction
Phạm Hoàng Tuấn, Nguyễn Quang Bình
- 10 **Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh của chụp cắt lớp vi tính độ phân giải cao trong bệnh giãn phế quản**
Study the characteristics image of bronchiectasis on high resolution computed tomography-hrct

Nguyễn Xuân Hiền

- 11 **Đ**ánh giá hiệu quả điều trị hóa chất trước phẫu thuật ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn muộn
Evaluate the effectiveness of chemotherapy before advanced-stage epithelial ovarian cancer surgery at the national hospital of obstetrics and gynecology from 1/2010 - 12/2014

Vũ Văn Du, Nguyễn Quốc Tuấn

- 12 **Đ**ánh giá tác dụng cải thiện chứng trạng thận dương hư của hồi xuân hoàn ở bệnh nhân yếu thống (loãng xương)
Evaluation on the effects of the " hoi xuan hoan" on kidney yang deficiency symptoms of osteoporosis patient

Nguyễn Thị Tâm Thuận

- 13 **N**ghiên cứu tình trạng rối loạn thông khí phổi ở bệnh nhân chấn thương tuỷ sống có liệt tuỷ
Study the situation of the ventilation pulmonary in spinal cord injury patients

Nguyễn Thị Kim Liên, Ngô Xuân Trường

- 14 **T**hực trạng kỳ thị, tự kỳ thị của người nhiễm hiv và một số yếu tố liên quan tại quảng trị năm 2015
Reality discrimination, self-stigma of hiv infection and some factors related at quang tri 2015

**Nguyễn Văn Tiến, Trần Thị Khuyên, Đỗ Văn Dung,
Đào Thị Minh Hồng, Phạm Thị Thu Huyền, Trương Diệu Thu**

- 15 **N**ghiên cứu tình trạng đột biến gen KRAS, NRAS và BRAF ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng
Mutation analysis of KRAS, NRAS, BRAF gene and identification of kras mutation variants in colorectal cancer

Trần Huy Thịnh

- 16 **Ả**nh hưởng của tình trạng mất răng đến chất lượng cuộc sống người cao tuổi quận Cầu giấy, Hà Nội năm 2015
The effect of edentulous condition to quality of life of the elderly in Cau giay district, Hanoi 2015

Nguyễn Xuân Thực, Vũ Thị Hoa, Lộc Thị Thanh Hiền

- 17 **Đ**ặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng L4L5 tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức năm 2015
Clinical and imaging characteristics of the herniated disc of the lumbar spine at the Vietnamese german Hospital in 2015

Nguyễn Lê Bảo Tiến, Đinh Ngọc Sơn, Võ Văn Thanh

- 18 **K**ết quả phẫu thuật thay toàn bộ khớp gối điều trị thoái hóa nặng khớp gối
Results of total knee replacement in patients with severe osteoarthritis

Đào Xuân Thành, Nguyễn Quốc Dũng

- 19 **T**ìm hiểu nguyên nhân và các biểu hiện lâm sàng đau bụng tái diễn ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương
Evaluation of causes and clinical characteristics of recurrent abdominal pain in children at the national children's Hospital

Nguyễn Thị Việt Hà

- 20 **Đ**ánh giá kết quả điều trị phẫu thuật gậy kín đầu ngoài xương đòn bằng nẹp móc
Evaluation of hook plate fixation for lateral clavicle fracture

Mỹ Duy Tiến, Nguyễn Văn Thái

- 21 **T**hực trạng sâu răng ở trẻ mắc tim bẩm sinh tại Bệnh viện Nhi Trung ương và Bệnh viện Tim Hà Nội năm 2016

Dental caries in children suffered from congenital heart diseases at national Hospital of pediatrics and Hanoi heart Hospital in 2016

Trần Thị Mỹ Hạnh, Lương Minh Hằng, Nguyễn Thị Mai

- 22 **Kết quả điều trị quặm mi trên bằng phương pháp dịch chuyển hàng chân lông mi**
The results of surgical method of the eye anterior lamella reposition

Nguyễn Quốc Đạt

- 23 **Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp được can thiệp động mạch vành qua da thì đầu**
Clinical, paraclinical features and the risk factors in acute myocardial infarction patients undergoing primary percutaneous coronary intervention

Nguyễn Huy Ngọc

- 24 **Đánh giá kết quả đóng da vết thương phần mềm vùng hàm mặt bằng keo histoacryl**
Evaluate the effectiveness of histoacryl in the closure of skin wounds in the maxillofacial region

Phạm Hoàng Tuấn, Nguyễn Quang Bình

- 25 **Nghiên cứu vai trò chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán và tiên lượng bệnh nhân u nguyên bào thận sử dụng phác đồ siop 2009-2016**
Study the role of computed tomography in diagnosis and prognosis patients with nephroblastoma (wilms tumor) following siop procedure 2009-2016

Lê Hồng Nhung, Nguyễn Xuân Hiền

- 26 **Nghiên cứu hiệu quả giảm đau sau mổ lấy thai bằng morphin không có chất bảo quản 2mg ngoài màng cứng liều duy nhất**
Research the analgesia effects of 2mg epidural of no substance in morphine storage for post caesarean section

Đỗ Văn Lợi, Vũ Văn Du

- 27 **Đánh giá tác dụng cải thiện kinh nguyệt của cao lỏng "CG01"**
Evaluation on improving menstruation of "CG01" extract summary

Nguyễn Thị Tâm Thuận

- 28 **Nghiên cứu sự hiểu biết của người bệnh về vận động phục hồi chức năng chi trên trong viêm khớp dạng thấp**
Study of understanding disease activity on rehabilitation in detail in rheumatoid arthritis

Nguyễn Thị Kim Liên

- 29 **Thực trạng phẫu thuật nội soi trong điều trị chữa ngoài tử cung tại Bệnh viện Sản Nhi Ninh Bình từ tháng 01 năm 2014 đến tháng 6 năm 2015**
Real situation laparoscopic surgery in treatment of ectopic pregnancy in Ninh Binh children's Hospital from january to june - 2015

Phạm Ngọc Hà, Đỗ Văn Dung

- 30 **Đa hình kiểu gen MDM2 và nguy cơ ung thư tế bào gan nguyên phát của bệnh nhân nhiễm HBV**
Mdm2 genetic polymorphism and hepatocellular carcinoma risk of HBV infected patients

Trịnh Quốc Đạt, Trần Huy Thịnh

- 31 **Đặc điểm lâm sàng nang nhái sàn miệng tại khoa răng hàm mặt Bệnh viện Bạch Mai**
Clinical features of ranula at the department of odontostomatology, Bachmai Hospital

Nguyễn Xuân Thực

- 32 **Đánh giá kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng L4 L5 bằng phẫu thuật nội soi qua lỗ liên hợp tại Bệnh viện Việt Đức năm 2015**
The results of the treatment herniated disc of the lumbar spine by endoscop through conjugated holes at the Vietnamese german Hospital in 2015

Đinh Ngọc Sơn, Nguyễn Lê Bảo Tiên, Đinh Trọng Tuyên

- 33 **K**ết quả phẫu thuật thay khớp háng toàn phần không xi măng có lớp phủ hydroxyapatite
Results of hydroxyapatite-coated total hip arthroplasty
Đào Xuân Thành, Nguyễn Quốc Dũng
- 34 **N**ghiên cứu nguyên nhân, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh viêm tụy cấp ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương
Evaluation of causes, clinical and laboratory characteristics of acute pancreatitis in children at the national children's Hospital
Nguyễn Thị Việt Hà
- 35 **Đ**ặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng tắc động mạch phổi ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
Clinical and paraclinical characteristics of pulmonary embolism in chronic obstructive pulmonary disease exacerbations
Nguyễn Quang Đợi, Hoàng Bùi Hải, Hoàng Hồng Thái, Chu Thị Hạnh
- 36 **Đ**ặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phân loại mô bệnh học ung thư biểu mô tuyến phế quản theo iaslc/ats/erc 2011
Clinical, laboratory characteristics and histopathology classification of lung adenocarcinoma with iaslc/ats/erc 2011
Nguyễn Văn Tình, Ngô Quý Châu, Nguyễn Văn Hưng
- 37 **Đ**ánh giá hiệu quả điều trị của cytoflavin ở bệnh nhân nhồi máu não cấp tính tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An
Evaluation on results of treatment with cytoflavin for acute ischemic stroke patients at general friendship Hospital of Nghe An
Dương Đình Chỉnh, Nguyễn Thanh Long, Nguyễn Huy Thắng
- 38 **Đ**ánh giá hiệu quả điều trị viêm loét giác mạc nặng do nấm bằng phối hợp tiêm amphotericin b vào tiền phòng và nhỏ mắt natamycin 5%
Evaluating the effect of intracameral amphotericin b combined with topical natamycin 5% in management of deep fungal keratitis
Nguyễn Quốc Đạt
- 39 **Đ**iều kiện an toàn của các phòng x-quang tại các cơ sở y tế trên địa bàn tỉnh Quảng Ngãi năm 2016
Safety conditions of x-ray rooms at medical facilities in Quang Ngai province in 2016
Hoàng Ngọc Sơn, Nguyễn Trọng Tín, Nguyễn Thúy Quỳnh
- 40 **T**ỉ lệ lão thị và kiến thức, thái độ về lão thị của người dân ở huyện Quốc Oai, Hà Nội
Prevalence of presbyopia and knowledge, attitude about presbyopia of people in Quoc Oai district of Hanoi
Nguyễn Đức Anh, Vũ Thị Thanh Hương
- 41 **M**ối liên quan giữa trầm cảm, lo âu và một số đặc điểm của bệnh nhân bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính
The relation between depression, anxiety and some characteristics of patients with stable coronary artery disease
Cao Tiến Đức, Phạm Thị Thu, Lương Công Thức